

Rapport
Sturing jeugdzorg Overijssel
Vermijdbaarheid van niet succesvolle
cliënttrajecten
Eindrapportage

Windesheim

Zwolle, februari 2014

dr. J.J.W. (Jack) de Swart

M. J. (Marianne) Welmers – van de Poll M.Sc.

dr. ir. J.A.H. (Jos) Baecke MPM

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Methode.....	4
2.1	Het literatuuronderzoek.....	4
2.2	De focusgroepen	4
2.3	Het dossieronderzoek	5
3.	Resultaten	8
3.1	De resultaten van de focusgroepen	8
3.1.1	Proces van afsluiten en beoordelen	8
3.1.2	Beïnvloedende factoren niet-succesvolle trajecten en vermijdbaarheid	10
3.2	De resultaten van het dossieronderzoek	11
4.	Conclusies.....	16
5.	Discussie	19
6.	Literatuur.....	22
	Bijlage 1 : Checklist afsluiten cliënttraject (CAC).....	23
	Bijlage 2 Checklist dossieranalyse onderzoek Vermijdbaarheid	25
	Bijlage 3: Overzicht resultaten focusgroepen beïnvloedende factoren en vermijdbaarheid ...	33

1. Inleiding

Dit onderzoek is door het lectoraat Sturing in de Jeugdzorg van Windesheim in opdracht van de Provincie Overijssel uitgevoerd en gaat in op de volgende onderwerpen:

Proces van afsluiten van cliënttrajecten en de beoordeling van succes hierbij
Herhaald beroep op jeugdzorg
Factoren die van invloed zijn op succesvolle of niet-succesvolle hulp
De vermijdbaarheid van niet-succesvolle hulp door de zorgaanbieder.

Aanleiding voor dit onderzoek is dat binnen de Provincie Overijssel in 2011 gestart is met trajectfinanciering. Hierbij wordt door de Provincie een vast bedrag per succesvol afgerond traject gefinancierd, onafhankelijk van de duur of de hulpvorm. Deze vorm van financiering biedt ruimte voor zorgaanbieders om zorg op maat te leveren. Bovendien biedt trajectfinanciering (financiële) prikkels om effectief en efficiënt te werken. Een belangrijk aspect van werken met trajectfinanciering is het afsluiten en beoordelen van cliënttrajecten (succesvol of niet succesvol). Dit is zowel vanuit het oogpunt van financiën als van kwaliteit een cruciaal onderdeel bij trajectfinanciering. Er is afgesproken om nader onderzoek te doen om meer inzicht te verkrijgen in het afsluitingsproces en de daarbij gehanteerde criteria. Relevante thema's voor dit onderzoek zijn het afsluitingsproces, oorzaken van niet succesvolle afsluitingen, oorzaken herhaald beroep en factoren die een rol spelen bij de eventuele vermijdbaarheid van niet succesvolle afsluitingen.

Doel van dit onderzoek is om:

Inzicht te krijgen in het proces van beoordelen bij afsluiting van een cliënttraject of er sprake is van een succesvol of niet-succesvol traject.

Inzicht te krijgen in factoren die een rol spelen bij succesvolle afsluitingen, bij niet succesvolle afsluitingen en / of bij herhaald beroep op hulp¹.

Aan de hand van casuïstiek inzicht te bieden in factoren van vermijdbaarheid bij niet succesvolle cliënttrajecten;

Een grondslag (criteria) te bieden op basis waarvan, voor niet succesvolle cliënttrajecten, (met een eenmalige meting) de omvang van vermijdbaarheid kan worden vastgesteld; en

Op basis van deze grondslag een antwoord te geven op de vraag: in hoeveel procent van de in Overijssel in 2012 afgesloten cliënttrajecten in de provinciale jeugdzorg er sprake was van wel en niet vermijdbare niet succesvolle cliënttrajecten?

Het onderzoek bestond uit een literatuuronderzoek, interviews met vier focusgroepen, één bij Bureau Jeugdzorg Overijssel (BjzO) en bij elk van de drie hoofdaanemers van provinciale jeugdzorg. Het derde deel onderzoek bestond uit een dossieranalyse. In dit onderzoeksrapport is verslag gedaan van alle drie deelonderzoeken en zijn conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan op basis van de drie deelonderzoeken.

¹ "In 2011 gold de regel dat een onderbreking van meer dan 14 dagen van een traject leidde tot een nieuw cliënt-zorgtraject. Op voorstel van de hoofdaanemers wordt in 2012 geëxperimenteerd met een benadering, waarin uitgangspunt is dat bij elke afsluiting van een cliënt-zorgtraject sprake is van een professionele inschatting op basis van de situatie van dat moment. Doet de cliënt alsnog een beroep op jeugdzorg dan is dat, zo is de veronderstelling, vanwege omstandigheden die start van een nieuw cliënt-zorgtraject rechtvaardigen. BjzO monitoort herhaald beroep wat betreft aard, omvang, doelen, indicatie en of sprake is van dezelfde of een andere hoofdaanemer" (Provincie Overijssel, 2012, p.20) .

2. Methode

Het eerste deel van het onderzoek bestond uit literatuuronderzoek. Op basis van het literatuuronderzoek is het tweede deelonderzoek gedaan, dat bestond uit focusgroepen bij BzO en de drie hoofdaanbieders van jeugdzorg in Overijssel. Op basis van de resultaten uit het literatuuronderzoek en de uitkomsten van de focusgroepen is vervolgens het derde deelonderzoek uitgevoerd, dat bestond uit dossieranalyse. In de beide deelonderzoeken lag de focus op zowel het proces van afsluiten, oorzaken van herhaald beroep en op de factoren die van invloed waren op het al dan niet succesvol afronden van het hulpverleningstraject. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de methode van de drie deelonderzoeken.

2.1 Het literatuuronderzoek

Bij het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van een recent onderzoek naar voortijdige uitval (Grooters, De Swart, Lohuis-Hesink & Moonen, 2013). Daarnaast is gezocht in verschillende wetenschappelijke literatuurdatabases op een combinatie van termen als jeugdzorg, voortijdige beëindiging of uitval, effectiviteit, uitkomsten, vermijdbaarheid. Vervolgens is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode, waarbij de referenties van gevonden publicaties worden nagezocht op relevante literatuur.

De resultaten van het literatuuronderzoek zijn gebruikt als input voor de focusgroepsinterviews. Deze worden niet expliciet gerapporteerd, maar zijn globaal terug te vinden in Bijlage 3, waarin een overzicht wordt gegeven van de resultaten van de focusgroep wat betreft de beïnvloedende factoren bij niet-succesvolle trajecten en de vermijdbaarheid van deze factoren.

2.2 De focusgroepen

De focusgroepen bij BzO, Trias, Jarabee en Pactum bestonden uit 4 – 7 deelnemers, die een goed overzicht hebben van de geboden jeugdzorg en die ervaring hebben met het verloop van succesvolle en niet-succesvolle cliënttrajecten op zowel micro- als meso-niveau. De aanwezigen hadden de volgende functies: ambulant hulpverlener (5), gedragswetenschapper (4), trajectcoördinator (3), teamleider (2), consultant cliëntlogistiek (2), pleegzorgbegeleider (1), beleidsmedewerker (1) en procescoördinator (1).

De deelnemers hebben vooraf de Checklist Afsluiten Cliënttrajecten (CAC) ingevuld (Bijlage 1). In de CAC zijn vragen opgenomen over de stappen in het proces om tot een juiste beoordeling te komen bij het beoordelen van het succes van het traject. De vragen zijn gebaseerd op het beleidsdocument (Nieuwe Bezems) van de Provincie Overijssel (2012). De respons (N=12) hierop was te klein om statistische analyses te kunnen uitvoeren. Doel van de CAC was om onderwerpen te selecteren om tijdens de focusgroep verder uit te diepen gericht op het proces van afsluiten en beoordelen van het traject.

Vervolgens zijn de volgende vragen voorgelegd aan de deelnemers: a) welke factoren spelen volgens jullie een rol in de niet-succesvol beëindigde cliënttrajecten in 2012 in deze instelling? En b) in hoeverre beschouwen jullie deze factoren als vermijdbaar of niet-vermijdbaar door de zorgaanbieder en waarom en/of onder welke omstandigheden beschouwen jullie deze als wel of niet vermijdbaar? In het laatste deel van de bijeenkomst zijn factoren besproken die in de literatuur zijn gevonden met betrekking tot niet-succesvolle trajecten. Daarbij werd de deelnemers gevraagd in hoeverre zij deze factoren herkenden voor de niet-succesvolle cliënttrajecten in 2012. Ook werd gevraagd in hoeverre zij deze factoren zagen als vermijdbaar door de zorgaanbieder.

