

JEUGDZORG: SAMEN STERK !

**Een inventariserend onderzoek naar varianten en knelpunten
in de intersectorale jeugdzorg**

- eindrapportage -

Beverwijk, 31 juli 2009

Van Ojen Beleidsonderzoek
Wijk aan Duinerweg 13
1944 TN Beverwijk
Telefoon: 06-29398769

Opdrachtgever: ministerie van VWS, namens het programmaministerie J&G
Opdrachtnemer: Van Ojen Beleidsonderzoek

info@vanojenbeleidsonderzoek.nl
www.vanojenbeleidsonderzoek.nl
KvK 34281238
BTW nr. NL118335480B01

INHOUD

pagina

Managementsamenvatting

1 Inleiding

1.1 Aanleiding	12
1.2 Onderzoeksopzet	12

2 Intersectoraal aanbod

2.1 Analyse kader	14
2.2 Literatuur	17
2.3 Varianten	19
2.4 Aanleiding en ontstaan	26
2.5 Doelgroepen en doelstellingen	28
2.6 Bereik	30
2.7 Beschouwing	32

3 Succes- en faalfactoren

3.1 Faalfactoren	36
3.2 Succesfactoren	41
3.3 Beschouwing	43

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies	44
4.2 Aanbevelingen	48

Literatuurlijst

Bijlage 1: Goede praktijkvoorbeelden

Bijlage 2: Lijst van geïnterviewde personen en participanten expertmeeting

Managementsamenvatting

Aanleiding en onderzoeksopzet

Een deel van de jeugdigen uit de jeugdzorg heeft behoefte aan een multidisciplinaire, intersectorale aanpak van hun problemen. Daarvoor is passend intersectoraal aanbod nodig. De Minister voor Jeugd en Gezin heeft aangegeven dat er meer intersectorale programma's ontwikkeld moeten worden maar dat er ook al veel samenwerking is. In aansluiting hierop heeft het onderzoeksbureau Van Ojen Beleidsonderzoek de opdracht gekregen om bestaande samenwerkingsvormen te inventariseren naar varianten, een analyse te geven van de succes- en faalfactoren van huidige intersectorale programma's en af te sluiten met aanbevelingen om intersectorale programma's te stimuleren. Daarbij is de focus gericht op intersectoraal aanbod dat ontstaat vanuit de geïndiceerde zorg in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-GGZ, de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, gesloten jeugdzorg, justitiële jeugdzorg en speciaal onderwijs. Dergelijk aanbod betreft een samengesteld programma van minimaal twee aanbieders uit verschillende domeinen:

Intersectoraal aanbod in de jeugdzorg is aanbod waarin minimaal twee domeinen van jeugdzorg met elkaar afspraken aangaan over de behandeling van een individueel kind of jongere.

Varianten van intersectorale programma's

Er bestaat een enorme diversiteit in intersectorale samenwerking die zich nauwelijks laat categoriseren in groepen. In dit onderzoek is de focus gericht op intersectoraal aanbod dat ontstaat vanuit de geïndiceerde zorg in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-GGZ, de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, gesloten jeugdzorg, justitiële jeugdzorg en speciaal onderwijs. In dit intersectorale aanbod worden de volgende varianten onderscheiden:

- a. Informatie- en dossieroverdracht.
- b. Afstemming van (volgtijdelijk) aanbod en behandelplan.
- c. Intersectorale situatiebeoordeling en/of indicering.
- d. Integraal behandelplan.
- e. Gelijktijdige integrale behandeling onder verantwoordelijkheid van één instelling.

De samenwerkingsvarianten vormen een oplopende schaal met aan de ene kant afstemming via informatie-uitwisseling en aan de andere kant maximale samenwerking door gelijktijdige integrale behandeling. Dat wil echter niet zeggen dat een 'hoger' niveau van samenwerking beter is dan een 'lager' niveau of dat

in alle gevallen gestreefd moet worden naar een hoger niveau van samenwerking.

De meeste intersectorale programma's bestaan binnen samenwerkingsverbanden tussen de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ. Ook de gesloten jeugdzorg werkt veel samen met de provinciale jeugdzorg, de jeugd-GGZ en jeugd-LVG. In de justitiële jeugdzorg zijn minder intersectorale programma's voorhanden¹. Deze conclusie is gebaseerd op het aantal intersectorale programma's dat uit internetsearch, literatuuranalyse en interviews naar voren kwam. In schema 1 wordt een overzicht gegeven.

Schema 1. Relatieve verhoudingen tussen jeugdzorgsectoren naar de mate van intersectorale samenwerking.

	Jeugd-GGZ	Jeugd-LVG	Gesloten jeugdzorg	Justitiële jeugdzorg	Speciaal onderwijs
Provinciale jeugdzorg	Meer	Tussen in	Meer	Minder	Tussen in
Jeugd-GGZ		Tussen in	Meer	Minder	Tussen in
Jeugd-LVG			Meer	Tussen in	Meer
Gesloten jeugdzorg				Minder	Tussen in
Justitiële jeugdzorg					Meer

Bereik

Schema 1 dient echter te worden genuanceerd. Het aantal intersectorale programma's waarin de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ samenwerken is groot, het bereik is echter veel lager dan van intersectorale programma's waarbij de gesloten jeugdzorg en de justitiële jeugdzorg is betrokken. Respondenten van genoemde laatste sectoren geven namelijk aan dat redelijk aan de behoefte wordt voldaan, terwijl de meeste respondenten van de intersectorale programma's door de jeugd-GGZ en provinciale jeugdzorg aangeven dat de groep jeugdigen die dergelijk aanbod nodig zouden hebben vele malen groter is dan de groep die wordt bereikt door het intersectorale aanbod. Ook is het bereik van intersectoraal aanbod waarbij de jeugd-LVG is betrokken laag: de groep jeugdigen met een licht verstandelijke beperking die zorg vanuit meerder sec-

¹ Bij deze conclusie moet worden aangetekend dat binnen de justitiële jeugdzorg ook specifieke kennis en expertise over forensische psychiatrie en LVG-problematiek wordt ingezet. Zo hebben justitiële jeugdinrichtingen kinder- en jeugdpsychiaters en GZ-psychologen in dienst, en zijn er gespecialiseerde afdelingen voor jeugdige justitiabelen met LVG-problematiek. Daarmee is dus expertise vanuit andere sectoren binnen de muren van de eigen instelling gehaald. Dan is er weliswaar geen intersectoraal programma volgens de definitie die in dit onderzoek gehanteerd wordt, maar aan de desbetreffende jongeren wordt wel multidisciplinaire zorg geboden.

toren nodig heeft is beduidend groter dan de groep die daadwerkelijk intersectorale zorg krijgt.

Aanleiding en ontstaan van intersectoraal aanbod

Intersectoraal aanbod ontstaat bottom-up en in de eerste plaats vanuit een sterke gemeenschappelijke visie bij de instellingen uit de diverse sectoren dat een aantal jeugdigen een intersectoraal programma nodig heeft dat alleen maar effectief is als alle benodigde expertise, ook uit andere domeinen, beschikbaar is en ingezet wordt. Het kan dan gaan om effectievere programma's maar ook om een efficiënter proces door een éénloket- of verwijzfunctie zodat jeugdigen niet meerdere indicatietrajecten hoeven te doorlopen. Soms is deze gemeenschappelijke visie genoeg om eens rond de tafel te gaan zitten. Soms is er een aanleiding nodig zoals bijvoorbeeld een subsidiemogelijkheid vanuit de provincie of het rijk, soms is leegstand van een deel van het instellingsgebouw de aanleiding om samenwerking te zoeken en soms wordt samenwerking opgedragen door de Inspectie voor de gezondheidszorg naar aanleiding van een incident.

Doelstellingen van intersectoraal aanbod

Intersectoraal aanbod is gericht op effectievere hulp: effectiever dan monosectoraal aanbod omdat de volledige problematiek wordt erkend en aangepakt. Soms wordt effectievere hulp gezocht in de inhoudelijke aanpak door het gehele gezin bij de behandeling te betrekken of door de intersectorale aanpak zelf. In andere gevallen wordt effectievere hulp geboden door – naast een intersectorale aanpak - het traject te versnellen, bijvoorbeeld door het aantal doorplaatsingen tot een minimum te beperken of de toegang te laten geschieden door een één-loketfunctie in te richten. Verwijzers kunnen dan terecht bij één voorziening waarin diverse sectoren en instellingen samenwerken om de situatie integraal te kunnen beoordelen en vaak ook een integraal zorgplan op te stellen.

Steeds meer samenwerkingsinitiatieven worden gericht op het vroegtijdig signaleren en behandelen van meervoudige problematiek teneinde escalatie te voorkomen en gebruik van 'zwaarder' aanbod in een later stadium te verminderen. Deze samenwerkingsverbanden zijn vaak op multi-probleemgezinnen gericht.

Doelgroepen van intersectorale programma's

Intersectoraal aanbod heeft betrekking op jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek, gecombineerd met psychiatrische stoornissen en/of een licht verstandelijke beperking. De meeste intersectorale programma's richten zich op jongeren vanaf 12 jaar die vaak ook nog 'onder toezicht' staan of een machtiging uithuisplaatsing van de rechter hebben. Vaak zijn er ook problemen in het gezin, zowel bij jongeren als bij het jonge kind met meervoudige problematiek.

Steeds meer programma's betrekken daarom het gehele gezin bij de behandeling van de jeugdige. De respondenten zien derhalve een beweging van het intersectoraal aanbod van curatief naar preventief waarbij steeds vaker met het gehele gezin wordt gewerkt. Dat wil zeggen dat risicogezinnen en –kinderen vroegtijdig worden opgespoord en begeleid, opdat een zwaarder beroep op zorg in de toekomst wordt voorkomen.

Succes- en faalfactoren

Er bestaat relatief veel intersectoraal aanbod in de jeugdzorg. Deze samenwerking tussen instellingen uit verschillende sectoren is bovendien sterk in ontwikkeling en groeiende. De volgende factoren die intersectoraal aanbod belemmeren of juist gemakkelijker maken zijn in het onderzoek naar voren gekomen.

1. Wet- en regelgeving nodigt niet uit tot samenwerking.

Separate wet- en regelgeving en de bijbehorende financieringsstelsels voor de verschillende sectoren blijken geen onoverkoombare belemmering voor intersectorale samenwerking. Er is immers geconstateerd dat er veel intersectorale samenwerking bestaat. Het blijkt echter wel dat de verschillende wet- en regelgeving zeker niet stimulerend werken en geen prikkels tot samenwerking bevatten.

2. Door wachtlijsten andere prioriteit

De instellingen zijn erop gericht eerst de eigen wachtlijsten weg te werken. Hierdoor worden de bestaande omschreven monosectorale programma's eerst uitgevoerd. Provincies stimuleren de zorgaanbieders niet of weinig om zich aan te sluiten bij intersectorale programma's.

3. Selectie bij de toegangspoort

De toegangspoort tot zorg bepaalt het aanbod en het vervolgtraject. Hierdoor wordt nog te vaak geïndiceerd of verwezen naar monosectoraal aanbod, terwijl het betreffende kind of jongere expertise uit verschillende sectoren nodig heeft, vanwege complexe meervoudige problematiek. Het kader integraal indiceren, dat op dit moment wordt ingevoerd bij speciaal onderwijs, CIZ en BJZ, zal bijdragen aan de totstandkoming van integrale indicatiestelling.

4. Culturen en werkprocessen sluiten niet altijd op elkaar aan

Wanneer samenwerkende instellingen vertrouwen hebben in elkaars expertise en bereid zijn het belang van de cliënt voorop te stellen dan heeft de samenwerking meer kans op succes. Echter te vaak zijn besturen, managers en professionals uit de verschillende domeinen nog niet gewend om veel met elkaar samen te werken. Er is nog te weinig bereidheid om vernieuwingsgelden, kennis en inzicht te bundelen. Vertrouwen in elkaars kunde is nog niet voldoende aanwezig. Er heerst nog teveel een domeindenken en eilandjescultuur.

5. Creativiteit en volhardendheid zijn noodzakelijk.

Als de partners écht willen, dan vormen de verschillende financiële systemen geen barrière voor intersectorale samenwerking. De instellingen moeten dan wel weten hoe ze het moeten regelen. Dat vereist bepaalde competenties, creativiteit, volhardendheid en 'out of the box' denken van bestuurders en managers.

6. Sterke projectopzet en –aansturing van groot belang.

Er bestaat een gemeenschappelijk doel en visie bij de samenwerkende partners, ook bij de uitvoerenden. Een onafhankelijk projectmanager vormt de motor en aanjager. Hij/zij brengt de verschillende culturen bij elkaar en laat zien wat de effecten zijn. Er zijn heldere en goede afspraken over verwachtingen, verantwoordelijkheden en financiën.

Aanbevelingen

De ontwikkeling van intersectoraal aanbod in de jeugdzorg is wel degelijk mogelijk binnen de huidige wettelijke en financiële kaders. We moeten streven naar een groter aanbod van intersectoraal samengestelde programma's met een grotere dekkingsgraad of bereik dan tot nu toe. De meerwaarde daarvan voor met name jeugdigen met complexe meervoudige problemen is evident. Het wegnemen van knelpunten in de financiering (in het meest vergaande scenario: bundeling van financieringsstromen) zou op termijn zeker helpen de ontwikkeling van intersectoraal aanbod te bevorderen, maar is niet dé oplossing. Primair gaat het om mensen. Intersectorale samenwerking moet in het handelen en denken van mensen een vanzelfsprekendheid worden en dan gaat het met name om cultuur en competenties. Bij de aanbevelingen horen de volgende uitgangspunten:

1. Een groter aanbod en bereik van intersectoraal samengestelde programma's is gewenst.
2. De meerwaarde van intersectoraal aanbod voor met name jeugdigen met complexe meervoudige problemen is evident: het biedt snellere en effectievere hulp waardoor een zwaarder (en duurder) beroep op latere zorg wordt beperkt.
3. Samenwerking is niet te reguleren. Effectieve samenwerking komt van onderaf, is bottom-up vanuit de regio's. Intersectoraal aanbod wordt ontwikkeld vanuit de sectoren en instellingen.
4. Het rijk geeft ruimte voor nieuwe initiatieven en haalt administratieve obstakels weg.
5. Effectief intersectoraal aanbod is niet bedoeld als iets tijdelijks, maar dient uitdrukkelijk te worden opgenomen in het structurele aanbod van samenwerkende instellingen.

Aanbevelingen op instellingsniveau:

Op instellingsniveau zijn cultuurverschillen tussen de samenwerkende instellingen en sectoren, de vaardigheden en competenties van bestuurders en managers alsmede de opzet en wijze van aansturing van projecten de belangrijkste factoren die succesvolle samenwerking bepalen. Het is dus zaak om cultuurverschillen te overbruggen, vaardigheden van bestuurders en managers te verbeteren en de projecten zodanig op te zetten dat succes kansrijker wordt.

1. Actief cultuurverschillen overbruggen.

Het bestuur en de managers van de instellingen kunnen cultuurverschillen overbruggen door een proactieve en vasthoudende houding uit te dragen in plaats van een afwachtende en niet te denken in beperkingen maar in mogelijkheden en ruimte. Zoek contact met andere instellingen en verken de mogelijkheden. Als de medewerkers van de deelnemende instellingen elkaar kennen, bevordert dat samenwerking en vertrouwen. Verschillen in organisatiecultuur kunnen worden overwonnen als er veel contact is tussen de medewerkers op casuïstiekniveau. Ook als de medewerkers van een intersectorale voorziening bij elkaar in één pand werken, helpt dat koudwatervrees te beperken en vertrouwen te bevorderen. Daarnaast vormt het herhaald formuleren en bevestigen van het gezamenlijke doel een belangrijke basis om cultuurproblemen te overbruggen.

2. Meer aandacht voor houding en vaardigheden in de opleiding.

Voor de komende generaties bestuurders en managers maar ook voor de professionals die daadwerkelijk de hulp verlenen, dient in de opleiding meer aandacht te worden gegeven aan intersectoraal denken en samenwerken. Een cultuuromslag in het denken en handelen begint immers bij de opleiding.

3. Specifieke vaardigheden en competenties vergroten.

De instellingsbestuurders en managers moeten weten hoe ze binnen de bestaande wetgeving en bekostigingssystemen intersectoraal aanbod van de grond kunnen krijgen zonder daarbij het wiel opnieuw te hoeven uitvinden. Dat vereist behalve bepaalde competenties, ook creativiteit, volhardendheid en 'out of the box' denken. Die kennis en vaardigheden kunnen worden bevorderd door het organiseren van expertmeetingen of conferenties, bijvoorbeeld door de expertisecentra of door de brancheorganisaties, waarin goede praktijkvoorbeelden worden besproken, handboeken worden uitgewisseld en toegelicht en praktische knelpunten worden opgelost.

4. Kwalitatief goede projecten opzetten.

Aanstelling van een onafhankelijk projectleider is van groot belang voor het succes van het initiatief. Deze bruggenbouwer kent de verschillende belangen van de samenwerkende instellingen en speelt daar actief op in door deze zoveel mogelijk op één lijn te krijgen. Een goede project- opzet bestaat uit de volgende componenten:

- een gemeenschappelijke visie;
- een intern communicatieplan;
- een extern marketing- of communicatieplan;
- een relatie-onderhoudsplan;
- heldere, meetbare en concrete doelstellingen;
- heldere afspraken over werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden;
- concrete afspraken over de financiering;
- een evaluatieplan.

Aanbevelingen op intermediair niveau:

1. Maak andere beleidskeuzes.

Provincies en grootstedelijke regio's stimuleren intersectoraal zorgaanbod nog onvoldoende. Op grond van een nieuwe visie op jeugdzorg waarin het belang van intersectorale jeugdzorg wordt omschreven, moeten zij meer dan nu het geval is, beleidskeuzes maken die de ontwikkeling van intersectoraal aanbod ondersteunen. Dat betekent dat de nadruk niet op het creëren van intersectoraal overleg moet worden gelegd maar op het streven naar de ontwikkeling van intersectoraal en vraaggestuurd aanbod. Dit geldt ook voor zorgverzekeraars en zorgkantoren die vanuit de GGZ en LVG-sectoren meer intersectoraal moeten inkopen.

2. Bevorder intersectoraal inkopen en indiceren.

Niet altijd is de sociale kaart en het bijbehorende aanbod bekend bij de inkoopende en indicerende instellingen. Soms ziet men de zin van intersectoraal samengestelde programma's niet of is er onvoldoende expertise in huis om te beoordelen dat het betreffende kind zorg nodig heeft uit verschillende sectoren. Trainingen, voorlichting en een goede communicatie zijn nodig om kennis en deskundigheid te bevorderen en koudwatervrees weg te nemen. Het is van belang dat de beoordelende en/of indicerende instellingen teams samenstellen met de jeugd-GGZ, jeugd-LVG en Bureaus Jeugdzorg om beter te kunnen vaststellen welke expertise nodig is voor kinderen met meervoudige complexe problemen. Een systeemwijziging is daarvoor niet nodig. Een intersectoraal samengesteld team beoordeelt de situatie van de jeugdige en vervolgens zet bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg de handtekening onder het indicatiebesluit. Implementatie van het kader integraal indiceren is een goede zet in deze richting

omdat professionals van indicerende instanties voor zorg en onderwijs bekend raken met elkaars taken, doelen en werkwijzen en afspraken maken over hoe er wordt samengewerkt om integrale indicatietrajecten te realiseren.