2.3 Het dossieronderzoek

Selectie van dossiers

In totaal zijn er 121 dossiers (Tabel 1) uit 2012 betrokken in het dossieronderzoek. Voor de selectie van de dossiers is een gestratificeerde streekproef getrokken, waarbij de volgende categorieën zijn gehanteerd:

Dossiers waarvan de afsluiting is geregistreerd als niet-succesvol, deze dossiers zijn allemaal opgenomen in de dossieranalyse (N = 20)

Dossiers waarvan de afsluiting nog onbeslist was ten tijde van het onderzoek (N = 11), ook deze dossiers zijn allemaal opgenomen in de dossieranalyse

Dossiers waarvan de afsluiting is geregistreerd als succesvol. Hieruit is at random een steekproef getrokken van 5% (N = 90). Hierbij is er in overleg met de begeleidingsgroep voor gekozen om in deze steekproef evenveel dossiers op te nemen waarbij sprake is van een traject met eenmalig beroep op jeugdzorg in 2012 (dus zonder voortraject dat in 2012 is afgesloten en zonder vervolgtraject dat in 2012 is gestart, N = 67) als dossiers waarbij sprake is van een eerder traject van dezelfde cliënt dat is afgesloten in 2012 of een nieuw traject na afsluiting in 2012 van dezelfde cliënt (N = 51). Dit betekent dat de dossiers waarbij sprake is van een herhaald beroep op jeugdzorg in hetzelfde kalenderjaar oververtegenwoordigd zijn in de steekproef. Deze keuze is gemaakt omdat herhaald beroep redelijk veel lijkt voor te komen. Dit riep de vraag op naar de oorzaak hiervan, naar de betekenis hiervan in relatie tot de beoordeling van een traject als succesvol of niet succesvol en naar hoe het proces van afsluiting en beoordeling verloopt. Zoals te zien in Tabel 1 zijn er drie dossiers van cliënten bij wie er al eerder in 2012 een traject is afgesloten. Deze dossiers komen voor in het onderzoek omdat het traject bij afsluiting is geregistreerd als niet-succesvol of onbeslist. Deze dossiers vallen bij toeval buiten de at random selectie van dossiers in het onderzoek die gescreend zijn in het kader van herhaald beroep.

Bij de geselecteerde dossiers waarbij sprake is van een vervolgtraject in 2012 is vooral gekeken naar de aanleiding voor het tweede traject en naar het aantal doelen in het tweede traject dat overeenkwam met het aantal doelen in het eerste traject. In Tabel 1 is de verdeling van dossiers te zien over de trajecten beoordeeld als succesvol, niet-succesvol en onbeslist en de categorieën eenmalig of herhaald traject.

Tabel 1.

Registratie afsluiting en eenmalig of herhaald traject

Enmalig of herhaald traject	Eenmalig traject	Traject met vervolg-traject in 2012	Traject met eerder traject afgesloten in 2012	Totaal
Registratie afsluiting				
Succesvol	46	44	0	90
Niet-succesvol	15	3	2	20
Onbeslist	6	4	1	11
Totaal	67	51	3	121

De dossiers in de steekproef zijn naar rato (naar het totaal aantal trajecten in 2012 per instelling) verdeeld over Jarabee (55 dossiers), Trias (45) en Pactum (21). Dossiers waarin trajecten werden uitgevoerd door een onderaannemer zijn verwijderd uit de steekproef wanneer het dossier niet aanwezig was bij de hoofdaannemer. Het ging hierbij om slechts enkele dossiers. Deze dossiers zijn

vervangen door willekeurige andere dossiers waarvan het dossier wel aanwezig was bij de hoofdaannemer, ongeacht of het traject is uitgevoerd door een hoofd- of onderaannemer. De leeftijd van de jeugdigen was gemiddeld 10,5 jaar. De jongste was 0 en de oudste 18 jaar. In Tabel 2 is de spreiding over verschillende leeftijdscategorieën te zien en de spreiding naar geslacht.

Tabel 2.

Sekse en leeftijdscategorie van de jeugdigen.

Sekse	Jongen	Meisje	Totaal
Leeftijdscategorie			
0 – 3 jaar	13 (10,7%)	4 (3,3%)	18 (14,9%)
4 – 12 jaar	24 (19,8%)	14 (11,6%)	38 (31,4%)
13 – 18 jaar	23 (19%)	42 (34,7%)	66 (54,5%)
Totaal	60 (49,4%)	61 (50,6%)	121 (100%)

In totaal 108 (89,3%) van de jeugdigen hadden de Nederlandse nationaliteit, twee (1,7%) hadden een westers-allochtone nationaliteit en vier (3,3%) hadden een niet westers allochtone nationaliteit. In zeven dossiers is de nationaliteit van de jeugdige onbekend. Van 21 jeugdigen was het IQ vermeld in het dossier. Het gemiddelde IQ van deze jeugdigen was 92,3 ($N = 21$; $SD = 13,980$; *Range* 66 – 113). In totaal 29% ($N = 6$) van de jeugdigen bij wie het IQ is vastgesteld viel onder de LVB grens van IQ 85. Eén van deze zes cliënten werd doorverwezen naar een LVB-instelling. Twee cliënten werden niet doorverwezen, een werd doorverwezen naar lichtere vorm en een naar een zwaardere hulpvorm. Van één cliënt was niet bekend of deze werd doorverwezen.

Om een beeld te geven van de problematiek bij jeugdigen en hun ouders is er geïnventariseerd in welke mate en bij hoeveel jeugdigen een diagnose is gesteld en bij hoeveel ouders melding werd gemaakt in het dossier van problematiek. Bij in totaal 41 jeugdigen (33,9%) komt uit het dossier naar voren dat er bij aanvang van het traject een diagnose bekend is, waarvan bij negen (7,4%) een dubbele diagnose. Bij zes jeugdigen (5%) werd gedurende het traject een diagnose gesteld, waarvan bij twee jeugdigen (1,7%) een dubbele diagnose. Bij 25 jeugdigen (20,7%) was sprake van overige problematiek, bij negen jeugdigen (7,4%) was de diagnose ADHD gesteld, bij vijf ASS en hechtingsproblematiek (beiden 4,1%) en bij vier jeugdigen de diagnose ODD (3,3%). Overall was bij 80 jeugdigen (66,1%) geen sprake van een diagnose.

Bij in totaal 43 cliënten (35,5%) was in het dossier gerapporteerd dat er sprake is van problematiek bij ouders. In de meeste gevallen was er sprake van psychiatrische problematiek ($N = 27$; 22,3% van alle dossiers). Andere voorkomende problemen waren schuldenproblematiek en verslaving.

Analyse

Relevante variabelen zijn geselecteerd op basis van het literatuuronderzoek. Deze zijn aangevuld met variabelen die uit de focusgroepen naar voren kwamen. Deze variabelen zijn geoperationaliseerd door er meetwaarden aan toe te kennen en een bron in de dossiers te bepalen waar de informatie te vinden was. Variabelen, meetwaarden en bronnen zijn verwerkt tot een checklist (Bijlage 2). De geselecteerde dossiers zijn vervolgens geanalyseerd aan de hand van deze checklist. Om de kwaliteit van de analyse te beoordelen zijn in totaal zeven dezelfde dossiers door drie onderzoekers (twee 4de jaars studenten Pedagogiek en één 2de jaars student SPH) onafhankelijk van elkaar geanalyseerd.

Van deze analyses is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($Kappa^2 = .768$; range .715 - .865) berekend. Deze was voldoende tot goed.

De uit de dossiers verzamelde gegevens zijn ingevoerd in SPSS. In SPSS is vervolgens gebruik gemaakt van beschrijvende statistische analyses, zoals frequenties, gemiddelden, spreidingsmaten en kruistabellen. Ook is de correlatie tussen verschillende factoren en de mate van succesvolle beëindiging berekend. Verder zijn regressie-analyses uitgevoerd, waarin de samenhang tussen een afhankelijke variabele (bijvoorbeeld "registratie afsluiting") en meerdere onafhankelijke variabelen (bijvoorbeeld hulpverleningsfactoren, cliëntfactoren, et cetera) is geanalyseerd.

² Kappa waarden worden geïnterpreteerd in termen van: 'slecht' ($k < 0$); 'gering' (0-0,20); 'matig' (0,21-0,40); 'redelijk' (0,41-0,60); 'voldoende tot goed' (0,61-0,80) en 'bijna perfect' (0,81-1,00).

3. Resultaten

3.1 De resultaten van de focusgroepen

3.1.1 Proces van afsluiten en beoordelen

In dit deel wordt ingegaan op een drietal opvallende punten in het proces om tot besluitvorming te komen voor een hulpverleningstraject dat wordt beëindigd. Het betreft a) het formuleren van de hulpverleningsdoelen aan het begin van het traject, b) het komen tot het besluit bij afsluiting van het traject en c) factoren die van invloed zijn op herhaald beroep op jeugdzorg. Allereerst wordt in het kort stilgestaan bij de door de deelnemers aan de focusgroepen ervaren gevolgen van het werken met de trajectfinanciering.

Doelen van trajectfinanciering

De doelen van het werken met het systeem van trajectfinanciering worden naar de mening van de deelnemers aan de focusgroepen voor een belangrijk deel bereikt. De hulpverleningsdoelen worden SMART, haalbaar en klantgericht geformuleerd. Er wordt een passend aanbod gezocht om de doelen te realiseren. Daarbij wordt creatief en flexibel gekeken naar de mogelijkheden die er zijn. Er wordt een aanbod samengesteld met het oog op de vraag van de klant, efficiency en effectiviteit (wat betreft het realiseren van de doelen). Hieraan wordt in de praktijk nog gewerkt. Zo wordt er momenteel bijvoorbeeld nog veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van het SMART formuleren van doelen, ingaan op wensen en behoeften van cliënten en het zoeken naar een zo licht mogelijk, maar wel passend hulpaanbod.

Verder komt naar voren dat nog niet bij alle zorgaanbieders het werken met één trajectcoördinator is ingevoerd. Bij zorgaanbieders waar dit wel het geval is, geven deelnemers van de focusgroep aan dat deze functie nog erg in ontwikkeling is. Deelnemers aan de focusgroepen ervaren ook een spanningsveld als het gaat om enerzijds zo efficiënt mogelijk te werken en anderzijds voldoende aandacht te kunnen besteden aan de zwaardere problematiek.

Kwaliteit van de geformuleerde hulpverleningsdoelen

Vanuit het indicatiebesluit worden de doelen door de trajectbegeleider/hulpverlener, in overleg met de cliënten SMART en haalbaar geformuleerd. In grote lijnen geven de deelnemers aan de focusgroepen aan dat dit op een goede en zorgvuldige manier gebeurt al roept het soms wat vragen op. Hierbij worden de volgende kanttekeningen geplaatst door de deelnemers:

Een risico van de werkwijze is dat doelen soms té SMART worden geformuleerd. Met andere woorden: soms worden doelen zo geformuleerd dat ze haalbaar zijn, maar niet het echte onderliggende probleem oplossen omdat dit probleem zich moeilijk laat vangen in meetbare termen. Een voorbeeld hiervan is wanneer in het indicatiebesluit het doel wordt gesteld dat er sprake is van een veilig pedagogisch klimaat. De term 'veilig' wordt dan bijvoorbeeld meetbaar gemerkt in termen als 'de kinderen krijgen elke dag een ontbijt' en 'ouders reageren adequaat op ongewenst gedrag van de kinderen'. Deze meetbare doelen bestrijken dan wel een deel van het indicatiedoel, maar wanneer deze doelen behaald zijn is nog niet gegarandeerd dat er ook daadwerkelijk sprake is van een veilig pedagogisch klimaat. Deelnemers aan de focusgroepen ervaren hier een spanningsveld.

Met name bij langer durende hulpvarianten zoals pleegzorg en 24-uurszorg komen regelmatig nieuwe doelen naar voren gaandeweg het traject. Deelnemers aan de focusgroepen vragen zich daarom af of het wel altijd passend is om te werken met trajectdoelen die aan het begin van het traject worden gesteld voor het hele traject.

De werkwijze wordt als lastig ervaren voor cliënten met "verborgen" problematiek (bijvoorbeeld mishandeling, middelenmisbruik door ouders, seksueel misbruik). Vraaggericht werken en SMART geformuleerde doelen passen niet goed bij cliënten die al dan niet bewust iets te verbergen hebben. De vaak gehanteerde positieve opvoedingsstrategieën sluiten aan bij wat de cliënten aangeven, maar

geven weinig tot geen ruimte om de confrontatie met de cliënten aan te gaan of om deze 'verborgen' problematiek naar boven te halen.

Besluitvorming succesvolle afsluiting

Bij het afronden van het traject wordt een besluit genomen over de succesvolheid van het doorlopen traject. Dit leidt in zo goed als alle gevallen tot het oordeel "succesvol". Slechts een klein percentage van de trajecten krijgt het oordeel "niet-succesvol" of "onbeslist". Deelnemers aan de focusgroep geven aan dat de precieze definitie van 'succesvol' niet voor iedere werker duidelijk is.

Er lijkt verschil te bestaan tussen de definitie van succesvol zoals het door de provincie (sturingskader) is geformuleerd en de wijze waarop het in de praktijk wordt gehanteerd. Het verschil bestaat vooral uit de vraag wat de criteria voor overeenstemming zijn. Er lijkt soms sprake van tegengestelde, of in ieder geval verschillende belangen tussen BzO en de hulpaanbieders. BzO heeft soms de indruk dat het nemen van het besluit een 1-2tje betreft tussen trajectbegeleider en ouders. Tijdens de eindevaluatie wordt er dan door BzO onvoldoende ruimte ervaren/genomen om nog een kritische opmerking te plaatsen. De vraag is dan of er wel daadwerkelijk sprake is van overeenstemming. Aanbieders daarentegen geven aan dat BzO soms geneigd is om extra doelen te formuleren aan het eind, terwijl er in het begin overeenstemming was over de doelen. Ook bestaat er soms verschil van inzicht tussen ouders en gezinsvoogd. Bij een OTS levert dit soms onduidelijkheden op.

Wat verder naar voren komt in de focusgroepen is dat het besluit voor succesvol of niet-succesvol niet altijd heel expliciet wordt genomen. Soms is er sprake van een zogenaamd "stilzwijgende check", waarbij het oordeel wel staat vermeld in het eindverslag dat vooraf aan het eindgesprek naar alle partijen wordt verstuurd, maar niet expliciet aan de orde wordt gesteld in het eindgesprek. Ook wordt er weinig tot geen gebruik gemaakt van instrumenten om het besluit te ondersteunen. De GAS wordt wel regelmatig, maar niet overal gebruikt.

Tot slot wordt er in sommige gevallen verschillend omgegaan met afsluiten of continueren van trajecten wanneer doelen worden bijgesteld. Soms worden nieuwe doelen of bijgestelde doelen meegenomen in het lopende traject, soms wordt ervoor gekozen om bij nieuwe doelen het lopende traject af te sluiten als succesvol en een nieuw traject te starten met de nieuwe doelen.

Herhaald beroep

Herhaald beroep (HB) komt vrij regelmatig voor (in ongeveer 40% van de afgesloten trajecten wordt een nieuw traject gestart (Baecke, 2013). Bij trajectdenken past de beweging van "aanhoudend lang in zorg" naar "richten op afronden van trajecten, terugleggen bij de verantwoordelijkheid van de opvoeders". Dit heeft (gezien de vaak beperkte draagkracht van de doelgroep) als mogelijke keerzijde dat er na afsluiting nog behoefte is aan herhaald kortdurende contacten. Ook worden in het werken met trajectfinanciering trajecten eerder/sneller afgesloten. HB wordt soms gedaan om vragen/doelen uit een eerder traject opnieuw aan te pakken. Dan lijken in aanloop naar afronding van een traject de doelen behaald te zijn. Wanneer de hulpverlening stopt, blijkt dat het gezin het toch moeilijk zelfstandig kan. Soms gaat het bij HB ook om nieuwe vragen/doelen van de cliënt. Wanneer deze nieuwe vragen of doelen al tijdens een lopend traject naar boven komen wordt hier door de zorgaanbieders zoals genoemd in de vorige paragraaf verschillend mee omgegaan.

Op basis van deze resultaten uit de focusgroep zijn de volgende vragen voor de dossieranalyse geformuleerd ten aanzien van herhaald beroep:

In welke mate wordt er bij HB gebruik gemaakt van een vangnetconstructie (kortdurende hulp gericht op bestendigen van de draagkracht van ouders) en in welke mate is er bij HB sprake van nieuwe intensieve trajecten? Hoe wordt omgegaan met een aspect van nazorg en onderhoudszorg? Wordt er voldoende aandacht besteed aan afbouw van de hulp, doorwijzen naar lichtere vormen van hulp (het zogenaamd afschalen)?