3. Oproep tot meer samenwerking in de regio.

Omdat zowel instellingen als brancheorganisaties de urgentie van intersectorale samenwerking erkennen, alsmede de voorkeur geven aan zelfregulering, lijkt een bottom-up aanpak de meest gewenste. Intersectoraal aanbod wordt regionaal ontwikkeld vanuit de sectoren en instellingen. In de regio moeten de financiers van zorg (zorgkantoren en provincies) samen met de instellingen afspraken maken over de totstandkoming van intersectorale zorgprogramma's. Daarbij baseren zij zich zo veel mogelijk op analyses van de behoefte aan intersectorale zorg. De afspraken bevatten behalve de inhoud en de richting van samenwerking tevens heldere, concrete en kwantitatieve doelstellingen die meetbaar zijn op resultaat. Hierdoor kan worden gestuurd op bijvoorbeeld:

- Intersectorale indicatiestelling: indicatiestelling leidt tot 'exclusiegedrag'. Is eenmaal de indicatie gesteld, dan krijgt het recht op middelen de overhand op wat het kind nodig heeft. 'Eén kind, één plan' is daarbij belangrijk. Van aanbodgericht naar vraaggericht indiceren.
- Inkoop van intersectoraal aanbod: verwijzende instellingen sturen nog te vaak door naar monosectoraal aanbod terwijl expertise uit meerdere sectoren nodig is voor bepaalde groepen jongeren.
- Doelgroepen van intersectoraal aanbod, zoals bijvoorbeeld kinderen en jongeren met meervoudige problemen of met een verstandelijke beperking of kinderen in de voorschoolde periode.

4. Campagne voeren en draagvlak creëren.

Een succesvolle bottom-up aanpak heeft een sterke communicatie met de branches, instellingen en professionals op de werkvloer. Het belang van samenwerking in de jeugdzorg gaat gepaard met etalering en promotie van de meerwaarde en de mogelijkheden ervan. Laat zien dat het lonend is om samen te werken. De intrinsieke motivatiefactor is het belang van het kind. Door regionale bijeenkomsten te organiseren worden best practices uitgedragen, wordt een integrale visie verfijnd of aangevuld en tegelijkertijd draagvlak gecreëerd voor een gezamenlijke regionale aanpak.

Aanbevelingen voor de rijksoverheid:

1. Ontwikkel een nieuwe integrale visie op intersectoraal aanbod.

Intersectoraal aanbod dient te worden gestimuleerd vanuit een algemene preventieve jeugdbeleiddoelstelling, waarbij het gezin en de leefomgeving van de jeugdige sterker betrokken wordt.

Vanuit deze nieuwe visie kan een bottom-up aanpak door de rijksoverheid worden gevolgd door randvoorwaardelijk op te treden; ze kan regionale afspraken over intersectoraal aanbod faciliteren. Eventueel kan de rijksoverheid implementatietrajecten ondersteunen.

2. *Neem zoveel mogelijk knelpunten in de financiering weg.*

Door de verschillende financieringsstelsels zijn verantwoordingseisen ook verschillend. De rijksoverheid dient knelpunten hierin zoveel mogelijk weg te nemen zodat dubbele administraties voorkomen kunnen worden bij intersectoraal aanbod. Harmonisatie van verantwoordingseisen vergemakkelijkt intersectorale samenwerking.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Een relatief klein deel van de jeugdigen dat wordt geholpen binnen het huidige stelsel van de jeugdzorg heeft behoefte aan een multidisciplinaire, intersectorale aanpak van hun problemen. Daarvoor is passend intersectoraal aanbod nodig. De Algemene Rekenkamer geeft in hun rapport 'Kopzorgen' aan dat met name jeugdigen met complexe problematiek die behoefte hebben aan zorg vanuit verschillende disciplines vaak buiten de boot vallen of lang moeten wachten (p. 17).

De Minister voor Jeugd en Gezin heeft in een brief (7 september 2007) in reactie op het rapport 'Kopzorgen' aan de Algemene Rekenkamer aangegeven dat er meer intersectorale programma's ontwikkeld moeten worden maar dat er ook al veel samenwerking is. Door goede samenwerking tussen verschillende disciplines verwacht hij dat jeugdigen niet worden doorgestuurd van de ene instantie naar de andere en dat het lukt om sneller de juiste hulp te geven.

In aansluiting hierop heeft Van Ojen Beleidsonderzoek opdracht gekregen om bestaande samenwerkingsvormen te inventariseren, een analyse te geven van de succes- en faalfactoren van huidige intersectorale programma's en af te sluiten met aanbevelingen om het ontstaan van intersectorale programma's te stimuleren.

1.2 Onderzoeksopzet

In het onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Welke varianten van intersectorale programma's zijn er momenteel te onderscheiden en hoe verhouden deze zich tot elkaar qua omvang van het aanbod?
2. Wat is de doelstelling en de ontstaansgeschiedenis van deze varianten van intersectoraal aanbod?
3. Wat zijn de succes- en faalfactoren bij het ontstaan en bij de werking van huidige intersectorale programma's? Welke knelpunten komt men in de praktijk tegen en hoe gaat men daar mee om?
4. Voor welke doelgroepen zijn intersectorale programma's van belang en worden deze doelgroepen met de huidige intersectorale programma's bereikt?
5. Welke suggesties zijn er voor de ontwikkeling en bevordering van intersectorale programma's en welke suggesties zijn er om obstakels bij het ontstaan en bij de werking van intersectorale programma's (de faalfactoren) weg te nemen?

Het onderzoek was verdeeld in de volgende fasen:

1. Internetsearch en documentenanalyse
2. Face-to-face diepte-interviews
3. Telefonische interviews
4. Analyse en rapportage
5. Discussiebijeenkomst

Internetsearch en literatuuranalyse

Bij de uitvoering van het onderzoek is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaand materiaal dat via het internet is verkregen. Daarnaast zijn relevante documenten opgevraagd en geanalyseerd.

Face to face diepte-interviews

Deze fase had met name tot doel om knelpunten, succes- en faalfactoren boven tafel te krijgen, alsmede om weloverwogen, gedragen en onderbouwde suggesties te kunnen formuleren voor de ontwikkeling en bevordering van intersectorale programma's.

Telefonische interviews

Door gebruik te maken van de telefoon is snel en adequaat een verdieping verkregen van de diverse varianten van intersectorale samenwerking. Uit de internetsearch en de documentenanalyse kwamen namen van instellingen naar voren die intersectoraal aanbod hebben. De contactpersonen van deze instellingen zijn telefonisch aan de hand van een vragenlijst geïnterviewd. Daarnaast zijn inventariserende telefonische interviews gehouden met sleutelfiguren van zorgaanbieders en koepelorganisaties zoals onder meer IPO, MOgroep, VNG en GGZ Nederland.

Discussiebijeenkomst

In een discussiebijeenkomst zijn de onderzoeksresultaten besproken en zijn suggesties en aanbevelingen om intersectoraal aanbod te stimuleren, bediscussieerd. De discussiegroep bestond uit een brede groep van beleidsmakers en innovatieve denkers uit de diverse sectoren. Hierdoor werden de aanbevelingen realistischer, meer compleet en werd het draagvlak vergroot.

2 INTERSECTORAAL AANBOD

Op basis van uitgebreide internetsearch, literatuuranalyse, face-to-face diepte-interviews en telefonische interviews geven we in dit hoofdstuk een beschrijving van de verschillende vormen van geïndiceerd intersectoraal aanbod in de jeugdzorg. De beschrijving is daarbij geïllustreerd met enkele praktijkvoorbeelden. De voorbeelden geven echter geen compleet overzicht van het bestaande intersectorale aanbod. Tevens wordt ingegaan op het bereik en komt aan de orde op welke doelgroepen en doelstellingen de samenwerking is gericht.

2.1 Analyse kader

In dit onderzoek is de focus gericht op intersectoraal aanbod dat ontstaat vanuit de geïndiceerde zorg in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-GGZ, de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, gesloten jeugdzorg, justitiële jeugdzorg en speciaal onderwijs.

De praktijkvoorbeelden dienen inzicht te verschaffen in varianten van samenwerking waarbij minimaal twee van de bovengenoemde domeinen of sectoren van jeugdzorg met elkaar afspraken maken over de behandeling van één bepaald kind. Dergelijk aanbod betreft een samengesteld programma van minimaal twee aanbieders uit verschillende domeinen:

Intersectoraal aanbod in de jeugdzorg is aanbod waarin minimaal twee domeinen van jeugdzorg met elkaar afspraken aangaan over de behandeling van een individueel kind of jongere.

Deze programma's of vormen van intersectorale samenwerking zijn geïnventariseerd aan de hand van de volgende varianten in functies van samenwerking:

- a. Informatie- en dossieroverdracht
- b. Afstemming van (volgtijdelijk) aanbod en behandelplan
- c. Intersectorale situatiebeoordeling en/of indicering
- d. Integraal behandelplan
- e. Gelijktijdige integrale behandeling

Ad. a Informatie- en dossieroverdracht

Bij deze vorm van samenwerking wordt een zorginstelling door een andere instelling geïnformeerd over een bepaalde jongere of een bepaald kind. Met deze informatie kan de instelling een beter behandelplan opstellen, maar deze wordt niet afgestemd op de eventuele behandelplannen van andere instellingen.

Ad b. Afstemming van (volgtijdelijk) aanbod en behandelplan

De betrokken zorginstellingen stellen ten behoeve van één jeugdige en voor hun eigen zorgaanbod een behandelplan op en voeren deze los van elkaar uit. De behandeling en beoogde acties worden echter wel door de verschillende zorginstellingen op elkaar afgestemd.

Ad c. Intersectorale situatiebeoordeling en/of indicering

Een aantal kinderen en jongeren maakt gebruik van meer dan één zorgvorm. Om indicaties voor AWBZ-zorg, jeugdzorg en/of speciaal onderwijs (REC 3 en 4) te verkrijgen, moeten aparte indicatietrajecten worden doorlopen, vaak na elkaar. Bij integrale indicaties wordt de (gecombineerde) zorgvraag en de achterliggende problematiek één maal beoordeeld vanuit verschillende perspectieven of disciplines. De situatie wordt integraal beoordeeld en er is slechts één indicatietraject. De besturen van de indicerende organisaties maken daartoe regionale afspraken waarin ze vaststellen hoe zij samenwerken en hoe de verantwoordelijkheden zijn verdeeld. WWRG & Partners en Partners in Jeugdbeleid hebben in 2006 een landelijk kader voor integraal indiceren ontwikkeld dat regio's ondersteunt bij de ontwikkeling en toepassing van een werkwijze voor integraal indiceren door BJZ, CIZ en speciaal onderwijs (REC 3 en 4) ('Kader voor Integraal Indiceren Jeugdzorg – speciaal onderwijs – AWBZ-zorg', K. Diephuis, Q. van de Zijden en P. van Wijk, oktober 2006). De betrokken partijen (de ministeries van OCW en VWS, IPO, WEC-Raad, MOgroep, CIZ, MEE-Nederland en Zorgverzekeraars Nederland) hebben in 2006 besloten het kader in 2007 landelijk in te voeren.

Ad d. Integraal behandelplan

De stap die volgt op intersectorale situatiebeoordeling en/of integrale indicatiestelling is dat de betrokken zorginstellingen geen aparte (behandel)plannen maken (zoals onder b) maar gezamenlijk een samenhangend zorgplan opstellen: één kind - één plan! Er is sprake van een samengesteld programma en er is één trajectbegeleider, casemanager of coördinator die aanstuurt en verantwoordelijk is. Een integraal behandelplan kan onder meer omvatten dat de termijnen voor herindicatie voor zorg en/of onderwijs op elkaar zijn afgestemd, dat de informatieoverdracht geregeld is en hoe de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken instellingen is afgesproken. De behandeling kan in deelplannen zijn omschreven door de verschillende behandelende instellingen.

Ad e. Gelijktijdige integrale behandeling

We spreken pas van een gelijktijdige integrale behandeling als binnen één behandeling professionals van instellingen uit minimaal twee sectoren verantwoordelijkheid hebben voor de uitvoering van het behandelplan van het kind of de jongere, terwijl de eindverantwoordelijkheid bij één instelling ligt. Deze eindverantwoordelijke instelling huurt expertise van andere instellingen in of bekostigt de professionals die het intersectorale aanbod uitvoeren via verschillende financieringsbronnen.

De varianten in samenwerkingsfuncties kunnen met deze omschrijvingen worden beschouwd als niveaus van samenwerking. De samenwerkingsfuncties vormen een continuüm met aan de ene kant minimale samenwerking (dossieren/of informatieoverdracht) en aan de andere kant maximale samenwerking (gelijktijdige integrale behandeling). Dat wil echter niet zeggen dat een 'hoger' niveau van samenwerking altijd beter is dan een 'lager' niveau of dat in alle gevallen gestreefd moet worden naar een hoger niveau van samenwerking. Soms volstaat een bepaald samenwerkingsniveau om de gestelde doelstellingen te behalen. We hebben voor de vijf varianten van intersectoraal aanbod een onderverdeling gemaakt tussen:

1. Betrokken jeugdzorgdomeinen (provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-ggz, de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, gesloten jeugdzorg, justitiële jeugdzorg en speciaal onderwijs).
2. Doelstellingen (bijvoorbeeld: vroegtijdig signaleren en ingrijpen om escalatie te voorkomen; beperking probleemgedrag; maatschappelijke re-integratie).
3. Doelgroepen (leeftijd en/of geslacht, aard van de problematiek zoals psychiatrische stoornis, ernstige gedragsproblematiek, licht verstandelijke beperking of combinaties).
4. Hulpvorm (crisisinterventie, licht of intensief ambulantly, dagbehandeling, residentieel).

Intersectorale programma's kunnen als doelstelling hebben 'vroegtijdig signaleren en ingrijpen'. Hiervan is sprake als het aanbod als doel heeft om eerder in het leven van de jeugdige gecombineerde problematiek te herkennen om vervolgens een intersectoraal samengesteld behandelings- of begeleidingsplan uit te voeren waardoor een later beroep op zwaardere zorg wordt voorkomen. De gedachte hierachter is dat escalatie van de problemen had kunnen worden voorkomen als eerder was (h)erkend dat het meervoudige (gecombineerde) problematiek betreft.

Het aanbod kan ook zijn gericht op de beperking van probleemgedrag. De visie die aan dit soort aanbod ten grondslag ligt is dat de betreffende jeugdigen expertise nodig hebben uit verschillende sectoren omdat sprake is van meervoudige problematiek. Een intersectorale aanpak waarbij de jeugdigen niet van de ene instelling naar de andere worden verwezen wordt bij dit soort programma's als oplossing gezien.

Een aantal intersectorale programma's heeft ten doel om jongeren waarbij de rechter een machtiging heeft afgegeven voor uithuisplaatsing te begeleiden bij hun terugkeer naar de maatschappij vanuit een residentiële setting. Er bestaan ook intersectorale programma's voor jongeren die overlast veroorzaken en regelmatig met de politie in aanraking komen, zonder dat een uithuisplaatsing aan de orde is. Deze programma's richten zich eveneens op maatschappelijke 'inpassing'.

Bij 'hulpvormen' onderscheiden we crisisinterventie, licht of intensief ambulante, dagbehandeling of residentiële. Een crisisinterventie bestaat uit korte en intensieve begeleiding in noodgevallen om verdere escalatie van problemen te voorkomen en/of de veiligheid van een kind te herstellen. De interventie creëert een tijdelijk evenwicht in de situatie waarna een eventuele behandeling kan plaatsvinden.

Bij ambulante behandeling of begeleiding blijft het kind of de jongere gewoon thuis wonen, kan naar school of werk en heeft een aantal afspraken met een instelling. De hulpverlener voert gesprekken met de jongere en eventueel zijn ouders, denkt mee over oplossingen en geeft advies. Ambulante behandeling kan licht zijn maar ook intensief.

Bij een dagbehandeling gaat het kind of de jongere een of meerdere dagen per week naar een instelling toe maar woont thuis. Bij residentiële hulpvormen is dat niet het geval. De jeugdige woont in dat geval niet thuis maar is geplaatst in een justitiële jeugdinrichting (JJI), in de gesloten jeugdzorg of in andere vormen residentiële voorzieningen, bijvoorbeeld in de orthopsychiatrie.

2.2 Literatuur

Uitgebreide internetsearch en literatuuronderzoek laten zien dat er in de praktijk veel al dan niet structurele samenwerking tussen instellingen uit verschillende sectoren bestaat die naar ieders tevredenheid functioneert en volgens betrokkenen een duidelijke meerwaarde heeft voor de betreffende doelgroepen. De diversiteit in samenwerking is zo groot dat deze zich lastig laat vangen in categorieën of varianten. Uit literatuuranalyse blijkt dat er honderden initiatieven tot samenwerking zijn die zich met name richten op versteviging van de samenhang in de keten. Het algemene doel daarbij is dat cliënten op de juiste plek terecht komen met zo min mogelijk uitval door niet goed op elkaar afgestemde instanties of onjuiste doorverwijzingen. De initiatieven variëren van formele convenanten en bestuurlijke overeenkomsten tot zeer concrete afspraken tussen beroepskrachten op de werkvloer, van algemene afspraken tot zeer gedetailleerd uitgewerkte samenwerkingspraktijken en van instanties die volgens eigen methodes en visies werken tot instanties met een gezamenlijke, samenhangende en eenduidige pedagogische visie (Prinsen, B. e.a., *Kortgesloten?*, NJI, 2008). In 'Kortgesloten?' wordt een beschrijving gegeven van alle inventarisaties en onderzoek naar samenwerking tussen de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg sinds het jaar 2000. De auteurs concluderen dat de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg op tientallen manieren vorm krijgt. De inventarisatie leverde maar liefst 242 initiatieven op die volgens de auteurs nog het beste kunnen worden omschreven als een lappendeken (p.57).

GGZ-Nederland en de MOgroep Jeugdzorg schrijven dat er in Nederland veel projecten bestaan waarin de jeugdzorg en de jeugd-ggz goed met elkaar samenwerken (in: Meer dan de som der delen; voorbeelden van succesvolle sa-

menwerking tussen de jeugdzorg en de jeugd-ggz, A. Kalsbeek en M. Zwikker, 2009, NJI). Volgens de voorzitters van genoemde koepelorganisaties blijkt samenwerking "wel degelijk mogelijk te zijn en ook plaats te vinden, maar is zij nog niet altijd goed zichtbaar" (pag.4). In de betreffende publicatie worden tien intersectorale projecten tussen de jeugd-ggz en de jeugdzorg beschreven met als doel om de positieve ervaringen van samenwerking zichtbaar te maken voor hun brede achterban.

Een inventarisatie van Noorda en Veenbaas in 2002 ("Aansluiting tussen jeugd-gezondheidszorg en jeugdzorg", VU Instituut voor Jeugd en Welzijn) leverde 112 samenwerkingspraktijken op tussen de jeugd-GGZ en de provinciale jeugdzorg, terwijl 'slechts' een derde van het totaal aan relevante organisaties aan deze inventarisatie deelnamen. Volgens genoemde auteurs is de samenwerking meestal gericht op onderling overleg over individuele cliënten of op de gezamenlijke uitvoering van de werkzaamheden.

Van Veen e.a. (Monitor 2006. Leerlingenzorg en zorgadviesteams in het voortgezet onderwijs. Antwerpen/Apeldoorn, Garant, 2007) concluderen in hun onderzoek dat nagenoeg alle reguliere basisscholen samenwerken met de jeugd-gezondheidszorg. Op schoolniveau bestaan steeds meer multidisciplinaire zorgteams waarin schoolmaatschappelijk werkers en jeugdverpleegkundigen samen met de school problemen van kinderen bespreken en het eventueel inzetten van lichte hulp, extra onderzoek op indicatie en consultatie van de schoolarts of schoolverpleegkundige. Hierdoor worden in het onderwijs steeds meer handelingsplannen van de school afgestemd op de behandelingsplannen van de zorginstellingen, met name voor kinderen met meervoudige problematiek.

Op bovenschools niveau functioneren zorgadviesteams (ZAT's) waaraan bureaus jeugdzorg steeds meer deelnemen. Genoemde auteurs geven aan dat 90% van de reguliere scholen in het voortgezet onderwijs functioneert in een (bovenschools) zorgadviesteam en driekwart van de scholen in het voortgezet onderwijs over een interne zorgcoördinator beschikt. Ook de meeste regionale opleidingscentra (ROC's) zijn bezig om gestructureerde samenwerkingsrelaties met zorgpartners aan te gaan.

Voorbeeld: Zorgadviesteam

Omschrijving: multidisciplinaire teams op bovenschools niveau waarin scholen samenwerken met professionals uit bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, provinciale jeugdzorg, REC's, CJG, jeugdartsen en –verpleegkundigen en BJZ's om leerlingen met psychosociale problemen snel en adequaat op te sporen en te helpen. Er zijn verschillende soorten ZAT's met grote verschillen in werkwijzen en functies. Zo zijn er ZAT's die vooral een consultatieve functie hebben of die voornamelijk een verwijfsfunctie vervullen. Daarnaast zijn er ZAT's die een gezamenlijk behandelplan hebben en gezamenlijk zorgtrajecten organiseren en realiseren. Dergelijke ZAT's bepalen zelf welke aanpak geëigend is en voeren zelf de functies screening, diagnostiek en licht ambulante hulp uit of activeren gespecialiseerde zorg van lokale voorzieningen of jeugdzorg als dat nodig wordt geacht. Ze werken vanuit samenhangende programma's voor bepaalde doelgroepen en hulpvragen waarin onderwijs samenwerkt met jeugdzorg en/of de Jeugd-GGZ. Op voorhand is er dan een geïntegreerd programma bijvoorbeeld voor LVG-kinderen met ernstige gedragsproblemen.

Sectoren: jeugd-GGZ, provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG, onderwijs, e.a..

Doelstelling: leerlingen met psychosociale problemen snel en adequaat opsporen om samenhangende hulpverlening te kunnen bieden om escalatie te voorkomen.

Doelgroep: leerlingen met psychosociale problemen.

Hulpvorm: (licht) ambulant.

Daarnaast bestaat een grote verwevenheid tussen instellingen voor speciaal onderwijs, provinciale jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg. In het rapport 'Monitor 2006; leerlingenzorg en zorgadviesteam in het voortgezet onderwijs' en in de publicatie 'Dagbehandeling jonge kinderen en speciaal onderwijs. Handreiking ontwikkeling onderwijs - zorgarrangementen' (D. Rafema, N. Jongepier en D. van Veen. LOCJ/NIZW, 2006) worden goede voorbeelden beschreven van samenwerking tussen jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg en onderwijs.

Een ITS-onderzoek naar de samenwerking tussen speciaal onderwijs en residentiële instellingen laat zien dat de aanpak van 'Eén kind, één plan' van samenwerkingsverband tot samenwerkingsverband verschilt, waardoor bij doorplaatsing steeds nieuwe plannen moeten worden gemaakt (Samenwerking tussen speciaal onderwijs en residentiële instellingen. Onderzoek naar de aanpak 'Eén kind, één plan', E. Smeets, ITS, oktober 2008). Het gezamenlijk aanbieden van zorg door de instelling en de school is niet gebruikelijk. De instelling verzorgt de behandeling en de school het onderwijsaanbod². Bovendien participeren andere instanties zoals Bureau Jeugdzorg en de GGZ niet in 'Eén kind, één plan' (p.61).

2.3 Varianten

De respondenten die in het kader van onderhavig onderzoek zijn geïnterviewd³, geven aan dat er veel intersectorale samenwerking in de geïndiceerde jeugd-

² In genoemde rapportage worden de volgende voorbeelden beschreven: Keerpunt – (V)SO St. Jozef, De Hunnerberg – De Kristallis Scholengroep, Hoenderloo Groep – Hoenderloo College, Mutsaersstichting – De Wijnberg, De Widdonck – De Widdonckschool.

³ In de bijlage is een overzicht van de respondenten gegeven.

zorg bestaat en dat deze samenwerking bovendien sterk in ontwikkeling en groeiende is. Volgens hen komen dagelijks vele instellingen uit diverse 'bloedgroepen' bij elkaar die allemaal een deel van de benodigde kennis en kunde in huis hebben voor kinderen met gecombineerde problematiek zoals verstandelijke beperkingen, psychische stoornissen en gedragsproblematiek.

Zo werken justitiële jeugdinrichtingen min of meer standaard samen met instellingen voor speciaal onderwijs en werken ze steeds meer samen met de jeugd-GGZ en de jeugd-LVG-sector. Ook in de al bestaande Centra voor Jeugd en Gezin werken gemeenten, Bureaus Jeugdzorg en jeugd-GGZ steeds vaker met elkaar samen. Bureaus Jeugdzorg en de jeugd-GGZ participeren daarnaast in veel zorgadviesteams (ZAT's) op scholen. Ook zien we steeds meer intersectorale samenwerking tussen provinciale jeugdzorgaanbieders, jeugd-GGZ en onderwijsinstellingen. Er is bijvoorbeeld veel samenhang tussen de jeugd-GGZ en het speciaal onderwijs, met name gericht op kinderen met gedragsstoornissen gecombineerd met een psychiatrische stoornis.

In deze paragraaf worden de diverse voorbeelden van intersectorale samenwerking onderverdeeld naar de in paragraaf 2.1 beschreven functies van samenwerking.

Informatie- en dossieroverdracht

Het komt volgens de respondenten zeer regelmatig en veelvuldig voor dat een zorginstelling een andere instelling informeert over een bepaalde jongere of een bepaald kind. Met deze informatie kan de instelling een beter behandelplan opstellen, maar deze wordt daardoor lang niet altijd afgestemd op eventuele andere behandelplannen. Vaak vindt informatieoverdracht informeel tussen professionals plaats, soms zijn er op bestuurlijk niveau afspraken over gemaakt. De respondenten hebben de indruk dat er geen verschillen zijn in de mate waarin instellingen van verschillende sectoren informatie overdragen.

Voorbeeld: Verwijsindex Risicjongeren

Om te voorkomen dat verschillende professionals uit verschillende sectoren zich met dezelfde jongere bezighouden zonder dat men dit van elkaar weet en langs elkaar heen werkt, is de Verwijsindex Risicjongeren (VIR) ontwikkeld. Dit is een landelijk digitaal systeem dat professionals uit onder andere het onderwijs en de jeugdzorg die risicomeldingen over jongeren hebben met elkaar in contact brengt. Door de verwijsindex wordt samenwerking beter mogelijk gemaakt. Er wordt naar gestreefd dat bij inwerkingtreding van de wet, voorzien op 1 januari 2010, alle gemeenten zijn aangesloten op deze index. Vooruitlopend op de wettelijke invoering is er een proeftuin ingericht waar gemeenten kunnen aansluiten op de verwijsindex, al dan niet met een lokaal risicosignaleringssysteem. Een voorbeeld hiervan is het Stedelijk Instrument Sluitende Aanpak (SISA) in de gemeente Rotterdam. Bureau Jeugdzorg, jeugd-GGZ, gemeenten, Openbaar Ministerie, Raad voor de Kinderbescherming, politie en het RMC (Regionaal Meld- en Coördinatiepunt) en andere organisaties werken hierbij samen.

Afstemming van (volgtijdelijk) aanbod en behandelplan

De samenwerkende zorginstellingen stellen ten behoeve van één jeugdige en voor hun eigen zorgaanbod een behandelplan op en voeren deze los van elkaar uit. De behandeling en beoogde acties worden bij dit niveau van intersectorale samenwerking echter wel door de verschillende zorginstellingen op elkaar afgestemd. Deze vorm van samenwerking bestaat in de meeste gevallen uit een combinatie met het volgende niveau van samenwerking: intersectorale beoordeling van de situatie van het kind of de jongere. Samenwerking waarin het behandelplan wordt afgestemd lijkt wat meer voor te komen in de sectoren provinciale jeugdzorg en jeugd-GGZ. In de justitiële jeugdzorg komt deze variant minder voor, met uitzondering van onder meer Hulp aan Huis.

Voorbeeld: Hulp aan Huis

Omschrijving: intersectoraal samenwerkingsverband voor intensieve ambulante gezinsbehandeling van jongeren uit gezinnen in crisis, gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen en multi-probleemgezinnen. Kern van het programma is expertiseoverdracht. De medewerkers van alle betrokken instellingen ontvangen scholing zodat ze beter weten wat een cliënt nodig heeft. Instellingen uit de verschillende sectoren stemmen hun behandeling op elkaar af. Door deze samenwerking worden gezinnen niet doorgestuurd van de ene instantie naar de andere en lukt het om sneller de juiste hulp te geven, aldus de manager.

Sectoren: provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG, jeugd-GGZ, en JJI's.

Doelstelling: voorkomen van escalatie door multisectoraal hulp te bieden.

Doelgroep: 0-18/22 jaar, multi-probleemgezinnen, inclusief jeugdigen met een licht verstandelijke beperking of een psychiatrische stoornis.

Hulpvorm: intensieve ambulante (gezins)behandeling, crisisinterventie.

Intersectorale situatiebeoordeling en/of indicering

Bij deze vorm van samenwerking komen professionals uit verschillende sectoren bij elkaar om gezamenlijk een jeugdige te bespreken en gezamenlijk te besluiten dat de betreffende jeugdige een behandeling nodig heeft vanuit een bepaalde sector of uit meerdere sectoren. Ter ondersteuning hiervan is het Kader voor Integraal Indiceren Jeugdzorg – speciaal onderwijs - AWBZ-zorg in 2007 landelijk ingevoerd (zie paragraaf 2.1). Intersectorale situatiebeoordeling komt het meeste voor bij samenwerkingsvormen tussen de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ. Jeugd-LVG, speciaal onderwijs en gesloten jeugdzorg zijn eveneens regelmatig betrokken bij intersectorale 'beoordelingsteams' maar in mindere mate dan de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ. In de justitiële jeugdzorg komt deze variant minder vaak voor.

Voorbeeld: Gezamenlijke Crisisdienst

Omschrijving: een samenwerkingsverband van Bureau Jeugdzorg Haaglanden, Jeugdformaat en De Jutters. De dienst werkt ook samen met onder andere het onderwijs, de politie en huisartsen. Met de crisisdienst wordt de periode tot de start van een reguliere behandeling overbrugd. Deze voorziening werd noodzakelijk geacht omdat voorheen verwijzers vaak niet terecht konden bij instellingen omdat bij de aanmelding niet duidelijk is of de crisis te maken heeft met gedragsproblemen, opvoedingsproblemen of psychiatrische problemen. Vaak lopen dit soort problemen door elkaar heen of is er sprake van meervoudige problematiek. De medewerkers van de gezamenlijke crisisdienst werken samen in één kantoor. Gezamenlijk wordt op crisismeldingen afgegaan, er is gezamenlijk casuïstiekoverleg en er worden wederzijdse consultaties gedaan. De dagelijkse aansturing is in handen van Bureau Jeugdzorg.

Sectoren: jeugd-GGZ, provinciale jeugdzorg.

Doelstelling: voorkómen van schade bij jongeren, het vergroten veiligheid en zo snel mogelijk passende langdurige hulp inzetten.

Doelgroep: jongeren met meervoudige problematiek.

Hulpvorm: crisisinterventie

Voorbeeld: Circuit Jeugdcomplex

Omschrijving: samenwerkingsproject met partners uit de forensische jeugdpsychiatrie, kinderen jeugdpsychiatrie, Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant, twee provinciale jeugdzorginstellingen, twee orthopedagogische centra voor licht verstandelijk gehandicapten en een justitiële jeugdinrichting. Daarnaast wordt ook met het speciaal onderwijs intensief samengewerkt. Het project is gericht op jongeren van 12 tot 23 jaar die een combinatie vertonen van psychiatrische problematiek met ernstige meervoudige gedragsstoornissen met een ondertoezichtstelling. Voor deze jongeren is er intersectoraal en multidisciplinair casuoverleg. Daarin wordt gezamenlijk een zorgplan geformuleerd en uitgevoerd, soms met gezamenlijke werkvormen en modules.

Sectoren: provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ, JJI, jeugd-LVG.

Doelstelling: bieden van effectieve hulp waarbij de jongere niet steeds wordt doorgeplaatst.

Doelgroep: jongeren van 12-23 jaar met een combinatie van psychiatrische problematiek en ernstige meervoudige gedragsstoornissen met een OTS.

Hulpvorm: ambulante behandeling.

Ook reguliere scholen maken steeds meer mogelijk dat jeugdzorgmedewerkers in hun scholen worden ingezet. Daarmee kan hulp sneller en efficiënter worden geboden, mede omdat een intersectoraal samengesteld team de situatie van een kind of jongere bespreekt en beoordeelt. De benodigde indicaties worden vervolgens gevraagd bij de betreffende indicatieorganen die deelnemen aan het intersectoraal team dat beoordeelt. De jeugdige (en/of hun ouders) worden niet meer geconfronteerd met meerdere beoordelings- en indicatietrajecten. De zorgadviesteams (ZAT's) in het onderwijs zijn een goed voorbeeld hiervan.

Integraal behandelplan

Bij een aantal samenwerkingsinitiatieven waarbij een intersectoraal samengesteld team de situatie van een jeugdige beoordeelt, stelt het team gezamenlijk een samenhangend zorgplan op: één kind - één plan! Daarbij is sprake van één trajectbegeleider, casemanager of coördinator die aanstuurt en verantwoorde-

lijk is. Veel zorgplannen zijn in deelplannen omschreven door de verschillende behandelende instellingen.

Er is volgens de literatuur en volgens de respondenten veel samenwerking en afstemming op lokaal en regionaal niveau tussen orthopedagogische behandelcentra voor de LVG-jeugd en het onderwijs in het kader van 'Een kind, een plan'. Ongeveer de helft van de behandelcentra heeft onderwijs in huis. Daar is al lang sprake van intensieve samenwerking. Het kan ook zijn dat er sprake is van een samenwerkingsrelatie met een school voor speciaal onderwijs in de nabijheid.

Voorbeeld: Loket Vroeghulp Kind en Jeugd Midden-brabant

Omschrijving: structurele samenwerking van verschillende instellingen in één loket waarin een groot aantal provinciale jeugdzorgaanbieders, orthopedagogische behandelcentra, BJZ en GGZ-instellingen samenwerken. Dit loket biedt diagnostiek en (licht) ambulante hulpverlening vanuit één interdisciplinair (kern)team aan kinderen van 0 tot 12 jaar met een ontwikkelingsachterstand of ontwikkelingsproblemen op lichamelijk, verstandelijk, zintuiglijk en/of sociaal-emotioneel gebied en hun ouders. De verschillende instellingen bieden gezamenlijk aanbod door een kernteam of trajectteam waarin diverse disciplines en sectoren zijn vertegenwoordigd. Soms wordt bij de partners ingekocht. De ouders en het kind krijgen de beschikking over een coördinator die alle hulp en ondersteuning regisseert.

Sectoren: provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugd-LVG.

Doelstelling: vroegtijdig signaleren en multidisciplinair behandelen om gebruik van zwaardere hulp in de toekomst te voorkomen.

Doelgroep: kinderen van 0 tot 12 jaar met een ontwikkelingsachterstand of ontwikkelingsproblemen op lichamelijk, verstandelijk, zintuiglijk en/of sociaal-emotioneel gebied en hun ouders, vaak multi-probleemgezinnen.

Hulpvorm: (licht) ambulant.

Ondanks de samenwerking tussen orthopedagogische behandelcentra en het onderwijs betreffen de meeste samenwerkingsvoorbeelden gericht op integrale behandelplannen samenwerking tussen de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ, soms ook met gesloten en/of justitiële jeugdzorg.

Voorbeeld: Lindenhout en KIDZ-team Dimence

Omschrijving: jonge kinderen tot 5 jaar met ontwikkelingsstoornissen of –achterstanden en die opgroeien in een kwetsbare omgeving, ontvangen multidisciplinaire diagnostiek en hulp. Het gaat vaak om kinderen uit multi-probleemgezinnen, waar ouders psychiatrische en/of persoonlijkheidsproblemen hebben, gecombineerd met risicofactoren in de context zoals schulden en slechte huisvesting en niet goed kunnen omgaan met de stoornis van hun kind. Zowel de diagnostiek als de behandeling van de twee instellingen worden geïntegreerd aangeboden. Als beide instellingen samen een gezin behandelen, ligt de regie bij de provinciale jeugdzorg. Indien beide instellingen een gezin diagnosticeren ligt de regie bij de jeugd-GGZ.

Sectoren: provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ.

Doelstelling: snellere en betere hulp zodat later geen groter beroep op de jeugdzorg hoeft te worden gedaan.

Doelgroep: kinderen tot 5 jaar met ontwikkelingsstoornissen of –achterstanden die opgroeien in een kwetsbare omgeving, vaak multi-probleemgezinnen.

Hulpvorm: intensief ambulant, dagbehandeling, residentieel.