Hoe wordt omgegaan met elkaar opvolgende hulpvarianten (afsluiten en doorverwijzen) of voortzetting van (lichtere) vorm van hulp bij dezelfde zorgaanbieder?

Hoe wordt omgegaan met twijfels over afsluiting? Worden twijfels over afsluiting genoemd, besproken en vastgelegd?

3.1.2 Beïnvloedende factoren niet-succesvolle trajecten en vermijdbaarheid

De deelnemers van de focusgroepen hebben als beïnvloeders bij niet-succesvol cliënttrajecten de volgende aspecten genoemd dan wel herkend vanuit literatuur:

Factoren bij de jeugdige: beperkte motivatie; complexe problematiek; leeftijd (hoe ouder, hoe moeilijker te beïnvloeden); wegloupedrag; middelengebruik.

Factoren in het gezin: ingrijpende veranderingen in het gezin die de draaglast verminderen; complexe problematiek van ouders (bijv. psychiatrische problematiek, verslaving, LVB-problematiek) die niet altijd duidelijk en bespreekbaar is bij aanvang van het traject; beperkte motivatie voor hulp; gebrek aan overeenstemming over acceptatie van hulp in het gezin; beperkte betrokkenheid van ouders bij de behandeling; weinig of slecht contact tussen ouders en jeugdige.

Hulpverleningsfactoren: lastige communicatie en samenwerking met het cliëntsysteem; moeizame communicatie tussen hulpverleners onderling; gebrekkige aansluiting tussen elkaar opvolgende modules in het traject; incidenten op een behandelgroep of in een pleeggezin (denk aan agressie, seksueel misbruik of incidenten die de draaglast van pleegouders negatief beïnvloeden); hulpverleningsgeschiedenis; hulpverleningskader; duur van de zorg; te licht inzetten van zorg; ontbreken van passende hulp (bijvoorbeeld door te lange wachtlijsten of doordat de benodigde hulp regionaal niet wordt aangeboden); teamfactoren; zorg uitbesteden aan onderaannemers; niet passend of aansluitend formuleren van doelen; tekort aan vaardigheden van jeugdzorgwerkers; continuïteit van de hulpverlening; onrust in de organisatie; negatief imago van de jeugdzorg.

Voor een schematisch overzicht van deze factoren met toelichting van de focusgroepen, ondersteuning vanuit de literatuur en de mening van de focusgroepen wat betreft vermijdbaarheid van deze factoren wordt verwezen naar bijlage 3.

3.2 De resultaten van het dossieronderzoek

Inleiding

In dit deel van het resultatenhoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op a) de registratie afsluiting geconfronteerd met de door de onderzoekers geanalyseerde reden van beëindiging, b) herhaald beroep en de gevolgde hulptrajecten in 1^{ste} en in het 2^{de} traject en c) factoren die van invloed zijn op succesvolle afsluiting van de hulp. De topiclist die gebruikt is bij het analyseren van de dossiers is te vinden in bijlage 2

Registratie afsluiting en reden van beëindiging

De mate van succes van een traject wordt doorgaans geregistreerd op basis van het eindgesprek. Bij dat eindgesprek waren in 82 dossiers (67,8%) alle betrokkenen (aanbieder, BjzO en client) aanwezig. In een zeer klein aantal ontbrak de client ($N = 3$) of BjzO ($N = 2$). In enkele gevallen komt uit de analyse naar voren dat er geen eindgesprek is geweest ($N = 5$). Van 27 dossiers (22,3%) kon niet worden achterhaald wie er aanwezig was bij het eindgesprek, ofwel omdat dit niet genoteerd was in het eindverslag, ofwel omdat het eindverslag ontbrak in het dossier.

Bij drie dossiers die geregistreerd zijn als onbeslist, zijn aantekeningen gemaakt in het dossier wat de reden is van onduidelijkheid bij de registratie. Bij één dossier is genoteerd dat de exitvragenlijsten nog moeten worden ingevoerd, een deel van dit traject is uitgevoerd door een onderaannemer. Bij een ander dossier is ook sprake van uitvoering door een onderaannemer, dit traject is onverwachts beëindigd door het cliëntsysteem. Uit een derde dossier waarbij de registratie 'onbeslist' is, komt naar voren dat het beoogde spoedzorgtraject is geannuleerd, de cliënt is doorverwezen naar de LVB-sector.

In Tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de registratie bij afsluiting door de zorgaanbieder en de reden van beëindiging. Van vier dossiers is onbekend wat de reden was van de beëindiging van het hulpverleningstraject.

Tabel 3.

Registratie afsluiting en reden van beëindiging van traject

Registratie afsluiting	Doelen behaald, beëindigd volgens plan	Doelen niet behaald, doorverwijzing naar andere hulpvorm	Doelen niet behaald, zorgaanbieder beëindigt traject	Doelen niet behaald, cliëntsysteem beëindigt traject	Doelen niet behaald, BJ beëindigt traject	Doelen niet behaald, geen vervolghulp, stoppen met overeenstemming tussen alle 3 de partijen	Onbekend	Totaal
Succesvol	73	11	0	3	1	1	1	90
	81,1%	12,2%	0,0%	2,5%	1,1%	1,1%	1,1%	100%
Niet succesvol	2	1	0	13	1	1	2	20
	10,0%	5,0%	0,0%	65,0%	5,0%	5,0%	10,0%	100%
Onbeslist	0	2	1	3	0	4	1	11
	0,0%	18,2%	9,1%	27,3%	0,0%	36,4%	9,1%	100%
Totaal	75	14	1	19	2	6	4	121
	62%	11,6%	0,8%	15,7%	1,7%	5%	3,3%	100%

Van de "succesvol" beoordeelde dossiers (Tabel 3) was het merendeel beëindigd op grond van "doelen behaald, beëindigd volgens plan" (81,1%), bij 12,2% was sprake van "doorwijzing naar een meer passende hulpvorm". Daarnaast zijn er vijf dossiers waarbij de doelen niet zijn behaald en waarbij sprake was van een eenzijdige beëindiging van het traject, waarvan drie keer door de cliënten. Bij de als "niet succesvol" beoordeelde dossiers waren er twee (10%) waarbij sprake was van "doelen behaald en beëindigd volgens plan", en bij één dossier was sprake van een doorwijzing.

Bij het merendeel (65%) van de als “niet-succesvol” beoordeelde trajecten was sprake van eenzijdige beëindiging door de cliënt. Van de elf “onbesliste” dossiers is van één van deze dossiers de reden van beëindiging niet achterhaald. Van de overige tien trajecten zijn er vier waarbij het traject gestopt is in overeenstemming, zonder doorverwijzing. Drie trajecten zijn eenzijdig beëindigd door de cliënt. De overige drie trajecten betreft twee trajecten waarbij de doelen niet zijn gerealiseerd, maar wel een doorverwijzing heeft plaatsgevonden. In een geval betreft het een eenzijdige beëindiging door de aanbieder.

Bij 35 dossiers is er bij afsluiting van het traject sprake van een *doorverwijzing* naar een andere hulpvorm. Bij 14 van deze dossiers is deze doorverwijzing de reden van beëindiging: de doelen zijn niet behaald en er is overeenstemming over het feit dat de cliënt meer gebaat is bij een andere vorm van hulp. Daarnaast zijn er nog 21 trajecten waarbij wordt verwezen naar een andere vorm van hulp, maar waarbij deze doorverwijzing niet de reden van beëindiging is. Bij 17 van deze dossiers zijn de doelen die bij aanvang van deze trajecten zijn gesteld behaald en wordt traject volgens plan beëindigd, maar gedurende het traject zijn er nieuwe hulpvragen naar voren gekomen waarvoor wordt doorverwezen. Vier trajecten waarbij aan het einde wordt doorverwezen zijn eenzijdig door het cliëntsysteem beëindigd en zijn daarom geregistreerd als niet-succesvol. Bij één traject waarbij wordt doorverwezen bij het einde van het traject is de reden van beëindiging niet achterhaald.

In 22 van de 35 dossiers waarin de cliënt wordt doorverwezen zijn er concrete verwijsafspraken gemaakt in het eindverslag, in de overige 13 dossiers zijn geen concrete verwijsafspraken terug te vinden. In vier dossiers (11,4%) is sprake van een doorverwijzing naar een zwaardere vorm van hulp, in negen dossiers (25,7%) naar een lichtere vorm van hulp. Bij het merendeel van de doorverwijzingen is sprake van een doorverwijzing naar een andere vorm van specialisatie (N = 21; 60%) zoals LVB (4), GGZ (10) of een andere vorm (7). Uit kwalitatief genoteerde opmerkingen bij afsluiting van het traject in deze laatste categorie blijkt dat het bij één geval gaat om interne doorverwijzing naar IOG. Bij een ander geval gaat het om het blijven ontvangen van dezelfde hulp nadat de cliënt 18 is geworden.