Jongeren die gesloten moeten worden behandeld, worden in een gesloten jeugdzorginstelling geplaatst. Onder gesloten jeugdzorg vallen gedwongen opname, gesloten verblijf en gedwongen behandeling. Het aanbod van gesloten jeugdzorg bestaat uit interventies op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, licht verstandelijke handicaps, onderwijs en arbeidstoeleiding. Het bieden van sectoroverstijgende zorg staat daarbij centraal. We zien dan ook veel intersectorale samenwerking in de gesloten jeugdzorg. Daarbij wordt ook de omgeving van het kind betrokken bij de behandeling. De Koppeling en Doen Wat Werkt zijn goede voorbeelden van intersectorale programma's met integrale behandelplannen.

Voorbeeld: Doen wat werkt

Omschrijving: als alternatief voor een reguliere plaatsing in een JJI bestaat in Friesland, Groningen en Drenthe het zorgprogramma '*Doen wat werkt*' voor jongeren van 12 tot 18 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun gezinnen. Eerst wordt een korte gesloten behandeling in een jeugdzorgplus instelling geboden waarna de behandeling thuis en met de jongere en het gezin direct en intensief wordt voortgezet. De behandeling wordt als één traject aangeboden door vier provinciale jeugdzorgaanbieders en twee justitiële jeugdinstellingen in de regio en is inmiddels omgezet in een structurele voorziening.

Sectoren: Raad voor de Kinderbescherming, provinciale jeugdzorg, JJI.

Doelstelling: maatschappelijke re-integratie: de jongere kan zowel thuis als op school weer goed functioneren.

Doelgroep: jongeren van 12 tot 18 jaar met ernstige gedragsproblemen (en hun gezinnen) met een (V)OTS en een machtiging uithuisplaatsing in een JJI.

Hulpvorm: residentieel, ambulante behandeling en begeleiding.

Voorbeeld: De Koppeling

Omschrijving: voorziening met een besloten zorgprogramma voor jongeren met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. Spirit (provinciale jeugdzorg), de Bascule (academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie) Altra (provinciale jeugdzorg en speciaal onderwijs) en Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam zijn de partners. De Koppeling behandelt 64 jongens en meisjes van 12 tot 18 jaar die door de kinderrechter zijn geplaatst in een gesloten instelling. De jongeren hebben vaak – naast ernstige gedragsproblemen – ook psychische problemen of hebben bescherming nodig tegen invloeden uit hun omgeving. Het behandelplan wordt gezamenlijk geformuleerd in overleg met de jongere en het gezin. Een groot aantal disciplines werkt in één pand samen op één locatie om de behandeling vorm te geven.

Sectoren: gesloten jeugdzorg, BJZ, jeugd-GGZ, speciaal onderwijs.

Doelstelling: maatschappelijke re-integratie door perspectief en tijdelijke veiligheid te bieden.

Doelgroep: jongeren van 12 tot 18 jaar die door de kinderrechter zijn geplaatst in een gesloten instelling soms met ernstige gezinsproblematiek of psychiatrische stoornis.

Hulpvorm: ambulant, crisisopvang, residentieel.

Het streven om voor jonge risicokinderen een zorgarrangement te ontwikkelen waarin provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugd-LVG en onderwijs worden geïntegreerd, is volgens veel respondenten gemeengoed geworden. Zo wordt in de provincie Utrecht al jarenlang een beleid gevoerd waarin samenwerking tussen (speciaal) onderwijs en provinciale jeugdzorg een belangrijk speerpunt is. Op de verschillende niveaus is deze samenwerking inmiddels een vanzelfsprekend-

heid. Voorbeelden van samenwerking tussen de dagbehandeling vanuit de provinciale jeugdzorg of jeugd-GGZ van jonge kinderen en het speciaal onderwijs zijn bijvoorbeeld de Klasgroep in Haren, Combi-werken in Rijsbergen en Roosendaal en Geïntegreerd werken bij Cardea Jeugdzorg en PI-school De Brug⁴. Hoewel in het onderwijs steeds meer handelingsplannen van de school worden afgestemd op de behandelingsplannen van de zorginstellingen, bestaat er volgens de betreffende respondenten echter nog te weinig samenwerking op programmaniveau tussen de jeugdzorg en REC-3 of REC-4 scholen, uitzonderingen daargelaten zoals De Linde. In de praktijk zijn vele centra voor dagbehandeling en scholen voor speciaal onderwijs op zoek naar geschikte of verdergaande samenwerkingsvormen.

Voorbeeld: De Linde

Omschrijving: opvangvoorziening voor jonge risicokinderen met ernstige meervoudige opvoedingsproblematiek gericht op terugkeer naar het regulier basisonderwijs zo nodig met extra begeleiding dan wel doorstroom naar het speciaal basisonderwijs. Het programma luidt 'Eén kind, één plan, één regie', waarmee De Linde beoogt een integratie tot stand te brengen van onderwijsactiviteiten en de sociaalpedagogische activiteiten van de dagbehandeling in samenhang en samenwerking met de opvoeders thuis. Daartoe zijn de kindgegevens in één dossier geïntegreerd onder één regie.

Sectoren: speciaal onderwijs, BJZ en jeugd-GGZ.

Doelstelling: kinderen uit de doelgroep eerder en beter toegerust de stap naar extern regulier onderwijs laten maken.

Doelgroep: kinderen van 4 tot 7 jaar met ernstige meervoudige opvoedingsproblematiek

Hulpvorm: dagbehandeling geïntegreerd in het onderwijs, licht ambulantly

Gelijktijdige integrale behandeling

Er is volgens de respondenten in vergelijking tot de voorgaande varianten weinig sprake van gelijktijdige en integrale behandeling waarbij binnen één behandelingstraject professionals van instellingen uit minimaal twee sectoren verantwoordelijkheid hebben voor de uitvoering van het behandelplan van het kind of de jongere, terwijl de eindverantwoordelijkheid bij één instelling ligt. Toch is deze samenwerkingsvariant mogelijk als het intersectorale of multidisciplinaire programma uit verschillende financieringssystemen bekostigd wordt. Vaak is daartoe een aparte stichting in het leven geroepen of is de samenwerking ontstaan door fusies van instellingen uit verschillende sectoren. Goede voorbeelden van deze variant zijn de Mutsaersstichting en Transferium Jeugdzorg.

⁴ Een beschrijving van deze voorbeelden is te vinden in: Dagbehandeling jonge kinderen en speciaal onderwijs. Handreiking ontwikkeling onderwijs-zorgarrangementen. D. Rafema, N. Jongepier en D. van Veen. LOCJ/NIZW, 2006.

Voorbeeld: Transferium Jeugdzorg

Omschrijving: voorziening waarin zorgaanbieders uit diverse sectoren zoals de provinciale jeugdzorg, jeugd-(L)VG, jeugd-GGZ en speciaal onderwijs in de regio met elkaar samenwerken in een intersectoraal programma op basis van één behandelingsplan waarin vaak ook wordt ingezet op de thuissituatie. De instellingen brengen ieder hun eigen expertise in en formeren interdisciplinaire teams. De integrale behandeling vindt altijd plaats onder eindverantwoordelijkheid van Transferium; de deelbehandelingen onder verantwoordelijkheid van de uitvoerende instelling.

Sectoren: provinciale jeugdzorg, jeugd-(L)VG, jeugd-GGZ, speciaal onderwijs.

Doelstelling: beperking probleemgedrag bij uitstroom en maatschappelijke re-integratie.

Doelgroep: jongeren van 12-18 jaar met meervoudige problematiek, inclusief jeugdigen met een licht verstandelijke beperking of een psychiatrische stoornis.

Hulpvorm: intensief ambulante of residentiële via gesloten jeugdzorg.

Voorbeeld: Mutsaersstichting

Omschrijving: een 'full-servicecenter' waarin alle werksoorten compleet zijn geïntegreerd in het primaire proces, dat wil zeggen dat er allerlei disciplines bij de uitvoering van de zorg betrokken (kunnen) zijn. Ook de automatisering is helemaal ingesteld op één geïntegreerd behandelplan voor elk kind. De nadruk ligt daarbij op preventieve interventies in een zo vroeg mogelijk stadium. De financiering is regulier via de ZVW, AWBZ, WMO en provincies.

Sectoren: jeugd-GGZ, provinciale jeugdzorg, vrouwenopvang en speciaal onderwijs.

Doelstelling: intersectorale hulp bieden aan kind en gezin.

Doelgroep: kinderen en jongeren tot 23 jaar met complexe psychiatrische problematiek, medisch gerelateerde problemen, ontwikkelingsproblemen, emotionele stoornissen, chronische psychische problematiek of combinaties daarvan.

Hulpvorm: crisisinterventie, ambulante behandeling en begeleiding en residentiële.

2.4 Aanleiding en ontstaan

Dat een deel van de jeugdigen die worden geholpen binnen het huidige stelsel van de jeugdzorg beter kan worden geholpen met een multidisciplinaire intersectorale aanpak van hun problemen, is niet aan discussie onderhevig. Hulp aan kinderen met meervoudige problemen is alleen maar effectief als alle benodigde expertise, ook uit andere sectoren, beschikbaar is en ingezet wordt. Zowel bestuurders als professionals van de zorginstellingen zijn er van door-drongen dat zij moeten samenwerken ten behoeve van hetzelfde doel, namelijk de uitkomsten van het kind verbeteren door sneller hulp te bieden die aansluit bij de volledige problematiek van het kind. Het is vooral deze gemeenschappelijke opvatting die ertoe leidt dat op lokaal en/of regionaal niveau initiatieven worden ondernomen om tot samenwerking en gemeenschappelijk aanbod te komen.

Zo bleek volgens een deskundige namens de LVG-sector dat de mogelijkheden binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg niet toereikend waren voor de specifieke groep kinderen en jongeren met een (licht) verstandelijke handicap en psychiatrische en/of gedragsproblemen. De opvang van deze jongeren vanuit de verschillende hulpverleningsinstanties is

onvoldoende op elkaar afgestemd. Dit heeft tot gevolg dat ze vaak te laat de juiste zorg krijgen (waardoor de problemen escaleren) of tussen de wal en het schip terechtkomen. Omdat deze jongeren niet zijn gebaat bij opvang binnen een justitiële inrichting (wat vaak gebeurt), maar behandeling en intensieve begeleiding nodig hebben binnen een omgeving waarbij verschillende vormen van hulpverlening op elkaar zijn afgestemd, wordt gekozen voor samenwerking, aldus deze respondent.

“De LVG-jeugd doet in allerlei sectoren een beroep op hulpverlening nadat het betreffende kind is vastgelopen. Eerst zijn er gedragsproblemen, pas dan wordt ontdekt dat er sprake is van LVG-problematiek. Als vroeg kan worden geconstateerd dat er sprake is van een verstandelijke handicap en er risicofactoren zijn zoals bijvoorbeeld een beperkte sociale redzaamheid of het geval dat er sprake is van een risicogezin, kan escalatie worden voorkomen. Daarom wordt samenwerking gezocht bijvoorbeeld met de Centra voor Jeugd en Gezin of de Bureaus Jeugdzorg en daarom is samenwerking een onontkoombare ontwikkeling. We zien niet voor niets fusies van provinciaal gefinancierde instellingen en AWBZ-gefinancierde instellingen”, aldus een geïnterviewde deskundige.

Ook de samenwerking tussen dagbehandeling vanuit de jeugd-GGZ of de provinciaal gefinancierde jeugdzorg en speciaal onderwijs is ontstaan door de veranderde gemeenschappelijke visie op de rol van onderwijs voor kinderen die dagbehandeling krijgen, aldus een andere geïnterviewde deskundige. Volgens Radema e.a. (“Dagbehandeling jonge kinderen en speciaal onderwijs. Handreiking ontwikkeling onderwijs-zorgarrangementen. D. Rafema, N. Jongepier en D. van Veen. LOCJ/NIZW, 2006) was voorheen de tendens om bij deze kinderen het accent te leggen op de behandeling. Onderwijs kwam pas aan de orde op het moment dat de kinderen hun behandeling hadden afgerond. Inmiddels wordt de visie onderschreven dat ook kinderen die zorg nodig hebben, tegelijkertijd recht hebben op onderwijs. Onderwijs is voor elk kind immers een belangrijk onderdeel van maatschappelijke participatie.

Een sterke gemeenschappelijke visie dat een aantal jeugdigen een intersectoraal programma nodig heeft, leidt vervolgens tot oriënterende gesprekken tussen bestuurders van verschillende instellingen. Dat kan leiden tot een intentieverklaring. In sommige gevallen is een sterke gemeenschappelijke visie echter niet genoeg om samenwerking te bewerkstelligen. Vaak is ook een aanleiding nodig om tot elkaar te komen, bijvoorbeeld dat een subsidiemogelijkheid vanuit de provincie of het rijk wordt ‘ontdekt’, naar aanleiding van negatieve media-aandacht of een burgemeester die zich tot ‘trekker’ benoemt (bijvoorbeeld Jeugdzorgcentrum Gorinchem e.o.) of een fusie zoals bij de Mutsaersstichting. Soms is leegstand van een deel van het instellingsgebouw de aanleiding om samenwerking te zoeken. Soms wordt samenwerking opgedragen door de Inspectie voor de gezondheidszorg naar aanleiding van een incident. Het kan ook zijn dat de intersectorale voorziening is ontstaan doordat voorheen verwijzers vaak niet terecht konden bij instellingen omdat bij de aanmelding niet duidelijk is of de crisis te maken heeft met gedragsproblemen, opvoedingsproblemen of

psychiatrische problemen. De Gezamenlijke Crisisdienst is daarvan een voorbeeld. De één-loket-gedachte heeft ook een rol gespeeld bij het ontstaan van bijvoorbeeld het Loket Vroeghulp in Midden-Brabant.

2.5 Doelgroepen en doelstellingen

In deze paragraaf komt aan de orde op welke doelgroepen de samenwerkingsvarianten zich in hoofdzaak richten en welke doelstellingen daarbij worden gehanteerd.

Doelgroepen

De doelgroepen worden onderscheiden in een aantal categorieën dan wel een combinatie daarvan:

- leeftijd,
- jeugdigen met een psychiatrische stoornis,
- jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek,
- jeugdigen met een licht verstandelijke beperking,
- jeugdigen met een machtiging uithuisplaatsing of OTS,
- in combinatie met multi-probleemgezinnen.

Uit de analyse van de interviews met respondenten van intersectorale programma's komt het volgende beeld naar voren als het gaat om de doelgroepen. Een meerderheid van de intersectorale programma's zijn gericht op jongeren in de leeftijd vanaf 12 jaar tot 18 en soms 23 jaar. Ongeveer een kwart van de intersectorale programma's die we hebben geanalyseerd onderscheiden geen leeftijden in de doelgroep; ze richten zich op jeugdigen van elke leeftijd. De overige programma's richten zich op het jonge kind tot 4, 7 of 12 jaar. We kunnen geen conclusies trekken over de relatie tussen leeftijdscategorieën in de doelgroepen van intersectoraal aanbod en het niveau van samenwerking binnen het programma.

Intersectoraal aanbod is altijd gericht op jeugdigen met meervoudige problemen waarvoor kennis uit meerdere sectoren nodig is. Bijna alle intersectorale programma's die in het kader van dit onderzoek zijn geanalyseerd hebben als doelgroep jeugdigen met gedragsproblemen gecombineerd met (chronische) psychische stoornissen. Bij ongeveer de helft van deze programma's kan de doelgroep ook bestaan uit een combinatie met een licht verstandelijke beperking. Ruwweg een derde van de intersectorale programma's heeft daarnaast als doelgroep onderscheiden dat de jeugdige een (V)OTS of machtiging uithuisplaatsing heeft. Dit laatste uitsluitend bij programma's die zich richten op jongeren vanaf 12 jaar. De combinatie van problematiek heeft in onze voorbeelden van intersectorale samenwerking geen relatie met de hiervoor onderscheiden samenwerkingsvarianten.

Noemenswaardig is bovendien dat bijna de helft van de intersectorale programma's het gehele gezin betrekken bij de behandeling en als doelgroep onderscheiden naast de individuele jeugdige met meervoudige problematiek en ongeacht de leeftijd van de jeugdige. De doelgroep 'multi-probleemgezinnen' wordt dan toegevoegd aan de doelgroepomschrijving.

Doelstellingen

Doelstellingen werden in de analyse onderscheiden in de volgende categorieën:

- vroegtijdig signaleren en ingrijpen,
- beperking probleemgedrag,
- maatschappelijke re-integratie.

In de praktijk is het niet mogelijk gebleken om de doelstellingen van de verschillen intersectorale programma's onder te brengen in een van bovengenoemde categorieën. Daarvoor hangen de categorieën teveel samen. Zo wordt bijvoorbeeld probleemgedrag beperkt door vroegtijdig meervoudige problematiek te herkennen en multidisciplinair te behandelen. Maatschappelijke re-integratie wordt bereikt door probleemgedrag te beperken en de jeugdige (en het gezin) te leren omgaan met chronische psychische stoornissen of verstandelijke beperkingen.

Wel kunnen we constateren dat het intersectorale aanbod allemaal gericht is op effectievere hulp: effectiever dan monosectoraal aanbod. Soms wordt effectievere hulp gezocht in de inhoudelijke aanpak door het gehele gezin bij de behandeling te betrekken of door de intersectorale aanpak zelf. In andere gevallen wordt effectievere hulp geboden door – naast een intersectorale aanpak - het traject te versnellen, bijvoorbeeld door het aantal doorplaatsingen tot een minimum te beperken of de toegang te laten geschieden door een één-loketfunctie in te richten. Verwijzers kunnen dan terecht bij één voorziening waarin diverse sectoren en instellingen samenwerken om de situatie integraal te kunnen beoordelen en vaak ook een integraal zorgplan op te stellen.

Een tweede constatering is dat steeds meer samenwerkingsinitiatieven zich richten op het vroegtijdig signaleren en behandelen van meervoudige problematiek teneinde escalatie te voorkomen en gebruik van 'zwaarder' aanbod in een later stadium te verminderen. Deze samenwerkingsverbanden zijn met name gericht op risicogroepen en multi-probleemgezinnen. In de voorgaande paragrafen hebben we geconcludeerd dat er minder intersectoraal aanbod is voor jonge kinderen met meervoudige problematiek dan voor jongeren met meervoudige problemen en dat de LVG-sector minder participeert in de samenwerkingsvarianten dan de provinciale jeugdzorg, gesloten jeugdzorg en de jeugd-GGZ. Toch lopen kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking meer risico's op meervoudige problemen. Vaak komt een verstandelijke beperking pas laat aan het licht waardoor de problematiek heeft kunnen escale-

ren. Volgens de respondenten is daarom het aantal intersectorale programma's waarbij de LVG-sector is betrokken en die zijn gericht op vroegtijdige signalering van meervoudige problematiek, sterk in ontwikkeling en groeiende.