Herhaald beroep

Van 46 van de 51 dossiers, waarbij na afsluiting sprake was van herhaald beroep op jeugdzorg in hetzelfde kalenderjaar, is de aard van zowel het eerste als het tweede traject achterhaald (Tabel 5). Bij 30 van de 46 dossiers (65,2%) was het eerste traject spoedhulp, 13 (28,3%) planbare zorg en drie (6,5%) langdurige gezinsvervangende hulp (pleegzorg of gezinshuizen).

Tabel 4.

Soort hulp 1^{ste} en 2^{de} traject bij herhaald beroep in 2^e kalenderjaar.

		2 ^{de} traject			
1 ^{ste} traject		Spoedhulp	Planbare hulp	Gezins- vervangende hulp	Totaal
	Spoedhulp	8	19	3	30
		26,7%	63,3%	10,0%	100%
	Planbare hulp	5	7	1	13
		38,5%	53,8%	7,7%	100%
	Gezins- vervangende hulp	1	1	1	3
		33,3%	33,3%	33,3%	100%
	Totaal	14	27	5	46
		30,4%	58,7%	10,9%	100%

In het merendeel van deze dossiers bestaat het eerste traject uit spoedhulp (65,2%), terwijl in het daaropvolgende traject het merendeel van de dossiers bestaat uit planbare hulp (63,3%). Ook komt het voor dat spoedhulp wordt opgevolgd door een nieuw traject van spoedhulp (26,7%). In de dossiers wordt planbare hulp voornamelijk gevolgd door een traject met planbare hulp (53,8%) of spoedhulp (38,5%). Gezinsvervangende hulp komt in deze dossiers maar beperkt voor.

In de dossiers waarbij sprake was van herhaald beroep was de gemiddelde tijd tussen de twee trajecten ruim 2 maanden (N = 45; M = 2,7). De meest voorkomende periode tussen de twee trajecten was 0,5 – 1,5 maand (28,3%; zie Tabel 5).

Tabel 5.

Aantal maanden tussen afsluiting 1e en start 2e traject

Aantal maanden	Frequentie	Percentage
< 0,5	8	17,4
0,5-1,5	13	28,3
1,5-2,5	5	10,9
2,5-3,5	2	4,3
3,5-4,5	9	19,6
4,5-5,5	3	6,5
5,5-6,5	1	2,2
6,5-7,5	2	4,3
7,5-8,5	2	4,3
>8,5	1	2,2
Totaal	45	100,0

In 21 dossiers (45,7%) was er sprake van een periode van minder dan 1,5 maand tussen afsluiting van het eerste traject en start van het tweede traject. Bestudering van individuele cases laat zien dat bij deze trajecten soms sprake was van interne doorverwijzing na spoedzorg waarbij een nieuw traject is opgestart voor de vervolghulp, dit is in vijf dossiers teruggevonden. In andere gevallen (10 dossiers) was er sprake van verandering of escalatie in de thuissituatie waardoor opnieuw beroep werd gedaan op jeugdzorg. Voorbeelden hiervan zijn jongeren die weglopen van huis, verergering van (gedrags)problemen na stoppen van hulp, een moeder die met haar kinderen op de vlucht is gegaan voor vader of een ouder die is gearresteerd. In de overige zes dossiers waarbij sprake was van minder dan 1,5 maand tussen de trajecten is niet achterhaald wat de reden was van het herhaalde beroep op jeugdzorg.

Van 41 dossiers kon worden achterhaald in welke mate de doelen van het eerste en het tweede traject overeenkwamen, danwel onderscheidend waren. Bij in totaal 26 dossiers (63,4%) was sprake van allemaal nieuwe doelen in het tweede traject, bij 11 dossiers (26,8%) was sprake van één doel dat overeen kwam met het eerste traject. Bij vier dossiers waren er meerdere doelen (met een maximum van vijf doelen) die overeen kwamen met het eerste traject. Bij al deze 41 dossiers was sprake van minstens één nieuw doel in het tweede traject. In de meeste dossiers was sprake van twee ($N = 16$; 39%) of drie ($N = 12$; 29,3%) nieuwe doelen.

Factoren die samenhangen met succesvolle hulp

In de uitgevoerde analyse is hulp als succesvol gedefinieerd als er sprake was van overeenstemming tussen de partners én de doelen waren bereikt of als er sprake was van een doorverwijzing naar een andere (meer passende) hulpvorm. Drie factoren lijken van invloed te zijn op succesvolle afsluiting van de hulp: a) de mate en kwaliteit van het contact tussen jeugdigen en hun ouders, hoe beter het contact hoe meer kans op succes ($r = .23$, $p = .02$, $N = 110$), ³b) ouderbetrokkenheid, hoe meer de

³ R is de correlatiemaat (die kan variëren van -1 tot 1). Een correlatie $< .30$ wordt gezien als een zwak verband tussen twee variabelen. P -waarde geeft de significantie aan van de correlatie. Een p -waarde van $< .05$ wordt gezien als een significante correlatie. De kans dat de conclusie op toeval berust wordt gezien als kleiner dan 5%. De N geeft het aantal respondenten weer waar de analyse op gebaseerd is.

ouders zijn betrokken hoe meer kans op succes ($r = .28$, $p = .006$, $N = 95$) en c) de relatie tussen hulpverlener en het clientsysteem, hoe beter de relatie tussen hulpverlener en clientsysteem hoe meer kans op succes ($r = .28$, $p = .008$, $N = 90$). Echter als deze factoren samen worden gebracht in een regressiemodel (dat is om te toetsen of de factoren zelfstandig van invloed zijn) dan is geen van deze drie factoren significant van invloed op succesvolle hulp. Er moet dus met enige voorzichtigheid omgegaan worden met deze bevindingen. Dat komt waarschijnlijk omdat deze drie factoren ook onderling een sterke samenhang vertonen en elkaar deels verklaren. Het gaat om drie samenhangende variabelen waarbij de ouders een belangrijke rol spelen.

In Tabel 6 zijn de frequenties te lezen van de drie factoren die samenhangen met het succesvol afsluiten van de hulp. Te zien is dat ouderbetrokkenheid en kwaliteit van de relatie beiden voor ongeveer 80% als goed tevoorschijn komen uit de dossieranalyse. Voor de mate van contact tussen jeugdige en ouders is dit beduidend lager (60,5%). Bij alle drie factoren lijkt echter wel nog voor een belangrijk deel winst te behalen.

Tabel 6.

Mate en kwaliteit van contact (N = 104), ouderbetrokkenheid (N = 109) en kwaliteit van de relatie (N = 91)

Kenmerk	Goed	Matig of slecht
Contact tussen jeugdige en ouders	70 61,4%	44 38,6%
Ouderbetrokkenheid	85 78%	24 22%
Kwaliteit van de relatie	72 79,1%	19 20,9%

4. Conclusies

Trajectfinanciering

Merkbaar is dat de doelen van het werken met trajectfinanciering voor een belangrijk deel bereikt worden. De hulpverleningsdoelen worden haalbaar en klantgericht geformuleerd en er wordt een passend aanbod gezocht om de doelen te realiseren. Daarbij wordt creatief en flexibel gekeken naar de mogelijkheden die er zijn. Er wordt een aanbod samengesteld met het oog op de vraag van de klant, efficiency en effectiviteit (wat betreft het realiseren van de doelen). Ook is te merken dat de praktijk zich nog aan het instellen is (aan het wennen is) aan deze manier van werken. Zo wordt er momenteel bijvoorbeeld nog veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van het SMART formuleren van doelen, ingaan op wensen en behoeften van cliënten en het zoeken naar een zo licht mogelijk, maar wel passend hulpaanbod. Ook het werken met trajectcoördinatoren en het beoordelen van de afronding van het traject, inclusief het werken met instrumenten om tot een onderbouwd oordeel te komen, wordt nog verder ontwikkeld.

Deelnemers aan de focusgroepen ervaren in het werken met trajectfinanciering soms een spanningsveld tussen enerzijds het zo SMART mogelijk stellen van doelen aan het begin van het traject en anderzijds voldoende aandacht besteden aan problematiek die ‘onder de oppervlakte’ ligt en moeilijk te vangen is in meetbare doelen of pas na verloop van tijd helder wordt.