We concluderen dat intersectoraal aanbod betrekking heeft op jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek, gecombineerd met psychiatrische stoornissen en/of een licht verstandelijke beperking. Veel intersectorale programma's richten zich op jongeren vanaf 12 jaar die vaak ook nog 'onder toezicht' staan of een machtiging uithuisplaatsing van de rechter hebben. Vaak zijn er ook problemen in het gezin, zowel bij jongeren als bij het jonge kind met meervoudige problematiek. Steeds meer programma's betrekken daarom het gehele gezin bij de behandeling van de jeugdige. De respondenten zien derhalve een beweging van het intersectoraal aanbod van curatief naar preventief waarbij steeds vaker met het gehele gezin wordt gewerkt. Dat wil zeggen dat risicogezinnen en – kinderen vroegtijdig worden opgespoord en begeleid, opdat een zwaarder beroep op zorg in de toekomst wordt voorkomen. Volgens sommige respondenten wordt dit soort ambulante begeleiding of behandeling steeds effectiever, met name door de inzet van goede bestaande programma's zoals Families First-programma's of Triple P.

2.6 Bereik

Het bereik van de intersectorale programma's die in dit onderzoek zijn geanalyseerd varieert per programma van 12 tot circa 1000 per jaar, gemiddeld per programma circa 275 jeugdigen. Het is niet bekend hoeveel jeugdigen behoefte hebben aan een intersectoraal programma. De contactpersonen van deze programma's schatten wel in dat gemiddeld 3 tot 4 maal zoveel jeugdigen dergelijk aanbod nodig hebben. Toch zijn enkele programma's redelijk dekkend; andere programma's bedienen slechts het topje van de ijsberg, aldus de betreffende respondenten. De programma's die zijn gericht op jongeren met een OTS en/of een machtiging uithuisplaatsing lijken vooralsnog het grootste bereik te hebben, niet qua aantallen maar voor wat betreft het verschil tussen het feitelijk bereik en het gewenste bereik bij jongeren die binnen de doelgroep van het programma vallen. Bij intersectorale programma's die zijn gericht op jonge kinderen in het algemeen of op jonge LVG-jeugd lijkt sprake te zijn van het minste bereik in de zin dat het gat tussen feitelijk bereik en gewenst bereik het grootste is.

Meer dan de helft van de kinderen in de provinciale jeugdzorg heeft ook problemen waarvoor expertise nodig is van bijvoorbeeld de LVG- of GGZ-sector, aldus de schatting van enkele respondenten. Verreweg de meeste van die kinderen met meervoudige problemen krijgen echter een monosectoraal programma. Dat geldt bijvoorbeeld voor kinderen die zijn doorverwezen door de huisarts naar een GGZ-instelling, terwijl er sprake is van meervoudige problematiek en dus intersectoraal aanbod nodig is. Ook de Bureaus Jeugdzorg indi-

ceren veelal voor monosectoraal aanbod terwijl er sprake is van een zodanige problematiek dat ook expertise uit andere sectoren nodig is.

Ook in de literatuur wordt aangegeven dat jeugdigen met meervoudige problematiek vaak niet op intersectoraal aanbod kunnen rekenen. Hoe groot het verschil is tussen de groep jeugdigen met meervoudige problematiek die behoefte heeft aan intersectorale programma's en de groep die dat daadwerkelijk krijgt, wordt echter niet gegeven. Dat is niet verwonderlijk omdat meervoudige problematiek vaak niet wordt (h)erkend. In de literatuur wordt volstaan met subjectieve termen.

Zo geeft de Algemene Rekenkamer in haar rapport 'Kopzorgen' (TK, vergaderjaar 2007-2008, 31245, nrs. 1-2) aan dat met name jeugdigen met complexe problematiek die behoefte hebben aan zorg van verschillende disciplines vaak buiten de boot vallen of lang moeten wachten (p.17). De Rekenkamer concludeert dat het intersectorale aanbod niet structureel van de grond komt.

Mevrouw C. Couwenbergh gaf naar aanleiding van haar promotie op 23 april 2009 in een interview met de Volkskrant aan dat jongeren met dubbele problemen "nog vaak als een hete aardappel tussen de instellingen heen en weer geschoven worden. Van de psychiater moet hij eerst stoppen met blowen voordat hij hulp krijgt, terwijl de verslavingskliniek weigert iemand met psychische problemen te behandelen" (Volkskrant, 11 april 2009).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ("Zorg aan jongeren met psychosociale problemen niet gegarandeerd", Utrecht, 2007) geeft aan dat adequate zorg aan jongeren met psychosociale problemen via de ZAT's niet bepaald wordt gegarandeerd, onder meer omdat veel jongeren niet worden bereikt.

In het 'Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg' (BMC, november 2006) wordt geconcludeerd dat afstemming en samenwerking tussen professionals uit de instellingen van de betrokken sectoren vaak achterwege blijft bij multi-probleemgezinnen (p. 48).

In het onderzoeksrapport "Combinaties van zorg voor jeugdigen met een zorgvraag; samenvatting" (B&A, 2009) komt naar voren dat 25% van de jeugdigen in zorg meerdere zorgvormen met elkaar combineert (p. 25). De groep van jeugdigen die zorg combineert wordt door B&A opgesplitst in twee groepen, namelijk de 'stabiele zorgcombineerder' en de 'schakelaar'. De stabiele zorgcombineerder koppelt over het algemeen het speciaal onderwijs met een setting in één van de drie zorgsectoren (provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jeugd-GGZ of jeugd-LVG). Zo'n 15% van de jeugdigen in zorg valt onder deze categorie. De schakelaar heeft volgens B&A veel zorgcontacten binnen de verschillende regelingen, maar neemt bij gebrek aan passend zorgaanbod niet substantieel veel zorg af en maakt (lange) periodes geen gebruik van enige vorm van zorg. Het onderzoek wijst uit dat het onvoldoende lukt om deze groep van een adequaat intersectoraal zorgaanbod te voorzien. Tussen de 5% en 10% van de jeugdigen in zorg valt onder de groep schakelaars (p. 26). Uit de cijfers blijkt dat het in Nederland gaat om zo'n 18.000 kinderen die vaak uit instabiele gezinnen komen en te kampen hebben met een combinatie van psychiatrische

klachten en gedragsproblemen en die daarom zorg nodig hebben vanuit meerdere disciplines.

2.7 Beschouwing

De meeste intersectorale programma's bestaan binnen samenwerkingsverbanden tussen de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ. Ook de gesloten jeugdzorg werkt veel samen met de provinciale jeugdzorg, de jeugd-GGZ en jeugd-LVG. In de justitiële jeugdzorg zijn minder intersectorale programma's voorhanden⁵. Deze conclusies zijn gebaseerd op het aantal intersectorale programma's dat uit internetsearch, literatuuranalyse en interviews naar voren kwam. In schema 1 wordt een overzicht gegeven.

Schema 1. Relatieve verhoudingen tussen jeugdzorgsectoren naar de mate van intersectorale samenwerking.

	Jeugd-GGZ	Jeugd-LVG	Gesloten jeugdzorg	Justitiële jeugdzorg	Speciaal onderwijs
Provinciale jeugdzorg	Meer	Tussen in	Meer	Minder	Tussen in
Jeugd-GGZ		Tussen in	Meer	Minder	Tussen in
Jeugd-LVG			Meer	Tussen in	Meer
Gesloten jeugdzorg				Minder	Tussen in
Justitiële jeugdzorg					Meer

Schema 1 dient echter te worden genuanceerd. Het aantal intersectorale programma's waarin de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ samenwerken is groot, het bereik is echter veel lager dan van intersectorale programma's waarbij de gesloten jeugdzorg en de justitiële jeugdzorg is betrokken. Respondenten van genoemde laatste sectoren geven namelijk aan dat redelijk aan de behoefte wordt voldaan, terwijl de meeste respondenten van de intersectorale programma's door de jeugd-GGZ en provinciale jeugdzorg aangeven dat de groep jeugdigen die dergelijk aanbod nodig zouden hebben vele malen groter is dan de groep die wordt bereikt door het intersectorale aanbod. Ook is het bereik van intersectoraal aanbod waarbij de jeugd-LVG is betrokken laag: de groep jeugdigen met een licht verstandelijke beperking die zorg vanuit meerder sectoren nodig heeft is beduidend groter dan de groep die daadwerkelijk intersectorale zorg krijgt.

⁵ Bij deze conclusie moet echter worden aangetekend dat binnen de justitiële jeugdzorg ook specifieke kennis en expertise over forensische psychiatrie en LVG-problematiek wordt ingezet. Zo hebben justitiële jeugdinrichtingen kinder- en jeugdpsychiaters en GZ-psychologen in dienst en zijn er gespecialiseerde afdelingen voor jeugdige justitiabelen met LVG-problematiek. Daarmee is dus expertise vanuit andere sectoren binnen de muren van de eigen instelling gehaald. Dan is er weliswaar geen intersectoraal programma volgens de definitie die in dit onderzoek is gehanteerd, maar aan de desbetreffende jongeren wordt wel multidisciplinaire zorg geboden.

Hieronder brengen we het geïnventariseerde aanbod in enkele matrixen onder. Daardoor hebben we in één oogopslag een globaal overzicht en kunnen we beter conclusies trekken over de omvang in vergelijking tot elkaar. Deze vergelijking is een benadering van de werkelijkheid en geeft zeker geen exact beeld van het intersectorale aanbod dat in de jeugdzorg bestaat. Indien we constateren dat bepaalde varianten van intersectoraal aanbod minder voorkomen in vergelijking tot andere varianten, is dat geen oordeel. Het kan namelijk zijn dat bepaalde varianten minder nodig zijn dan andere. De relatieve kwalificaties 'veel', 'redelijk' en 'weinig tot geen' intersectoraal aanbod zijn subjectief en een inschatting van de onderzoeker op basis van literatuur en interviews. De inschattingen zouden idealiter gemaakt moeten worden op basis van het werkelijke bereik en de behoefte, dus het gewenste bereik van de programma's. Dit laatste vereist echter ander onderzoek. Het gaat hier om de verhoudingen tot elkaar *binnen* de matrix, meer of minder ten opzichte van elkaar. De verticale as blijft steeds dezelfde, namelijk het niveau van samenwerking. We hebben het aanbod ingedeeld naar:

- a. Samenwerkingsdoel
- b. Domeinen/sectoren
- c. Doelgroepen
- d. Hulpvormen

Variantenmatrix 1. Intersectoraal aanbod jeugdzorg naar samenwerkingsdoel en betrokken sectoren.

	Provinciale jeugdzorg	Jeugd-GGZ	Jeugd-LVG	Gesloten jeugdzorg	Justitiële jeugdzorg	Speciaal onderwijs
Informatie- en/of dossieroverdracht	++	++	++	++	++	++
Afstemming (volgtijdelijk) aanbod	++	++	++	++	+	++
Intersectorale beoordeling/indicering	++	++	+	+	-	+
Integraal behandelplan	+	+	+	-	-	+
Gelijktijdige behandeling	-	-	-	-	-	-

++	Veel intersectoraal aanbod
+	Redelijk intersectoraal aanbod
-	weinig intersectoraal aanbod

Uit de matrix maken we op dat bij intersectoraal aanbod waarin de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ participeren het niveau van samenwerking vaker hoger is dan in de overige sectoren. Veel intersectoraal aanbod is bij beide sectoren gericht op intersectorale beoordeling terwijl het meeste intersectoraal

aanbod waarin andere sectoren participeren afstemming van het eigen instellingsaanbod betreft.

Samenwerkingsvarianten waarin integrale behandelplannen gezamenlijk worden opgesteld komen in de gesloten en justitiële jeugdzorgsectoren minder vaak voor dan in de overige sectoren. Gelijktijdige integrale behandelingen door professionals van instellingen uit minimaal twee sectoren maar onder eindverantwoordelijkheid van één bepaalde instelling komen in alle sectoren nog weinig voor.

Variantenmatrix 2. Intersectoraal aanbod jeugdzorg naar samenwerkingsdoel en doelgroepen.

	< 12 j	>12 j	Ernstige gedragsproblematiek	Psychiatrische stoornis	Verstandelijke beperking
Informatie- en/of dossieroverdracht	++	++	++	++	++
Afstemming (volgtijdelijk) aanbod	++	++	++	++	++
Intersectorale beoordeling/indicering	+	++	++	++	+
Integraal behandelplan	-	+	++	++	-
Gelijktijdige behandeling	-	+	+	+	-

++	Veel intersectoraal aanbod
+	Redelijk intersectoraal aanbod
-	weinig intersectoraal aanbod

De matrix laat de onderlinge verhoudingen zien tussen de doelgroep waarop het aanbod is gericht en het niveau van samenwerking. Het niveau van samenwerking is wat lager bij intersectorale programma's waarbij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking tot de doelgroep behoort dan wel bij programma's gericht op jonge kinderen onder de 12 jaar. Met andere woorden: intersectoraal aanbod waarin integrale behandelplannen worden opgesteld en uitgevoerd dan wel waarbij gelijktijdige behandeling plaatsvindt, zijn minder voorhanden als jeugdigen met een verstandelijke beperking of jonge kinderen tot 12 jaar tot de doelgroep behoren.

Variantenmatrix 3. Intersectoraal aanbod jeugdzorg naar samenwerkingsdoel en hulpvormen.

	Crisisinterventie	Licht ambulante/ begeleiding	dagbehandeling	residentieel
Informatie- en/of dossieroverdracht	++	++	++	++
Afstemming (volgtijdelijk) aanbod	+	++	++	++
Intersectorale beoordeling/indicering	-	++	++	+
Integraal behandelplan	-	+	+	+
Gelijktijdige behandeling	-	-	-	-

++	Veel intersectoraal aanbod
+	Redelijk intersectoraal aanbod
-	weinig intersectoraal aanbod

Het niveau van samenwerking bij crisisinterventie en bij residentiële hulp lijkt bij het meeste intersectorale aanbod wat lager dan bij ambulante hulp of begeleiding en dagbehandeling. Intersectoraal aanbod biedt vaker licht ambulante behandeling/begeleiding en dagbehandeling dan andere hulpvormen.

3 SUCCES- EN FAALFACTOREN

In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat er relatief veel intersectoraal aanbod in de jeugdzorg bestaat. Deze samenwerking tussen instellingen uit verschillende sectoren is bovendien sterk in ontwikkeling en groeiende. In dit hoofdstuk bespreken we factoren die intersectoraal aanbod belemmeren of juist gemakkelijker maken. Het hoofdstuk is naast telefonische interviews met projectmanagers van intersectorale programma's en face-to-face interviews met sleutelfiguren, tevens gebaseerd op literatuur.

3.1 Faalfactoren

Bij de ontwikkeling en uitvoering van intersectoraal aanbod kunnen we een aantal groepen van factoren noemen die belemmerend werken. Deze worden hieronder genoemd en uitgewerkt.

1. *Wet- en regelgeving nodigt niet uit tot samenwerking.*

Separate wet- en regelgeving en de bijbehorende financieringsstelsels voor de verschillende sectoren bevorderen verkokering en domeindenken. Ze bevatten geen prikkels tot samenwerking en werken eerder ontmoedigend dan stimulerend voor de instellingen. De regie over intersectorale afstemming in de zorg voor jeugdigen (AWBZ, WJZ en ZVW) is niet duidelijk toebedeeld aan één partij in de regio. Dat maakt dat er geen gemeenschappelijke probleemeigenaar is en dat de ontwikkeling van intersectoraal aanbod een vrijblijvendheid is. De verschillende domeinen van wet- en regelgeving leiden tot onderscheiden verantwoordelijkheden tussen onderwijs, de GGZ-sector, jeugd-LVG-sector, justitiële en provinciale jeugdzorg. De bijbehorende financieringsstelsels maken het volgens de beleving van de respondenten lastig om geïntegreerde programma's te financieren. Bij intersectorale programma's moeten de deelnemende instellingen immers ieder aan de eigen geldende wet- en regelgeving voldoen. Dit betekent in voorkomende gevallen dat een dubbele administratie moet worden bijgehouden omdat kinderen of jongeren die intersectorale programma's doorlopen, administratief in meerdere sectoren dienen te worden ondergebracht. Het geheel heeft volgens de respondenten veel extra administratief werk tot gevolg. Ook de verantwoordingsactiviteiten vragen door de verschillende financieringsstelsels veel extra tijd omdat het aanbod zowel financieel als inhoudelijk moet worden opgeknipt.

Een respondent geeft het volgende aan: "In het dagelijks werk maakt het niet veel uit, maar in de verantwoording moet alles worden opgeknipt. Het moet allemaal kloppen volgens de verschillende wetten. Dat geeft heel veel extra papierwerk en het maakt samenwerking heel gecompliceerd. Je moet dan goed weten hoe je dat allemaal moet inregelen in de organisatie. En dan moet je jezelf de vraag stellen of het dat allemaal wel waard is".

Samenwerking in termen van personeel is ook ingewikkeld vanwege de (grote) verschillen in CAO's en rechtspositie tussen onderwijs, GGZ, justitiële en provinciale jeugdzorg.

Niet alleen is de financiële verantwoording ingewikkeld bij intersectoraal samengestelde programma's; ook inhoudelijk is de verschillende wetgeving lastig om intersectorale programma's te ontwikkelen en uit te voeren.

Een respondent: "Met de Wet op de Gesloten Jeugdzorg mogen andere dingen als het gaat om vrijheidbeperkende maatregelen, dwangmedicatie en separatie dan met de Wet Gedwongen Opname uit de GGZ-sector. Dat is erg lastig als je een gezamenlijk zorgprogramma hebt".

Enerzijds bevordert de rijksoverheid competitie en marktwerking in de jeugdzorg door de verschillende systemen van wetgeving en financiering, anderzijds wil ze meer samenwerking tussen instellingen en sectoren waarbij organisatiebelang ondergeschikt gemaakt moet worden. Dat zijn twee tegenstrijdige signalen, volgens de respondenten.

"Er is weliswaar veel bestuurlijke drukte rondom samenwerking maar het bestuurlijk en wettelijk kader dwingt tot concurrentie tussen de instellingen. Deze marktwerking past niet bij intersectorale samenwerking. Er is volgens mij sprake van een discongruentie in de boodschappen vanuit het ministerie", aldus een respondent.

2. Door wachtlijsten andere prioriteit.

Er is meer vraag dan aanbod. Daarom ontstaan wachtlijsten. De wachtlijsten maken dat de bestaande omschreven monosectorale programma's eerst moeten worden uitgevoerd. De prikkel om eerst de eigen wachtlijsten weg te werken heeft de overhand. Het is lastig om in een situatie van tekorten ruimte te maken voor vernieuwing. De meeste provincies stimuleren de zorgaanbieders niet om aan te sluiten bij intersectorale programma's. Bij de ontwikkeling van intersectorale programma's bestaat immers de kans op een aanzuigende werking, zeker als de programma's een vroegtijdig ingrijpen inhouden. Voor een provincie is dit niet te accepteren, aldus enkele respondenten.