Proces en beoordeling van afsluiting

Wat betreft het proces van beoordeling valt op dat er een aantal onduidelijkheden zijn, zoals hoe dit precies wordt vastgesteld, welke criteria ten grondslag liggen aan de beoordeling en welke instrumenten hierbij gebruikt worden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het werken met trajectfinanciering voor alle betrokkenen nog vrij nieuw is. Een eerdere aanbeveling is om extra aandacht te besteden aan begeleiding en afsluiting van cliënttrajecten om medewerkers meer houvast te bieden hoe hiermee om te gaan (Baecke, 2013).

De registratie zoals gedaan door de zorgaanbieders komt in redelijk grote mate overeen met de definitie van succesvolle hulp, op grond van de reden waardoor het hulptraject is beëindigd. In enkele gevallen komt de registratie niet overeen met de definitie van succesvolle hulp, zoals gehanteerd in dit onderzoek (Tabel 3). Wat wel opvalt is dat er van het aantal niet-succesvol afgesloten trajecten relatief veel trajecten eenzijdig door het cliëntsysteem zijn beëindigd. Mogelijk houdt dit verband met de drie factoren die significant samenhangen met het succesvol beëindigen van de hulp, waarbij in alle drie factoren de ouders een rol spelen (zie verder bij “factoren die van invloed zijn op succesvolle afsluiting”).

Herhaald beroep

Het lijkt erop dat de belangrijkste reden voor herhaald beroep is dat de zorgaanbieders een spoedzorgtraject gevolgd door een ander traject (meestal “planbare zorg”) waarover bij afsluiting van het spoedzorgtraject al afspraken zijn gemaakt, zien als twee afzonderlijke trajecten en niet als één bij elkaar horend traject. Opgemerkt moet worden dat bij de trajecten waarbij geen sprake was van HB een fors deel (bijna 40%) ook sprake was van meerdere modules/hulpvormen binnen één traject. Het lijkt dat er verschillend wordt omgegaan met het al dan niet een herhaald beroep doen op jeugdzorg wanneer tijdens of bij afsluiting van een lopend traject nieuwe doelen naar voren komen. Aanbieders en financier zullen hierover afspraken moeten maken nadat over en weer de argumenten zijn uitgewisseld.

Andere redenen voor herhaald beroep zijn verergering dan wel escalatie van de problematiek na beëindiging van hulp of een ingrijpende verandering in de thuissituatie.

Factoren van invloed op succesvolle afsluiting

De drie factoren die volgens de dossieranalyse van invloed lijken te zijn op succesvolle afsluiting van de hulp zijn: a) de mate en de kwaliteit van het contact tussen ouders en jeugdigen, hoe beter het contact hoe meer kans op succes, b) ouderbetrokkenheid, hoe meer de ouders betrokken zijn bij de hulp hoe meer kans op succes en c) de relatie tussen hulpverlener en het cliëntsysteem, hoe beter de relatie tussen hulpverlener en cliëntsysteem hoe meer kans op succes. Deze factoren sluiten aan bij landelijk onderzoek (Boendermaker et al., 2012; Rooijen, 2012; De Baat & Bartelink, 2012; Grooters, De Swart, Lohuis & Moonen, 2013; Harder, Knorth & Zandberg, 2006; Harder, 2011; Geurts, 2010). Opvallend hierbij is dat deze factoren alle drie zitten in de relatie tussen jeugdigen en ouders en tussen hulpverleners en de ouders. De kwaliteit van de hulp en de mate van succesvolle afsluiting van hulptrajecten zou verder verbeterd kunnen worden als er nog meer geïnvesteerd wordt in de samenwerking en de relatie met de ouders. In Tabel 7 is te zien dat dit in de meeste gevallen goed gaat, maar ook in een behoorlijk aantal cases minder goed. Nader onderzoek onder hulpverleners en cliënten/ouders naar de kritieke momenten en gewenst handelen van hulpverleners zou meer en beter licht op deze factoren kunnen doen schijnen. Mogelijk kan nog meer dan nu het geval is worden geïnvesteerd in de betrokkenheid van de ouders en de relatie van de hulpverleners met de jeugdigen en diens ouders om mogelijk het aantal succesvolle trajecten verder te vergroten.

Vermijdbaarheid van niet succesvolle afsluiting

Vanuit de focusgroepen zijn er tal van factoren genoemd, deels ondersteund door de literatuur, deels nieuwe informatie, waarvan de deelnemers hebben aangegeven dat veel van deze factoren, voor een deel, beïnvloedbaar en vermijdbaar zijn door de hulpverleners. Over de mate en de kwaliteit van het contact tussen ouders en jeugdigen is bijvoorbeeld gezegd:

“Dit is voor een heel groot deel vermijdbaar door de zorgaanbieder door ouders en jongere te sturen en begeleiden op zowel kwantiteit als kwaliteit van het contact: wat is goed voor de jongere en afstemmen van wensen. Bij de ene zorgaanbieder is het contact tussen jeugdige en ouders al veel meer onderdeel van het pedagogisch klimaat dan bij de andere, bij sommige aanbieders kan hier nog een verbeteringsslag in gemaakt worden”.

Over ouder betrokkenheid is in de focusgroepen aangegeven:

“Dit is grotendeels vermijdbaar door de zorgaanbieder. Door te zorgen voor een goede relatie met ouders, door te benadrukken dat ouders verantwoordelijk zijn en blijven voor hun kind en door ouders actief te betrekken kunnen ouders meer betrokken raken. Tegelijkertijd blijven er ouders bij wie de draagkracht zo beperkt is, dat zij ondanks alle inzet van hulpverleners te weinig betrokken blijven”.

Tot slot is over de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliëntsysteem door de focusgroepen aangegeven:

“Het verbeteren van de samenwerking en communicatie behoort tot de competenties van hulpverleners. Belangrijk is om de communicatie te blijven zoeken en het gezin bij de hulp te betrekken. Dit is zeker in grote mate beïnvloedbaar door hulpverleners. Dat geldt ook voor signaleren, wanneer de hulpverlener ziet dat het niet goed gaat is het zijn/haar verantwoordelijkheid om daar iets aan te doen. Mensen bij elkaar te brengen bijvoorbeeld. Ook kan goed gekeken worden naar de ‘klik’ tussen cliënt en hulpverlener, soms is het nodig om te veranderen van hulpverlener wanneer de samenwerking niet loopt. Hierbij is de zorgaanbieder deels wel afhankelijk van de andere communicerende partijen. Soms zet men alles in wat binnen de mogelijkheden ligt om de communicatie te verbeteren, maar lukt het toch niet. Er zit dus wel een grens aan de vermijdbaarheid”.

De conclusie die op grond van deze bevindingen kan worden getrokken is dat jeugdzorgaanbieders nog meer dan nu het geval aandacht kunnen besteden aan deze aspecten, maar dat er niet op individueel casusniveau gesproken kan worden over vermijdbaarheid van een niet succesvol traject. Het lijkt erop dat juist interactiekenmerken hierbij een belangrijke rol spelen. Dit betreft dus kenmerken waarbij naast de hulpverlener ook de jeugdige en de ouders zelf altijd een rol in spelen.

5. Discussie

Kenmerken van de populatie

Opvallend is het hoge percentage jeugdigen met een IQ onder de LVB-grens. Het aantal jeugdigen waarop dit cijfer is gebaseerd is echter klein. Mogelijk betreft het een selecte groep waarvan het IQ bekend is, namelijk die groep waarbij men al een vermoeden heeft van een lager IQ. Dit zorgt ervoor dat er voorzichtig omgegaan moet worden met het generaliseren van dit percentage naar de totale populatie. Nader onderzoek naar het aandeel jeugdigen met een LVB en de gewenste aanpak voor deze jeugdigen is mogelijk aangewezen.

Het aantal gediagnosticeerde (gedrags)problemen onder de jeugdigen waaraan de hulp wordt verleend lijkt relatief klein, bij de meerderheid van de jeugdigen is geen diagnose gesteld. Dit kan te maken hebben met de leeftijd van de jeugdigen, waarbij voorzichtig wordt omgesprongen bij het stellen van diagnoses. Ook de diversiteit in nationaliteit is klein te noemen: slechts 5,9% van de jeugdigen heeft een niet-Nederlandse nationaliteit. Hierbij gaat het echter alleen om nationaliteit van de jeugdige, over de nationaliteit van de ouders is geen informatie verkregen. Op basis van de informatie uit de dossiers kan dus geen uitspraak worden gedaan over de etnische diversiteit.