"Vaak wordt te laat gezien dat het gaat om multi-problematiek bij een kind of jongere. Als je dat eerder in het leven van zo'n kind constateert, kun je vroeger ingrijpen met multisectoraal aanbod. Dat zorgt ervoor dat problemen niet kunnen escaleren als ze wat groter zijn. Maar het betekent ook dat in eerste instantie deze kinderen van 'zwaarder' aanbod gebruik moeten maken. Dergelijk aanbod heeft een aanzuigende werking", aldus een respondent.

Daarom is bij de ontwikkeling meer personeel en geld nodig volgens de respondenten. Dat intersectorale samenwerking op termijn de wachtlijsten zullen beperken, wordt nog te weinig erkend, aldus enkele respondenten. Het gaat om andere beleidskeuzes van de instellingen, zorgverzekeraars, provincies en grootstedelijke regio's. Vaak bestaat volgens een aantal respondenten bij provincies en BJZ's ook een gebrekkige kennis over de mogelijkheden van intersectoraal aanbod. Sommige provincies aarzelen, ze hebben geen extra capaciteit en zetten daarom in op oude programma's die in feite geëscaleerd gedrag belonen omdat bij eerder ingrijpen een en ander voorkomen had kunnen worden, aldus sommige respondenten.

3. Door selectie bij de toegangspoort te laag bereik.

Het bereik van intersectorale programma's neemt toe maar is nog niet voldoende omdat de verschillende toegangspoorten nog te vaak indiceren of verwijzen naar monosectoraal aanbod, terwijl het betreffende kind of jongere - als het gaat om meervoudige problematiek - expertise uit verschillende sectoren nodig heeft. Bureaus Jeugdzorg indiceren nog vaak aanbodgericht en dus niet voor intersectoraal aanbod als dit niet beschikbaar lijkt of is. Hierdoor wordt niet inzichtelijk hoe groot de vraag naar intersectoraal aanbod is. Bovendien is Bureau Jeugdzorg niet de integrale toegangspoort geworden die was beoogd. Daarom wordt het kader integraal indiceren geïmplementeerd (zie vorige hoofdstuk). Dit zal bijdragen aan de totstandkoming van integrale indicatiestelling.

Hiervoor is aangegeven dat verwijzing naar intersectoraal aanbod negatief wordt beïnvloed door de wachtlijstproblematiek. Daarnaast noemen de respondenten ook nog andere factoren voor indicatiestellers die onvoldoende aanmelding bij intersectorale programma's tot gevolg hebben:

- Onbekendheid met het aanbod (sociale kaart);
- Koudwatervrees;
- Onvoldoende expertise (multi-problematiek wordt niet herkend);
- Andere of gebrekkige visie;
- Concurrentie van andere programma's.

Daarnaast wordt door de respondenten aangegeven dat de ingang tot zorg vaak doorslaggevend is voor het vervolgtraject.

Een geïnterviewde deskundige noemt het volgende voorbeeld: "Een jongen van 13 jaar gooit zijn moeder opzettelijk van de trap. De gewonde moeder belt de politie; de jongen komt in het justitiële circuit te terecht. De moeder belt de huisarts; de jongen komt bij een GGZ-instelling. De moeder belt een jeugdzorginstelling en de jongen komt in het hulpverleningscircuit. Zo werkt de toegang nu en dat is niet goed".

Het kind (of de problemen van het kind) wordt ingedeeld in de verschillende 'kokers' van het zorgsysteem, terwijl ze qua problematiek vaak breder en niet te classificeren zijn. Soms blijkt tijdens het hulpverleningstraject dat expertise uit andere sectoren nodig is maar het is moeilijk om indicaties terug te draaien, aldus enkele respondenten.

"Als een jeugdige eenmaal de sticker 'psychisch' of het etiket 'gedragsprobleem' heeft gekregen, dan is het heel moeilijk daar weer vanaf te komen, aldus een respondent.

4. *Culturen en werkprocessen sluiten niet altijd op elkaar aan.*

Besturen, managers en professionals uit de verschillende domeinen zijn nog niet gewend om veel met elkaar samen te werken. Er heerst nog steeds iets van een concurrentiegevoel tussen de instellingen, waardoor bundeling van gelden wordt bemoeilijkt. Vaak wordt ingezet vanuit het bestaande aanbod van de individuele instellingen en zelden vanuit de aanwezigheid van verschillende deskundigheden binnen de instellingen.

"Hulpverleners werken te vaak vanuit het principe 'Wij hebben een aanbod, daar passen wij uw problemen op aan'", aldus wethouder R. Sluiter van Leeuwarden in een reactie op het Nicis-onderzoek 'De rotonde van Hamed' (december 2007).

Men is slecht op de hoogte van elkaars mogelijkheden. Ze spreken niet dezelfde taal. Voor één product bestaan vele namen, terwijl ze veelal dezelfde doelen hebben en in grote lijnen overeenkomen. Op veel plaatsen en met gebruikmaking van de 'eigen taal' vindt men steeds het wiel uit. Daarbij is er op alle niveaus slechts beperkt ruimte voor het bundelen van kennis, expertise, ervaring en geld. Vertrouwen in elkaars deskundigheden speelt een belangrijke rol maar is nog niet voldoende aanwezig, ook niet bij de professionals op de 'werkvloer'. Het gevolg is bijvoorbeeld dat elkaars analyses niet altijd worden gedeeld en dat dubbele indicatietrajecten worden uitgevoerd. Er heerst nog teveel een domeindenken en eilandjescultuur.

"Sommige instellingen hebben weerstand tegen samenwerking. Dat heeft te maken met cultuur en angst om autonomie te verliezen. Je moet kunnen zeggen 'bij dit kind weten jullie het beter dan wij' en dat kan niet iedereen. Regelgeving en financiële structuren worden dan als gelegenhedenargument gebruikt tegen samenwerking terwijl er eigenlijk geen formele beperkingen zijn", aldus een projectmanager van een intersectoraal programma.

De scheiding der geesten begint al bij de verschillende departementen, aldus veel respondenten. Ook de ambtenaren van de rijksoverheid denken volgens de respondenten in sectoren en schotten en hebben wel eens de neiging zich achter de regels te verschuilen.

Een citaat van een geïnterviewde deskundige: "De rijksoverheid doet vaak moeilijk omdat ze een bordje aan intersectoraal aanbod willen hangen: het is GGZ of het is Jeugdzorg of het hoort bij de gemeente. De overheid moet daarin veel coulanter worden en vooral de ruimte geven binnen het bestaande stelsel; geen lijnen trekken tussen sectoren. De overheid denkt zelf nog teveel in schotten en sectoren. Is de overheid coulanter, dan zie je dat de sectoren vanzelf organisch naar elkaar toe groeien, je ziet dan dat er bijvoorbeeld fusies ontstaan. Ook zorgverzekeraars hebben daar belang bij want het kind kost dan minder geld".

Verschillende wettelijke systemen en financieringsstelsels bestendigen de verschillen in cultuur en werkproces en brengen met zich mee dat werkprocessen anders zijn georganiseerd. Het blijkt lastig om de samenwerking zodanig vorm te geven dat het past in de bedrijfsmatige aansturing van de samenwerkende instellingen. Als er geen gemeenschappelijk doel en visie bij de samenwerkende partners en/of professionals bestaat, is een succesvolle ontwikkeling en uitvoering van intersectoraal aanbod lastiger.

De projectmanager van een samenwerkingsverband verwoordt de verschillende werkprocessen als volgt: "Bij onze samenwerking hoort een protocol, een werkwijze. Dit protocol moest worden ingebed in 20 betrokken organisaties die al heel veel protocollen hebben. Dat moet allemaal op elkaar aansluiten, het mag niet tegenstrijdig zijn. Geloof me, dat was bijzonder lastig en tijdrovend. Het Bureau Jeugdzorg heeft al zo'n 120 protocollen. Hoe krijgen die medewerkers dat allemaal in hun hoofd?"

5. *Creativiteit en volhardendheid ontbreken nog te vaak.*

De verschillende financiële systemen en de cultuurverschillen tussen instellingen uit verschillende sectoren vormen geen onoverkomelijke barrière voor intersectorale samenwerking, aldus de meeste respondenten. Maar dan moeten de samenwerkende partners wel écht willen. De instellingen moeten bovendien weten hoe ze het moeten regelen. De separate financiële en wettelijke systemen vereisen dan creativiteit, volhardendheid en 'out of the box' denken van bestuurders en managers. Die competenties en vaardigheden ontbreken wel eens bij de bestuurders en managers van de verschillende instellingen en dan is het gemakkelijk om naar de financiële systemen en bijbehorende wet- en regelgeving te wijzen.

Professionals maken te weinig gebruik van hun vrije ruimte om innovatieve oplossingen op maat te maken. De ruimte die professionals en hun managers hebben, vullen ze zelf in met al dan niet geschreven organisatie- en gedragsregels. Regels en wetten bieden de professionals rugdekking in extreem complexe omstandigheden (uit: Nicis-onderzoek 'De rotonde van Hamed', december 2007).

6. Sterke projectopzet en –aansturing niet altijd het geval.

Soms ontbreekt een onafhankelijk projectmanager die de motor en aanjager vormt. Hij/zij brengt de verschillende culturen en doelstellingen bij elkaar, is bruggenbouwer, heeft het vertrouwen van de samenwerkende partners en laat zien wat de effecten zijn. Als er geen heldere en goede afspraken zijn over wie coördineert, over verwachtingen, verantwoordelijkheden en financiën, is de kans groter dat het samenwerkingsproject zal doodbloeden of zal worden stopgezet. Door het domeindenken wordt nog teveel gewerkt vanuit het eigen domein waardoor werkafspraken, casuïstiekoverleggen, toelidings- en verwijfsafspraken, protocollen, gemeenschappelijke sociale kaarten enzovoorts lang niet altijd zijn vastgelegd. Hierdoor zijn ze té persoonsgebonden en slecht overdraagbaar. Ook de borging van projecten ontbreekt vaak. De vertaling van convenanten en andere initiatieven op beleids- of bestuursniveau naar de implementatie in de praktijk is nogal eens onvoldoende. Daardoor worden afspraken op bestuursniveau papieren tijgers die de samenwerking niet verbeteren.

“Je moet als bestuurder of manager uitzonderingen willen en kunnen maken op je eigen aansturing binnen je organisatie zodat binnen het samenwerkingsproject in ieder geval sprake is van eenduidige aansturing. Kan je dat niet, dan kun je net zo goed ophouden”, aldus een respondent.

3.2 Succesfactoren

Uit de interviews komen de volgende succesfactoren naar voren:

1. Visie en doel worden gedeeld.

Er bestaat een sterk gemeenschappelijk doel en visie bij de samenwerkende partners, ook bij de professionals die daadwerkelijk de hulp verlenen, waardoor een bepaald draagvlak aanwezig is. Alle partijen en niveaus zijn gemotiveerd en enthousiast over de samenwerking en onderschrijven de noodzaak van intersectorale zorg.

Dat motivatie en enthousiasme ook kan worden gestimuleerd door het rijk blijkt uit het volgende citaat van een respondent van een intersectoraal programma: “In 2007 hebben we de Nationale Jeugdzorgprijs gewonnen. Dat heeft ons enorm gestimuleerd. Daardoor werd het gemakkelijker om er structureel aanbod van te maken”.

2. Organisatiebelang is ondergeschikt gemaakt.

De samenwerkende instellingen hebben vertrouwen in elkaars expertise en zijn bereid over het eigen organisatiebelang heen te stappen en het cliëntbelang voorop te stellen. Men is bereid het eigen domein los te laten, ook de professionals die de daadwerkelijke hulp verlenen. Ze hebben een open benadering naar elkaar toe waarin van elkaar leren een vanzelfsprekendheid is.

“Wij zijn niet blijven zitten in het idee dat je macht of autonomie kwijtraakt. Daarvoor moet je eerst geloven in je eigen expertise en kracht”.

3. Bestuurders en managers beschikken over de juiste competenties.

Bestuurders en managers beschikken over een flinke dosis creativiteit, volhardendheid en ‘out of the box’ denkvermogen. Goed leiderschap is daarbij onontbeerlijk.

4. Onafhankelijke aansturing en coördinatie.

De aansturing en coördinatie zijn onafhankelijk. Daarvoor is een projectmanager aangesteld die de motor en aanjager vormt. Hij/zij brengt de verschillende culturen, doelstellingen en werkprocessen bij elkaar en laat zien wat de effecten zijn.

“Je moet een sterke programmaleider aanstellen. Die is noodzakelijk om elke partner tot z'n recht te kunnen laten komen en die boven de troepen staat, onafhankelijk is en de verschillende belangen kent”, aldus een respondent.

De projectmanager zorgt voor een gedegen communicatie- en (ver)marketingplan voor de omgeving waardoor meer verwezen wordt naar intersectoraal aanbod. Constante investering in relaties is van groot belang voor het succes van intersectoraal samengestelde programma's.

5. Er is een sterke projectopzet en –aansturing.

Er zijn heldere en goede afspraken over verwachtingen, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en financiën. In het casusoverleg hebben de betrokken instellingen voldoende mandaat. Doeltreffendheid en doelmatigheid worden zichtbaar gemaakt bij voorkeur door evaluaties. Samenwerking op uitvoeringsniveau wordt ondersteund door formeel beleid. De werkprocessen zijn op elkaar afgestemd. Medewerkers binnen het samenwerkingsverband worden gezamenlijk geschoold en constant gewezen op het gemeenschappelijk doel. Cultuurverschillen worden onderkend en door het bovenstaande aangepakt. Succes is ook afhankelijk van de individuele professionals die de hulp daadwerkelijk verlenen. Afhankelijkheid van personen wordt beperkt door handboeken te ontwikkelen en de werkwijze structureel te integreren in de betrokken organisaties.

6. Inhoudelijke succesfactoren

Een aantal respondenten is van mening dat het aantal hulpvormen dat kan worden geboden binnen de samenwerking van grote invloed is op het succes van de samenwerking. Biedt het intersectorale programma zowel crisisinterventie, ambulante behandeling en dagbehandeling en is daarbij de expertise inzetbaar vanuit alle mogelijk betrokken sectoren zoals de LVG-sector, verslavingszorg, jeugdpsychiatrie, provinciale jeugdzorginstellingen, maar ook schuldhulp-

verlening, enzovoorts, dan heeft de samenwerking meer kans op succes, dan dat het aanbod beperkter is.

Andere respondenten menen dat de belangrijkste inhoudelijke succesfactor bestaat uit het betrekken van het gezin en/of de ouders bij de behandeling. Een aantal programma's heeft dan ook niet alleen de jeugdige met meervoudige problematiek als doelgroep, maar richt zich tevens op de ouders en/of het gehele gezin.

3.3 Beschouwing

Succes- en faalfactoren hangen nauw met elkaar samen en versterken elkaar. De verschillende wet- en regelgeving met de bijbehorende financieringsstelsels, de wachtlijstproblematiek, verschillende toegangspoorten en culturen vormen echter geen onoverkoombare belemmering voor de ontwikkeling en uitvoering van intersectoraal aanbod. We hebben immers geconstateerd dat er een enorme rijkdom bestaat aan samenwerking tussen instellingen uit verschillende sectoren. Steeds vaker komt structureel intersectoraal aanbod van de grond. Waarom lukt het ene initiatief dan wel en het andere niet? De redenen daarvoor moeten we zoeken op projectniveau, in de projectopzet maar vooral in mensen. Samenwerking is immers mensenwerk. De samenwerkende partners moeten écht willen en tegelijkertijd over de juiste competenties en vaardigheden beschikken.

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit slothoofdstuk bespreken we eerst de conclusies die we kunnen trekken op basis van de vorige hoofdstukken. We hanteren daarbij de indeling volgens de onderzoeksvragen zoals die in hoofdstuk 1 zijn weergegeven.

Vervolgens geven we suggesties en aanbevelingen om intersectoraal aanbod te stimuleren. Deze suggesties en aanbevelingen zijn aangevuld en besproken in een discussiegroep van beleidsmakers en innovatieve denkers uit de diverse sectoren. Hierdoor werden de aanbevelingen genuanceerder, realistischer en het draagvlak ervoor groter⁶.

4.1 Conclusies

Welke varianten van intersectorale programma's zijn er momenteel te onderscheiden en hoe verhouden deze zich tot elkaar qua omvang van het aanbod?

Er bestaat een enorme diversiteit in intersectorale samenwerking die zich nauwelijks laat categoriseren in groepen. In dit onderzoek beperken we ons tot intersectoraal samengestelde programma's waarin de volgende varianten worden onderscheiden:

- a. Informatie- en dossieroverdracht
- b. Afstemming van (volgtijdelijk) aanbod en behandelplan
- c. Intersectorale situatiebeoordeling en/of indicering
- d. Integraal behandelplan
- e. Gelijktijdige integrale behandeling

De samenwerkingsvarianten vormen een oplopende schaal met aan de ene kant minimale samenwerking (dossier- en/of informatieoverdracht) en aan de andere kant maximale samenwerking (gelijktijdige integrale behandeling). Dat wil echter niet zeggen dat een 'hoger' niveau van samenwerking beter is dan een 'lager' niveau of dat in alle gevallen gestreefd moet worden naar een hoger niveau van samenwerking.

De meeste intersectorale programma's bestaan binnen samenwerkingsverbanden tussen de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ. Ook de gesloten jeugdzorg werkt veel samen met de provinciale jeugdzorg, de jeugd-GGZ en jeugd-LVG. In de justitiële jeugdzorg zijn minder intersectorale programma's voorhanden⁷. Deze conclusies zijn gebaseerd op het aantal intersectorale programma's dat uit internetsearch, literatuuranalyse en interviews naar voren kwam.

⁶ In de bijlage is een lijst van de deelnemers van de discussiebijeenkomst opgenomen.

⁷ Bij deze conclusie moet echter worden aangetekend dat binnen de justitiële jeugdzorg ook specifieke kennis en expertise over forensische psychiatrie en LVG-problematiek wordt ingezet. Zo hebben justitiële

Bij intersectoraal aanbod waarin de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ participeren is het niveau van samenwerking vaker hoger dan in de overige sectoren. Veel intersectoraal aanbod is bij beide sectoren gericht op intersectorale beoordeling terwijl het meeste intersectoraal aanbod waarin andere sectoren participeren afstemming van het eigen instellingsaanbod betreft.

Het niveau van samenwerking is lager bij intersectorale programma's waarbij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking tot de doelgroep behoort of als er een onderscheid in leeftijd bij de doelgroep wordt gemaakt.

Het niveau van samenwerking bij crisisinterventie en bij residentiële hulp lijkt bij het meeste intersectorale aanbod wat lager dan bij ambulante hulp of begeleiding en dagbehandeling. Intersectoraal aanbod biedt vaker licht ambulante behandeling/begeleiding en dagbehandeling dan andere hulpvormen.

Wat is de doelstelling en de ontstaansgeschiedenis van deze varianten van intersectoraal aanbod?

Er bestaat een sterke gemeenschappelijke visie bij de instellingen uit de diverse sectoren dat een aantal jeugdigen een intersectoraal programma nodig heeft, dat alleen maar effectief is als alle benodigde expertise, ook uit andere domeinen, beschikbaar is en ingezet wordt. Het kan dan gaan om effectievere programma's maar ook om een efficiënter proces door een éénloket- of verwijfs-functie. Soms is deze gemeenschappelijke visie genoeg om eens rond de tafel te gaan zitten. Soms is er een aanleiding nodig zoals bijvoorbeeld een subsidiemogelijkheid vanuit de provincie of het rijk, soms is leegstand van een deel van het instellingsgebouw de aanleiding om samenwerking te zoeken en soms wordt samenwerking opgedragen door de Inspectie GGZ naar aanleiding van een incident.

Intersectorale aanbod is gericht op effectievere hulp: effectiever dan monosectoraal aanbod. Soms wordt effectiever hulp gezocht in de inhoudelijke aanpak door het gehele gezin bij de behandeling te betrekken of door 'eenvoudigweg' het bieden van intersectorale programma's. In andere gevallen wordt effectievere hulp geboden door – naast een intersectorale aanpak - het traject te versnellen, bijvoorbeeld door het aantal doorplaatsingen tot een minimum te beperken of de toegang te laten geschieden door een één-loketfunctie in te richten. Verwijzers kunnen dan terecht bij één voorziening waarin diverse sectoren en instellingen samenwerken om de situatie integraal te kunnen beoordelen en vaak ook een integraal zorgplan op te stellen.

Steeds meer samenwerkingsinitiatieven worden gericht op het vroegtijdig signaleren en behandelen van meervoudige problematiek teneinde escalatie te

jeugdinrichtingen kinder- en jeugdpsychiaters en GZ-psychologen in dienst en zijn er gespecialiseerde afdelingen voor jeugdige justitiabelen met LVG-problematiek. Daarmee is dus expertise vanuit andere sectoren binnen de muren van de eigen instelling gehaald. Dan is er weliswaar geen intersectoraal programma volgens de definitie die in dit onderzoek is gehanteerd, maar aan de desbetreffende jongeren wordt wel multidisciplinaire zorg geboden.

voorkomen en gebruik van 'zwaarder' aanbod in een later stadium te verminderen. Bij deze samenwerkingsverbanden worden vaak multi-probleemgezinnen in de behandeling betrokken.

Wat zijn de succes- en faalfactoren bij het ontstaan en bij de werking van huidige intersectorale programma's; welke knelpunten komt men in de praktijk tegen en hoe gaat men daar mee om?

1. Wet- en regelgeving nodigt niet uit tot samenwerking.

Separate wet- en regelgeving en de bijbehorende financieringsstelsels voor de verschillende sectoren blijken geen onoverkoombare belemmering voor intersectorale samenwerking. Er is immers geconstateerd dat er al veel intersectorale samenwerking bestaat. Het blijkt echter wel dat de verschillende wet- en regelgeving zeker niet stimulerend werken en geen prikkels tot samenwerking bevatten.

2. Door wachtlijsten andere prioriteit

De instellingen zijn erop gericht eerst de eigen wachtlijsten weg te werken. Hierdoor worden de bestaande omschreven monosectorale programma's eerst uitgevoerd. Provincies stimuleren de zorgaanbieders niet of weinig om zich aan te sluiten bij intersectorale programma's.

3. Selectie bij de toegangspoort

De toegangspoort tot zorg bepaalt het aanbod en het vervolgtraject. Hierdoor wordt nog te vaak geïndiceerd of verwezen naar monosectoraal aanbod, terwijl het betreffende kind of jongere expertise uit verschillende sectoren nodig heeft, vanwege complexe meervoudige problematiek. Het kader integraal indiceren, dat op dit moment wordt ingevoerd bij speciaal onderwijs, CIZ en BJZ, zal bijdragen aan de totstandkoming van integrale indicatiestelling.

4. Culturen en werkprocessen sluiten niet altijd op elkaar aan

Wanneer samenwerkende instellingen vertrouwen hebben in elkaars expertise en bereid zijn het belang van de cliënt voorop te stellen dan is samenwerking eerder succesvol. Echter te vaak zijn besturen, managers en professionals uit de verschillende domeinen nog niet gewend om veel met elkaar samen te werken. Er is nog te weinig bereidheid om vernieuwingsgelden, kennis en inzicht te bundelen. Vertrouwen in elkaars kunde is nog niet voldoende aanwezig. Er heerst nog teveel een domeindenken en eilandjescultuur.

5. Creativiteit en volhardendheid zijn noodzakelijk.

Als de partners écht willen, dan vormen de verschillende financiële systemen geen barrière voor intersectorale samenwerking. De instellingen moeten dan wel weten hoe ze het moeten regelen. Dat vereist bepaalde competenties, creativiteit, volhardendheid en 'out of the box' denken van bestuurders en managers.

6. Sterke projectopzet en –aansturing van groot belang.

Er bestaat een gemeenschappelijk doel en visie bij de samenwerkende partners, ook bij de uitvoerenden. Een onafhankelijk projectmanager vormt de motor en aanjager. Hij/zij brengt de verschillende culturen bij elkaar en laat zien wat de effecten zijn. Er zijn heldere en goede afspraken over verwachtingen, verantwoordelijkheden en financiën.

Voor welke doelgroepen zijn intersectorale programma's van belang en worden deze doelgroepen met de huidige intersectorale programma's bereikt?

Intersectoraal aanbod heeft betrekking op jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek, gecombineerd met psychiatrische stoornissen en/of een licht verstandelijke beperking. De meeste intersectorale programma's richten zich op jongeren vanaf 12 jaar. Vaak zijn er ook problemen in het gezin, zowel bij jongeren als bij het jonge kind met meervoudige problematiek. Steeds meer programma's betrekken daarom het gehele gezin bij de behandeling van de jeugdige. De respondenten zien derhalve een beweging van het intersectoraal aanbod van curatief naar preventief waarbij steeds vaker met het gehele gezin wordt gewerkt. Dat wil zeggen dat risicogezinnen en –kinderen vroegtijdig worden opgespoord en begeleid, opdat een zwaarder beroep op zorg in de toekomst wordt voorkomen.

Hoewel er veel intersectoraal aanbod is worden deze doelgroepen nog veel te weinig bereikt. Het bereik van de intersectorale programma's die in dit onderzoek zijn geanalyseerd varieert per programma van circa 12 (bijvoorbeeld de Orthopsychiatrische Residentiële Voorziening Amsterdam en de Wijkgerichte Justitiële Jeugdzorg te Ede) tot 1000 of meer (bijvoorbeeld Mutsaersstichting, Gezamenlijke Crisisdienst en Hulp aan Huis) per jaar, gemiddeld per programma circa 275 jeugdigen. Volgens de contactpersonen van deze programma's hebben gemiddeld 3 tot 4 maal zoveel jeugdigen dergelijk aanbod nodig. Toch zijn enkele programma's redelijk dekkend; andere programma's bedienen slechts het topje van de ijsberg, aldus de betreffende respondenten. De programma's die zijn gericht op jongeren met een OTS en/of een machtiging uithuisplaatsing lijken vooralsnog het grootste bereik te hebben, niet qua aantallen maar voor wat betreft het verschil tussen het feitelijk bereik en het gewenste bereik bij jongeren die binnen de doelgroep van het programma vallen. Bij intersectorale programma's die zijn gericht op jonge kinderen en/of jonge LVG-jeugd lijkt sprake te zijn van het minste bereik.

Het aantal intersectorale programma's waarin de provinciale jeugdzorg en de jeugd-GGZ samenwerken is groot, het bereik is echter veel lager dan van intersectorale programma's waarbij de gesloten jeugdzorg en de justitiële jeugdzorg is betrokken. Respondenten van genoemde laatste sectoren geven namelijk aan dat redelijk aan de behoefte wordt voldaan, terwijl de meeste respondenten van de intersectorale programma's door de jeugd-GGZ en provinciale jeugdzorg aangeven dat de groep jeugdigen die dergelijk aanbod nodig zouden hebben

vele malen groter is dan de groep die wordt bereikt door het intersectorale aanbod.

Meer dan de helft van de kinderen in de provinciale jeugdzorg heeft ook problemen waarvoor expertise nodig is van bijvoorbeeld de LVG- of GGZ-sector, aldus de schatting van enkele respondenten. Verreweg de meeste van die kinderen met meervoudige problemen krijgen echter een monosectoraal programma. Dat geldt bijvoorbeeld voor kinderen die zijn doorverwezen door de huisarts naar een GGZ-instelling, terwijl er sprake is van meervoudige problematiek en dus intersectoraal aanbod nodig is. Ook de Bureaus Jeugdzorg indiceren veelal voor monosectoraal aanbod terwijl er sprake is van een zodanige problematiek dat expertise uit andere sectoren nodig is. Hoe groot de groepen zijn die in aanmerking zouden moeten komen voor intersectoraal aanbod en die dat nu niet krijgen, is niet bekend.

4.2 Aanbevelingen

De ontwikkeling van intersectoraal aanbod in de geïndiceerde jeugdzorg is wel degelijk mogelijk binnen de huidige wettelijke en financiële kaders. We moeten sturen naar een groter aanbod van intersectoraal samengestelde programma's met een grotere dekkingsgraad of bereik dan tot nu toe. De meerwaarde daarvan voor met name jeugdigen met complexe meervoudige problemen is evident. Ook al ontbreken wetenschappelijk verantwoorde evaluaties vaak; het biedt snellere en effectievere hulp en bovendien wordt een zwaarder (en duurder) beroep op latere zorg beperkt. Een intersectorale aanpak wordt niet gestimuleerd door uiteenlopende bekostigingssystemen. Teneinde een belangrijk obstakel voor de ontwikkeling van intersectoraal aanbod weg te nemen kan de bekostiging, besluitvorming en daarmee ook de budgetten worden geharmoniseerd. Het wegnemen van knelpunten in de financiering (in het meest vergaande scenario: bundeling van financieringsstromen) zou op termijn zeker helpen de ontwikkeling van intersectoraal aanbod te bevorderen, maar is niet dé oplossing. Primair gaat het om mensen. Intersectorale samenwerking moet in het handelen en denken van mensen een vanzelfsprekendheid worden en dan gaat het met name om cultuur en competenties.

In deze paragraaf gaan we in op wat binnen de huidige wettelijke en financiële kaders kan worden gedaan om intersectoraal aanbod in de jeugdzorg te bevorderen. Hieronder worden suggesties en aanbevelingen gedaan op instellingsniveau, het intermediair niveau en op rijksoverheidsniveau. Bij de aanbevelingen horen de volgende uitgangspunten:

Uitgangspunten

1. De meerwaarde van intersectoraal aanbod voor met name jeugdigen met complexe meervoudige problemen is evident: het biedt snellere en effectievere hulp waardoor een zwaarder (en duurder) beroep op latere zorg wordt beperkt.
2. Een groter aanbod en bereik van intersectoraal samengestelde programma's is gewenst.
3. Samenwerking is niet te reguleren. Effectieve samenwerking komt van onderaf, is bottom-up vanuit de regio's. Intersectoraal aanbod wordt ontwikkeld vanuit de sectoren en instellingen.
4. Het rijk geeft ruimte voor nieuwe initiatieven en haalt administratieve obstakels weg.
5. Effectief intersectoraal aanbod is niet bedoeld als iets tijdelijks, maar dient uitdrukkelijk te worden opgenomen in het structurele aanbod van samenwerkende instellingen.

Aanbevelingen op instellingsniveau

Op instellingsniveau zijn cultuurverschillen tussen de samenwerkende instellingen en sectoren, de vaardigheden en competenties van bestuurders en managers alsmede de opzet en wijze van aansturing van projecten de belangrijkste factoren die succesvolle samenwerking bepalen. Het is dus zaak om cultuurverschillen te overbruggen, vaardigheden van bestuurders en managers te verbeteren en de projecten zodanig op te zetten dat succes kansrijker wordt.

1. Actief cultuurverschillen overbruggen.

Het bestuur en de managers van de instellingen zelf kunnen cultuurverschillen overbruggen door een proactieve en vasthoudende houding uit te dragen in plaats van een afwachtende en niet te denken in beperkingen maar in mogelijkheden en ruimte. Zoek contact met andere instellingen en verken de mogelijkheden. Als de medewerkers van de deelnemende instellingen elkaar kennen, bevordert dat samenwerking en vertrouwen. Verschillen in organisatiecultuur kunnen worden overwonnen als er veel contact is tussen de medewerkers op casuïstiekniveau. Ook als de medewerkers van een intersectorale voorziening bij elkaar in één pand werken, helpt dat koudwatervrees te beperken en vertrouwen te bevorderen. Daarnaast vormt het herhaald formuleren en bevestigen van het gezamenlijke doel een belangrijke basis om cultuurproblemen te overbruggen.

2. Meer aandacht voor houding en vaardigheden in de opleiding.

Voor de komende generaties bestuurders en managers maar ook voor de professionals die daadwerkelijk de hulp verlenen, dient in de opleiding meer aandacht te worden gegeven aan intersectoraal denken en samenwerken. Een culturomslag in het denken en handelen begint immers bij de opleiding.

3. Specifieke vaardigheden en kennis van bestuurders en managers moeten worden vergroot.

De instellingsbestuurders en managers moeten weten hoe ze binnen de bestaande wetgeving en bekostigingssystemen intersectoraal aanbod van de grond moeten krijgen zonder daarbij het wiel opnieuw te hoeven uitvinden. Dat vereist behalve een bepaalde competenties, ook creativiteit, volhardendheid en 'out of the box' denken. Die kennis en vaardigheden kunnen worden bevorderd door het organiseren van expertmeetings of conferenties, bijvoorbeeld door de expertisecentra of door de brancheorganisaties, waarin goede praktijkvoorbeelden worden besproken, handboeken worden uitgewisseld en toegelicht en praktische knelpunten worden opgelost.

4. Kwalitatief goede projecten opzetten.

Uit de interviews blijkt dat de aanstelling van een onafhankelijk projectleider van groot belang is voor het succes van het initiatief. Deze bruggenbouwer kent de verschillende belangen van de samenwerkende instellingen en speelt daar actief op in door deze zoveel mogelijk op één lijn te krijgen. Een goede projectopzet bestaat uit de volgende componenten:

- een gemeenschappelijke visie;
- een intern communicatieplan;
- een extern marketing- of communicatieplan;
- een relatie-onderhoudsplan;
- heldere, meetbare en concrete doelstellingen;
- heldere afspraken over werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden;
- concrete afspraken over de financiering;
- een evaluatieplan.

Zowel de samenwerking zelf als de effecten ervan worden geëvalueerd en leiden tot aanpassing van de samenwerking. De verwachtingen zijn eenduidig en helder, kleine successen worden benoemd en 'gevierd' en accommodatie en medewerkers worden zoveel mogelijk gedeeld. In de intersectorale projecten werken professionals multidisciplinair of intersectoraal samen bij de verwijzing van cliënten en casuïstiekbespreking. Daarnaast is het goed als de professionals training ontvangen in het samenwerken met professionals van andere instanties.

Aanbevelingen op intermediair niveau

1. *De ontwikkeling van intersectoraal aanbod kan worden bevorderd door andere beleidskeuzes te maken.*

Provincies en grootstedelijke regio's stimuleren intersectoraal zorgaanbod nog onvoldoende. Op grond van een nieuwe visie op jeugdzorg waarin het belang van intersectorale jeugdzorg wordt omschreven, moeten zij meer dan nu het geval is, beleidskeuzes maken die de ontwikkeling van intersectoraal aanbod ondersteunen. Dat betekent dat de nadruk niet op het creëren van intersectoraal overleg moet worden gelegd maar op het streven naar de ontwikkeling van intersectoraal en vraaggestuurd aanbod. Dit geldt ook voor zorgverzekeraars en zorgkantoren die vanuit de GGZ en LVG-sectoren meer intersectoraal moeten inkopen.

2. *Intersectoraal inkopen en indiceren bevordert het bereik van intersectoraal aanbod.*

Niet altijd is de sociale kaart en het bijbehorende aanbod bekend bij de inkoopende en indicerende instellingen. Soms ziet men de zin van intersectoraal samengestelde programma's niet of is er onvoldoende expertise in huis om te beoordelen dat het betreffende kind zorg nodig heeft uit verschillende sectoren. Trainingen, voorlichting en een goede communicatie zijn nodig om kennis en deskundigheid te bevorderen en koudwatervrees weg te nemen. Het is van belang dat de beoordelende en/of indicerende instellingen teams samenstellen met de jeugd-GGZ, jeugd-LVG en Bureaus Jeugdzorg om beter te kunnen vaststellen welke expertise nodig is voor kinderen met meervoudige complexe problemen. Een systeemwijziging is daarvoor niet nodig. Een intersectoraal samengesteld team beoordeelt de situatie van de jeugdige en vervolgens zet bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg de handtekening onder het indicatiebesluit. Implementatie van het kader integraal indiceren is een goede zet in deze richting omdat professionals van indicerende instanties voor zorg en onderwijs bekend raken met elkaars taken, doelen en werkwijzen en afspraken maken over hoe er wordt samengewerkt om integrale indicatietrajecten te realiseren.

3. *Oproep tot meer samenwerking in de regio.*

Omdat zowel instellingen als brancheorganisaties de urgentie van intersectorale samenwerking erkennen, alsmede de voorkeur geven aan zelfregulering, lijkt een bottom-up aanpak de meest gewenste. Intersectoraal aanbod wordt regionaal ontwikkeld vanuit de sectoren en instellingen. In de regio moeten de financiers van zorg (zorgkantoren en provincies) samen met de instellingen afspraken maken over de totstandkoming van intersectorale zorgprogramma's. Daarbij baseren zij zich zo veel mogelijk op analyses van de behoefte aan intersectorale zorg. De afspraken bevatten behalve de inhoud en de richting van

samenwerking tevens heldere, concrete en kwantitatieve doelstellingen die meetbaar zijn op resultaat. Hierdoor kan worden gestuurd op bijvoorbeeld:

- Intersectorale indicatiestelling: indicatiestelling leidt tot 'exclusiegedrag'. Is eenmaal de indicatie gesteld, dan krijgt het recht op middelen de overhand op wat het kind nodig heeft. 'Eén kind, één plan' is daarbij belangrijk. Van aanbodgericht naar vraaggericht indiceren.
- Inkoop van intersectoraal aanbod: verwijzende instellingen sturen nog te vaak door naar monosectoraal aanbod terwijl expertise uit meerdere sectoren nodig is voor bepaalde groepen jeugdigen.
- Doelgroepen van intersectoraal aanbod, zoals bijvoorbeeld kinderen en jongeren met meervoudige problemen of met een verstandelijke beperking of kinderen in de voorschoolde periode.