Registratie afsluiting en reden van beëindiging

De definitie van succesvolle afsluiting zoals gehanteerd door de zorgaanbieders sluit grotendeels aan bij landelijke interpretaties (zie onder andere Van Yperen, 2012): van succesvolle afsluiting is sprake als voldaan wordt aan de eis van overeenstemming tussen de partners én de doelen zijn bereikt óf er sprake is van een doorverwijzing naar een andere (meer passende) hulpvorm. In zeer grote mate voldoet de registratie van de zorgaanbieders aan deze interpretatie, met uitzondering van een paar dossiers. De registratie is bij deze uitzonderingen niet persé in het voordeel van de zorgaanbieders. In dit kader vallen twee als niet succesvol beoordeelde dossiers, waarbij de doelen wel zijn gerealiseerd en hier ook overeenstemming over bestaat, en een dossier waarbij sprake is van overeenstemming over doorverwijzing.

Opvallend hoog (N = 19) is het aantal trajecten dat eenzijdig door de cliënten wordt beëindigd. Dit roept de vraag op hoe dat komt en vooral hoe dat te voorkomen is. Het gaat hier uitdrukkelijk niet om trajecten waarbij een andere hulpvorm (LVB of GGZ) meer passend wordt geacht en wordt doorverwezen. Slechts in enkele dossiers is hier meer informatie over te vinden, zoals in de case waarbij ouders het vertrouwen in hulpverlening verloren nadat informatie was uitgewisseld tussen AMK, BzO en de zorgaanbieder. In een ander geval is verhuizing van het gezin naar een ander deel van het land de reden van eenzijdige beëindiging, uit het dossier is niet op te maken dat deze cliënt is doorverwezen. In de meeste gevallen is echter niet achterhaald wat de reden was van eenzijdige beëindiging. In zes gevallen waarbij het traject eenzijdig door het cliëntsysteem is beëindigd heeft geen eindgesprek plaats gevonden, bijvoorbeeld omdat de cliënt geen contact meer wilde. De vraag wat de reden is van eenzijdige beëindiging blijft in de meeste gevallen onbeantwoord. Gaat het om een gebrek in aansluiting tussen hulpverleners en cliënten, onmogelijke samenwerking, ernstige handelingsverlegenheid van de hulpverleners of om overmacht (bijvoorbeeld een verhuizing van de ouders)? Een interessant punt om verder te onderzoeken, maar het valt buiten de scope van dit onderzoek.

Ook de registratie bij afsluiting van trajecten die eenzijdig door de cliënt worden beëindigd roept vragen op. Deze trajecten worden in sommige gevallen geregistreerd als succesvol en in sommige gevallen als onbeslist. Het merendeel wordt geregistreerd als niet-succesvol. Een verklaring voor deze verschillende beoordelingen bij dezelfde reden van beëindiging wordt in de dossieranalyse niet gevonden. De vraag blijft dus hoe in deze gevallen is omgegaan met beoordeling en registratie van succes.

Deze resultaten uit de dossieranalyse komen overeen met bevindingen bij de focusgroepen, waaruit naar voren kwam dat er zich onduidelijkheden voordoen bij het beoordelen van succes. Bij sommige medewerkers is onduidelijk wat precies de criteria zijn voor overeenstemming.

Herhaald beroep

Allereerst moet opgemerkt worden dat om praktische redenen voor de dossieranalyse een andere definitie is gehanteerd van herhaald beroep dan gangbaar is. In dit onderzoek is gekeken naar een herhaald beroep op jeugdzorg in hetzelfde kalenderjaar. Trajecten die aan het begin van 2012 zijn afgesloten en waarbij de cliënt aan het einde van 2012 opnieuw een beroep heeft gedaan op jeugdzorg zijn dus gelabeld als 'herhaald beroep', ook wanneer er langer dan zes maanden tussen afsluiting van het eerste en start van het tweede traject was verstreken. Daarnaast kunnen er trajecten in onze steekproef zijn waarbij in een ander kalenderjaar (2011 of eerder, of 2013) een eerder of juist later beroep is gedaan op jeugdzorg door dezelfde cliënt. Deze trajecten zijn in dit onderzoek niet gelabeld als 'herhaald beroep'.

Opvallend is dat in een aantal gevallen al bij afsluiting van het eerste traject intern wordt doorverwezen. Voor deze nieuwe module wordt dan een nieuw traject opgestart. Dit komt overeen met bevindingen uit de focusgroepen, dat er verschillend wordt omgegaan met afsluiten of continueren van trajecten wanneer doelen worden bijgesteld. Soms worden nieuwe doelen of bijgestelde doelen meegenomen in het lopende traject, soms wordt ervoor gekozen om bij nieuwe doelen het lopende traject af te sluiten als succesvol en een nieuw traject te starten met de nieuwe doelen.

Factoren die samenhangen met succesvolle hulp

Van enkele factoren die in de focusgroepen genoemd zijn als samenhangend met niet-succesvolle hulp is gebleken dat hierover geen informatie in het dossier was te vinden. De volgende factoren zijn daarom niet in de dossieranalyse meegenomen:

Bemoeilijkte communicatie tussen hulpverlenende instanties onderling

Niet passend of aansluitend formuleren van doelen

Te licht inzetten van zorg, door overmacht (lange wachtlijsten of ontbreken van zwaardere hulp) of door visie (altijd zo licht mogelijk inzetten)

Uitbesteden van zorg aan onderaannemers

Tekort aan vaardigheden van jeugdzorgwerkers

Organisatiefactoren, zoals: teamfactoren, een gebrekkige aansluiting tussen elkaar opvolgende modules in één traject, onrust in de organisatie of continuïteit van de hulpverlening

Negatief imago van de jeugdzorg

Het lijkt aannemelijk dat deze factoren de kwaliteit van de hulpverlening wel beïnvloeden (zie ook Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2012; De Baat & Bartelink, 2012). Bovendien gaat het hier voornamelijk om factoren die door de zorgaanbieder zijn te beïnvloeden en dus (deels) vermijdbaar zijn. Om hiervoor empirisch bewijs te vinden is echter diepgaander onderzoek nodig met andere methodes dan dossieranalyse. Het is aan te bevelen om deze factoren in een vervolgonderzoek nader uit te diepen.

Overige beperkingen van het onderzoek

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat met de dossieranalyse en focusgroepen alleen vanuit het perspectief van de hulpverleners is onderzocht. Cliënten zijn niet betrokken bij dit onderzoek. Met name bij trajecten die niet-succesvol zijn afgesloten kan het cliëntperspectief een waardevolle aanvulling zijn als het gaat om factoren die samenhangen met het niet-succesvol afsluiten en de vermijdbaarheid hiervan.

Een andere beperking is dat trajecten waarvan het traject is uitgevoerd door een onderaannemer en het dossier niet in het bezit is van de hoofdaannemer niet zijn meegenomen in de analyse. Het gaat hierbij overigens om een klein aantal dossiers (<5) die uit de steekproef zijn gehaald.

Vanuit de focusgroepen kwam naar voren dat het uitvoeren van een (deel van een) traject door een onderaannemer zorgt voor minder grip op het traject door de hoofdaannemer. Hierover kunnen op basis van de dossieranalyses geen conclusies worden getrokken, omdat het aantal dossiers waarbij een onderaannemer het traject heeft uitgevoerd ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef.

De opdeling van trajecten in een drietal deeltrajecten (spoedzorg, planbare zorg en langdurige gezinsvervangende zorg) lijkt handig, maar van de drie deeltrajecten is alleen spoedzorg een duidelijk te onderscheiden vorm ten opzichte van de andere twee. In dit onderzoek is residentiële hulp gerangschikt onder “planbare hulp” en is onder “langdurig gezinsvervangende hulp” verstaan traject van pleegzorg en gezinshuizen. De deeltrajecten “planbare zorg” en “langdurig gezinsvervangende zorg” zijn niet met zekerheid van elkaar te onderscheiden. Vooral de residentiële hulp, die voornamelijk als “planbare zorg” zal zijn ingezet kent waarschijnlijk ook elementen van “langdurig gezinsvervangende zorg”. Omgekeerd kunnen gezinshuizen ook ingezet zijn als “planbare zorg”.