4. *Campagne voeren en draagvlak creëren.*

Een succesvolle bottom-up aanpak behoeft een sterke communicatie met de branches, instellingen en professionals op de werkvloer. Het belang van samenwerking in de jeugdzorg gaat gepaard met etalering en promotie van de meerwaarde en de mogelijkheden ervan. Laat zien dat het lonend is om samen te werken. De intrinsieke motivatiefactor is het belang van het kind. Door regionale bijeenkomsten te organiseren worden best practices uitgedragen, wordt een integrale visie verfijnd of aangevuld en tegelijkertijd draagvlak gecreëerd voor een gezamenlijke regionale aanpak.

Aanbevelingen rijksoverheid

1. *Ontwikkel een nieuwe integrale visie op intersectoraal aanbod.*

Eenzijds is competitie en marktwerking in de jeugdzorg het gevolg van de verschillende bekostigingssystemen, anderzijds wordt intersectorale samenwerking dringend gewenst. Dat is geen consistente boodschap. Intersectoraal aanbod dient te worden gestimuleerd vanuit een algemene preventieve jeugdbeleid-doelstelling, waarbij het gezin en de leefomgeving van de jeugdige sterker betrokken wordt. De overheid dient daarbij pro-actief in te spelen op:

- de preventieve fase, gericht op het voorkómen van escalatie door bij meervoudige problematiek alle benodigde expertise te bundelen;
- de curatieve fase, gericht op beperking van meervoudig probleemgedrag;
- de maatschappelijke re-integratiefase door het bieden van perspectief.

Risicogroepen kunnen worden onderscheiden en vervolgens kan escalatie worden voorkomen door vroegtijdig intersectoraal in te grijpen waarbij tevens in de gezinnen wordt geïnvesteerd.

Vanuit deze nieuwe visie kan een bottom-up aanpak door de rijksoverheid worden gevolgd door randvoorwaardelijk op te treden; ze kan regionale afspraken

over intersectoraal aanbod faciliteren. Eventueel kan de rijksoverheid implementatietrajecten ondersteunen.

2. *Neem zoveel mogelijk knelpunten in de financiering weg.*

Door de verschillende financieringsstelsels zijn verantwoordingseisen ook verschillend. De rijksoverheid dient knelpunten hierin zoveel mogelijk weg te nemen zodat dubbele administraties voorkomen kunnen worden. Harmonisatie van verantwoordingseisen vergemakkelijkt intersectorale samenwerking.

Literatuurlijst

Algemene Rekenkamer, *Kopzorgen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31245, nrs. 1-2.

Baecke, J.A.H., P. Bremmer en M.H. Glas, *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg; eindrapport*. BMC, Leusden, november 2006.

Berg, Y van den, e.a., *Combinaties van zorg bij jeugdigen*. B&A Consulting bv, Den Haag, april 2009.

Commissie Linschoten, *Het eerste advies van de Commissie Financiering Jeugdzorg*. Maart, 2009.

Diephuis, K., Q. van de Zijden en P. van Wijk, *Kader voor Integraal Indiceren Jeugdzorg – Speciaal onderwijs – AWBZ-zorg*. Den Haag, oktober 2006.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Zorg aan jongeren met psychosociale problemen niet gegarandeerd*. Utrecht, 2007.

Kalsbeek, A. en M. Zwikker, *Meer dan de som der delen. Voorbeelden van succesvolle samenwerking tussen de jeugdzorg en de jeugd-ggz*. NJI, GGZ Nederland en MOgroep Jeugdzorg, Utrecht, 2009.

Kruiter, A.J., e.a., *De rotonde van Hamed. Maatwerk voor mensen met meerdere problemen*. Nicis Institute, december 2007.

Linschoten, R.L.O., K.P. Goudswaard en J.A. Kamps, *Verkeerd verbonden; naar houdbare voorzieningen in de jeugdzorg*. Taskforce invoering maatregelen AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ, december 2008.

Nederlands Jeugd Instituut (NJI), *Aanpak optimalisering zorgaanpak voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen*. Utrecht, april 2005.

Noorda, J. en D. Veenbaas, *Aansluiting tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg*. Amsterdam: VU Instituut voor Jeugd en Welzijn, 2002.

Ojen, Q.H.J.M. van, *Focus op een zelfstandige toekomst. Verbetering van arbeidstoeleiding van jongeren in jeugdzorginstellingen*. MKB-Nederland en MOgroep Jeugdzorg, december 2008.

Prinsen, B. e.a., *Kortgesloten? Een verkenning van goede en vlotte aansluiting tussen de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg*. Utrecht: NJI, 2008.

Rafema, D., N. Jongepier en D. van Veen, *Dagbehandeling jonge kinderen en speciaal onderwijs. Handreiking ontwikkeling onderwijs - zorgarrangementen*. LOCJ/NIZW, 2006.

Smeets, E., *Samenwerking tussen speciaal onderwijs en residentiële instellingen. Onderzoek naar de aanpak 'Eén kind, één plan'*. ITS, Nijmegen, oktober 2008.

Veen, D. van, P. van den Bogaart en P. van der Steenhoven, *Monitor 2006. Leerlingenzorg en zorgadviesteams in het voortgezet onderwijs*. Antwerpen / Apeldoorn, Garant, 2007.

Welling, B.J.M., *Brancherapport curatieve somatische zorg*. Utrecht, Nivel/NZi, 1999.

Bijlage 1. Goede praktijkvoorbeelden

In deze bijlage worden enkele praktijkvoorbeelden gepresenteerd die niet in hoofdstuk 2 van dit rapport zijn opgenomen maar wel zijn meegenomen in de analyses.

Jeugdzorgcentrum Gorinchem e.o

Omschrijving: voorbeeld van intersectorale samenwerking gericht op integrale indicatiestelling en snellere zorg. In één gebouw zijn medewerkers gehuisvest van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland, jeugd- en schoolmaatschappelijk werk, jeugd-GGZ, het Regionaal Bureau Leerplicht, het Zorgloket Risicoleerlingen en het Meldpunt Gezinscoach. Door een gemeenschappelijke aanmeldprocedure verlopen verwijspcedures sneller. De toegang bestaat uit BJZ, de GGZ en het jeugdmaatschappelijk werk. De jongeren worden aangemeld door huisartsen en scholen. De kern van de samenwerking ligt in het voeren van gezamenlijk indicatieoverleg en casusoverleg bij multi-probleemgezinnen. Alle partners nemen deel aan de intakebesprekingen en soms ook aan de vervolgbesprekingen.

Sectoren: jeugd-GGZ, provinciale jeugdzorg, maatschappelijk werk e.a..

Doelstelling: samenhangende en snellere hulpverlening.

Doelgroep: alle jeugdigen uit multi-probleemgezinnen, vaak met meervoudige problematiek.

Hulpvorm: crisisinterventie, (licht) ambulante en dagbehandeling.

Schakelprogramma

Omschrijving: BJZ, De Bascule, Spirit, het Openbaar Ministerie en de Raad voor de Kinderbescherming nemen deel aan het Schakelprogramma. Daarnaast zijn er afspraken met de politie, de dienst werk en inkomen van de gemeente, 12 middelbare scholen, Marokkaanse zelforganisaties en buurtvaders en met de zogenaamde netwerkcoördinatoren 12+ van de 7 betrokken stadsdelen. De projectmanager is in dienst van De Bascule. Door een gezinsgerichte aanpak is het de bedoeling dat recidive onder jongeren tussen 12 en 18 jaar van Marokkaanse afkomst die een strafbaar feit hebben gepleegd, vermindert. Het middenkader van de betrokken vijf instellingen hebben regelmatig casuïstiekbespreking en komen tot een gezamenlijk plan van aanpak. Iedere jongere die binnenkomt wordt zo snel mogelijk doorgeleid naar de juiste interventie of programma.

Sectoren: jeugdzorg, BJZ, GGZ, Raad voor de Kinderbescherming en Openbaar Ministerie.

Doelstelling: verminderde recidive.

Doelgroep: jongeren tussen 12-18 jaar van Marokkaanse afkomst die een strafbaar feit hebben gepleegd, vaak gecombineerd met ernstige gezinsproblematiek of psychiatrische stoornis. 'OTS-ers' worden niet opgenomen, alleen jongeren met een Maatregel Hulp en Steun door de kinderrechter.

Hulpvorm: ambulante gezinsbehandeling.

Coach

Omschrijving: Coach biedt ambulante hulp aan jongeren van 16 tot 23 jaar met complexe problematiek in Arnhem en de Achterhoek. Er is altijd sprake van problematiek op meerdere levensgebieden. De jongeren hebben vaak een combinatie met psychosociale en psychiatrische problematiek en een licht verstandelijke handicap. Coach biedt de jongere een intensief en gespecialiseerd hulp-aanbod waarin veel structuur wordt geboden en gewerkt wordt aan de ontwikkeling van vaardigheden en bewustwording. Ambulante hulpverleners, gedragswetenschappers en psychiaters uit de provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugdgezondheidszorg werken hiertoe samen vanuit hetzelfde gebouw middels intersectorale beoordeling en het opstellen van een integraal zorgplan. Coach werd gefinancierd vanuit de AWBZ. Het project is opgehouden te bestaan omdat de jeugd-GGZ zich terug heeft getrokken.

Sectoren: provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ.

Doelstelling: bevordering van zelfstandigheid.

Doelgroep: jongeren van 16 tot 23 jaar met complexe problematiek, met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische stoornis.

Hulpvorm: ambulante.

MFC LVG in Ede en Oosterbeek

Omschrijving: Instellingen uit de gehandicaptenzorg en de kinder- en jeugdpsychiatrie werken samen in zogenaamde Multi Functionele Centra (MFC's). In een deel van de MFC's worden tevens jeugdzorgvoorzieningen aangeboden. Soms zelfs is tevens een basisschool in het gebouw van het MFC gehuisvest. Er zijn 14 MFC's met zorg voor LVG-jeugd met psychiatrische stoornissen in Nederland en enkele in oprichting. Deze multifunctionele centra bieden diagnostiek en kortdurende behandeling aan (licht) verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychiatrische stoornissen. Het betreft een samenwerkingsvorm van kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) en de orthopedische behandelcentra (OBC) om te komen tot multidisciplinair aanbod. Zo bestaat er het MFC LVG in Ede en Oosterbeek voor kinderen en jongeren tot 18 jaar met een licht verstandelijke beperking én van wie sterk vermoed wordt dat ze psychiatrische en gedragsstoornissen hebben. Ook hun ouders kunnen er terecht. Het werkgebied van dit multifunctioneel centrum is voornamelijk de provincie Gelderland. In deze samenwerking bundelt men de deskundigheden op het terrein van Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Verstandelijk Gehandicaptenzorg, Orthopedagogiek en kennis rondom autismespectrumstoornissen (ASS).

Sectoren: jeugd-GGZ, jeugd-LVG.

Doelstelling: onbekend.

Doelgroep: (licht) verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychiatrische en gedragsstoornissen.

Hulpvorm: (kortdurend) ambulante.

Orthopsychiatrische residentiële voorziening Amsterdam

Omschrijving: kinderen van 6 tot 16 jaar met chronische psychiatrische en gedragsproblemen worden vaak overgeplaatst van de ene verblijfplaats naar de andere. De Orthopsychiatrische residentiële voorziening Amsterdam wil hiervoor een oplossing bieden. Dit samenwerkingsverband tussen Spirit en De Bascule (provinciale jeugdzorg en kinder- en jeugdpsychiatrie) werd gestart in januari 2005 en behoort inmiddels tot het structurele intersectorale zorgaanbod van beide instellingen. De samenwerking biedt 12 kinderen op basis van een integraal zorgplan en gelijktijdige behandeling langdurige begeleiding in twee leefgroepen met alle nodige expertise, zodat ze zo gewoon mogelijk kunnen opgroeien. Het werk wordt gecoördineerd door een afdelingsmanager van Spirit en de gz-psycholoog van De Bascule. De eindverantwoordelijkheid ligt bij een regiomanager van Spirit die de dagelijkse leiding heeft. Bureau Jeugdzorg in Amsterdam indiceert voor deze voorziening. Beide instellingen dragen een deel van de financiering ervan. De werkwijze is gezamenlijk ontwikkeld en wordt vastgelegd in een handboek.

Sectoren: provinciale jeugdzorg en jeugd-GGZ.

Doelstelling: kinderen in de leefgroep kunnen zo gewoon mogelijk opgroeien door langdurige integrale behandeling te bieden.

Doelgroep: kinderen van 6 tot 16 jaar met chronische psychiatrische en gedragsproblemen.

Hulpvorm: langdurige dagbehandeling in een residentiële setting.

Veiligheidshuizen

Omschrijving: voorbeeld van intersectoraal aanbod binnen justitiële jeugdzorg. In de Veiligheidshuizen wordt preventie en repressie op elkaar afgestemd. Eind 2009 dient een landelijk dekkend aanbod te bestaan van circa 40 vestigingen. Op dit moment zijn circa 26 Veiligheidshuizen actief. In het Veiligheidshuis werken instanties als het Openbaar Ministerie, politie, reclassering en justitiële inrichtingen, Bureau Jeugdzorg, jeugd-GGZ en de leerplichtambtenaar samen om er voor te zorgen dat jongeren niet in herhaling vallen. Gemeenten hebben de regie over de Veiligheidshuizen samen met het Openbaar Ministerie. Ook CJG, Halt, Slachtofferhulp, Verslavingszorg, AMW enzovoorts zijn veelal betrokken. Alle instanties werken in één gebouw, de lijnen zijn kort en alle kennis over een (ex-) delinquent is op één plek verzameld. Omdat het meestal kinderen met meervoudige problematiek en uit multi-probleemgezinnen betreft is categoriaal aanbod niet effectief. Het integraal behandelplan strekt verder dan alleen de jongere; het gaat om het primaire leefmilieu, gericht op het hele gezin.

Sectoren: de basis van het Veiligheidshuis bestaat uit het openbaar ministerie, de politie, Raad voor de Kinderbescherming, jeugdreclassering en de gemeente.

Doelstelling: voorkomen van recidive.

Doelgroep: ex-delinquente jongeren, meestal uit multi-probleemgezinnen.

Hulpvorm: ambulante behandeling gericht op het gehele gezin.

Wijkgerichte Justitiële Jeugdzorg

Omschrijving: de Leo Stichting Groep (provinciale jeugdzorg) heeft in samenwerking met het Justitieel Pedagogisch Centrum De Sprengen en de gemeente Ede een aanpak 'Wijkgerichte Justitiële Jeugdzorg' (WJJ) georganiseerd. WJJ richt zich op de begeleiding van jongeren die dermate ernstige overlast veroorzaken en crimineel gedrag vertonen dat ze op last van justitie in plaats van gedetineerd te worden op De Sprengen, in WJJ worden geplaatst. WJJ stelt een gezamenlijk behandelpan op. De begeleiding kent een voorwaardelijk en gedwongen karakter; indien de jongere zich niet houdt aan de voorwaarden van de begeleiding kan de jongere bij ernstig probleemgedrag voor een korte timeout geplaatst worden in De Sprengen. De begeleiding is zeer intensief, wijkgericht en sectoroverschrijdend. Wijkgerichte Justitiële Jeugdzorg is in principe bedoeld voor jongens tussen 12 en 17 jaar oud woonachtig in Ede. Jongeren stromen via een strafrechtelijk of civielrechtelijk kader in. Ze hebben ernstige problemen op meerdere levensgebieden. De problemen zijn zodanig dat een (kortdurende) gesloten plaatsing binnen een Justitiële Jeugdinrichting aan de orde is. Er zijn 12-15 plaatsen beschikbaar voor de duur van maximaal 12 maanden.

Sectoren: provinciale jeugdzorg, JJI, gemeente.

Doelstelling: afname probleemgedrag en vermindering overlast.

Doelgroep: jongens van 12-17 jaar die ernstige overlast hebben veroorzaakt, met justitie in aanraking komen en meervoudige problemen hebben.

Hulpvorm: ambulante behandeling gericht op het gehele gezin.

Jeugdformaat/Jutters-Combinatie (JJC)

Omschrijving: jongeren die tot voor kort in de jeugdgevangenis belandden zonder een criminele achtergrond, krijgen sinds 2007 in Haaglanden op de JJC (Jeugdformaat/Jutters-Combinatie) een combinatie van behandeling, opvoeding en onderwijs aangeboden op basis van een integraal zorgplan. Daarbij wordt de expertise gebundeld voor een groep jongeren die tussen wal en schip vielen. De complexe problemen van deze jongeren vragen immers om hulp op meerdere gebieden, namelijk jeugdpsychiatrie, jeugdhulpverlening en school.

Sectoren: gesloten jeugdzorg, Jeugd-GGZ, voortgezet speciaal onderwijs voor ZMOK-kinderen.

Doelstelling: een nieuwe kans bieden op een plek in de maatschappij door vanuit verschillende disciplines gelijktijdig hulp te bieden en niet steeds door te plaatsen.

Doelgroep: 12-18 jaar met OTS en ernstige gedrags- en psychiatrische problemen.

Hulpvorm: residentieel.

Bijlage 2. Lijst van geïnterviewde personen

Respondenten face-to-face interviews:

1. GGZ-Nederland: Corina Brekelmans
2. Nederlands Jeugd Instituut: Dolf van Veen
3. MOgroep Jeugdzorg: Arthur Schellekens
4. Kenniscentrum LVG: Dirk Verstegen

Lijst van telefonisch geïnterviewde personen:

1. Gronings Protocol Ketenzorg: Ria Kuilder
2. Hulp aan Huis: Hans Tönjes
3. Transferium Jeugdzorg: Frank Post
4. Gezamenlijke Crisisdienst: Leon van Sasse van IJsselt
5. Loket Vroeghulp Kind en Jeugd: Anne Willems-Goethals
6. De Linde: Wil Hoogenberg
7. Wijkgerichte Justitiële Jeugdzorg: Joke Brookman
8. De Koppeling: Laurent Jan van den Bogaard
9. Coach: Boudewijn Hendriks
10. Jeugdzorgcentrum Gorinchem: Jenneke Klein Geltink
11. Mutsaersstichting: Jos Peters
12. Schakelprogramma: Jaafar Zahraoui
13. Stichting JJC: Hetty Goedvolk
14. Circuit Jeugdcomplex: Anne-Marijn de Wit
15. Lindenhout en KIDZ-team Dimence: Resie Bessems
16. Doen Wat Werkt: Mike van Wissing
17. Orthopsychiatrische Residentiële Voorziening A'dam: Pauline Naayer

Participanten discussiebijeenkomst:

1. GGZ NL: Corina Brekelmans
2. NJI: Niels Zwikker
3. Kenniscentrum LVG: Dirk Verstegen
4. De Koppeling: Mirjam van der Velden
5. Gezamenlijke Crisisdienst: Leon van Sasse van IJsselt
6. Programmaministerie Jeugd en Gezin: Nienke Schaar
7. Programmaministerie Jeugd en Gezin: Yvonne Wijnands
8. Van Ojen Beleidsonderzoek: Quirien van Ojen