Vermijdbaarheid

Mede door de hierboven genoemde beperkingen van dit onderzoek is het moeilijk om uitspraken te doen over vermijdbaarheid van niet-succesvolle cliënttrajecten door de zorgaanbieder. Vanuit de focusgroepen kwam naar voren dat voor de meeste factoren die de deelnemers benoemden als beïnvloedend op niet-succesvolle hulp geldt dat ze in redelijke mate door de hulpverleners zelf, soms door de organisatie beïnvloedbaar zijn. Dit geldt echter voor geen enkele factor voor 100%. Ook wanneer vanuit de zorgaanbieder al het mogelijke zou worden ingezet om niet-succesvolle beëindiging van hulp te vermijden, blijven er cliëntsystemen waarbij de problematiek zo weerbarstig is dat niet-succesvolle beëindiging van de hulp onvermijdelijk lijkt. Wel biedt dit onderzoek aanknopingspunten voor zorgaanbieders om de kwaliteit van de geboden hulp verder te verbeteren. Zorgaanbieders kunnen mogelijk nog meer dan nu het geval is investeren in de betrokkenheid van de ouders, in de mate en kwaliteit van contact tussen jeugdigen en ouders en in de relatie van de hulpverleners met de jeugdigen en diens ouders om het aantal succesvolle trajecten verder te vergroten.

6. Literatuur

- Baecke, J.A.H. (2013) Sturing jeugdzorg Overijssel: evaluatie 2012. Zwolle: Hogeschool Windesheim
- De Baat, M. & Bartelink, C. (2012). Wat werkt in de pleegzorg? Utrecht: NJI.
- Boendermaker, L., van Rooijen, K. & Berg, T. (2012). Residentiële jeugdzorg: wat werkt? Utrecht: NJI.
- Geurts, E.M.W. (2010). Ouders betrokken in de residentiële jeugdzorg. Antwerpen – Apeldoorn: Garant.
- Grooters, G., De Swart, J.J.W., Lohuis – Heesink, R. & Moonen, X. (2013). Eind goed, al goed? Voortijdige beëindiging van residentiële hulp aan jeugdigen met een licht verstandelijke beperking: omvang en samenhangende factoren. *Onderzoek en Praktijk*, 11 (1), 6-16.
- Harder, A.T.; Knorth, E.J. & Zandberg, T. (2006). Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten. Amsterdam: SWP.
- Harder, A.T. (2011). The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Provincie Overijssel. (2012). Nieuwe bezems sturings- en subsidiekader Overijssel 2012. Zwolle: Provincie Overijssel.
- Van Rooijen, K. (2012). Wat werkt in de daghulp? Utrecht: NJI.
- Van Yperen, T. (2012). Verbetering telt. Werken met prestatie-indicatoren in de zorg voor jeugd. Utrecht: NJI.

Bijlage 1 : Checklist afsluiten cliënttraject (CAC)

Werkwijze

Deelnemers aan de focusgroep vullen vooraf de checklist in en sturen deze uiterlijk 1 dag voor de bijeenkomst (via de contactpersoon van hun instelling of rechtstreeks) naar onderzoeker Marianne Welmers,. **TIP bij het invullen:** gebruik de delete of backspace knop om de cijfers te deleten die *niet* van toepassing zijn, alleen het cijfer dat van toepassing is blijft dan zichtbaar.

	Nooit	Soms	Meestal	Altijd
<i>A. Het formuleren van de doelen bij aanvang van cliënttraject</i>				
1. De doelen zijn gebaseerd op het familieplan (wensen en behoeften van cliënten)	1	2	3	4
2. De doelen zijn meetbaar geformuleerd	1	2	3	4
3. De doelen geformuleerde doelen zijn haalbaar	1	2	3	4
4. De hulp wordt gepland op basis van de geformuleerde doelen	1	2	3	4
<i>B. Afspraken over het vaststellen van succes</i>				
1. Vooraf zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop aan het einde van de hulp het succes wordt beoordeeld	1	2	3	4
2. Deze afspraken zijn vastgelegd	1	2	3	4
3. Vooraf zijn afspraken gemaakt over de in te zetten instrumenten om aan het eind te beoordelen over het succes van de hulp	1	2	3	4
4. Deze afspraken zijn vastgelegd	1	2	3	4
5. Er wordt gebruik gemaakt van de volgende instrumenten	1	2	3	4
a) STEP	1	2	3	4
b) CBCL	1	2	3	4
c) SDQ	1	2	3	4
d) Empowermentvragenlijst	1	2	3	4
e) VGNO	1	2	3	4
f) OSR/SRS				
g) Exit-vragenlijst				
<i>C. Besluiten over succesvolle beëindiging</i>				
1. De mening van de cliënt is leidend bij het besluit over succes van het traject	1	2	3	4
2. Het gesprek met de cliënt, BJzO en de aanbieder is leidend bij het besluit over het succes van de hulp	1	2	3	4
3. De uitkomsten van instrumenten zijn leidend bij het besluit over het succes van de hulp	1	2	3	4
4. Er doen zich onduidelijkheden voor bij het vaststellen van het besluit	1	2	3	4

	<i>Nooit</i>	<i>Soms</i>	<i>Meestal</i>	<i>Altijd</i>
5. Hier wordt een oplossing voor gevonden	1	2	3	4
6. Bij gebrek aan overeenstemming over succes wordt een derde partij ingeschakeld (<i>Indien 'nooit', ga door naar deel D</i>)	1	2	3	4
7. Deze derde partij is een onafhankelijke partij	1	2	3	4
8. Het besluit van deze derde partij is leidend in het besluit over succesvol of niet-succesvol beëindigen	1	2	3	4
<i>D. Herhaald beroep</i>				
1. Opnieuw worden doelen geformuleerd door de familiekring	1	2	3	4
2. Hierbij gaat het om dezelfde doelen als bij het voorliggende traject	1	2	3	4
3. Hierbij gaat het om nieuwe doelen als bij het voorliggende traject	1	2	3	4
4. Herhaald beroep is nodig omdat het voorliggende traject onvoldoende succesvol was	1	2	3	4
5. Bij herhaald beroep gaat het om een nieuw probleem dat losstaat van het voorliggende traject	1	2	3	4
<i>E. Invoering trajectfinanciering</i>				
Na de invoering van trajectfinanciering zijn er veranderingen voor				
1. Kiezen voor andere vormen van hulp	1	2	3	4
2. De wijzen van het formuleren van doelen	1	2	3	4
3. Afstemming op wensen en behoeften van cliënten	1	2	3	4
4. Sneller afsluiten van trajecten	1	2	3	4
5. Het gebruik van instrumenten om resultaten te meten	1	2	3	4
6. Overige veranderingen (vul in):				
.....	1	2	3	4
.....	1	2	3	4
.....	1	2	3	4
.....	1	2	3	4

Overige opmerkingen:

Hartelijk dank voor het invullen van deze checklist!

Stuur de checklist uiterlijk 1 dag voor de focusgroepbijeenkomst op naar de contactpersoon van uw instelling of rechtstreeks naar Marianne Welmers.

Bijlage 2 Checklist dossieranalyse onderzoek Vermijdbaarheid

Dossiercode:

(1^e letter zorgaanbieder + dossiernummer, bijv. T25306 of P12007)

Naam analist:

Demografische gegevens cliënt

	<i>Toelichting</i>	<i>Bron</i>	<i>Dossierinfo</i>
Leeftijd cliënt	Bij aanvang	Aanmeldformulier, digidossier	
Geslacht cliënt	1 = man, 2 = vrouw	Aanmeldformulier, digidossier	
Afkomst	1 = Nederlandse afkomst 2 = niet-Nederlandse, westerse afkomst 3 = niet-westerse afkomst, 0 = niet bekend	Aanmeldformulier, digitaal dossier	

Trajectgegevens

	<i>Toelichting</i>	<i>Bron</i>	<i>Dossierinfo</i>
Herhaald beroep	0=geen eerder traject of vervolgtraject in 2012 1= traject met vervolgtraject in 2012 2 = vervolgtraject	Steekproef-tabellen	
Registratie afsluiting	1=succesvol 2=niet-succesvol 3=onbeslist	Eindverslag, cliëntregistratie-tabellen	
Reden beëindiging	1 = Doelen behaald, beëindiging volgens plan 2 = Doelen niet behaald, doorverwijzing naar andere	Eindverslag	

	hulpvorm (overeenstemming hierover) 3 = Doelen niet behaald, zorgaanbieder beëindigt traject 4 = Doelen niet behaald, cliëntsysteem beëindigt traject 5 = Doelen niet behaald, BJZ beëindigt traject 6. Doelen niet behaald, geen vervolghulp, stoppen met overeenstemming tussen alle 3 de partijen		
Aanwezigen bij eindgesprek	1=cliënt(systeem) 2=zorgaanbieder 3=BJZ	Eindverslag	
Wordt cliënt doorverwezen?	0= nee 1 = ja	Eindverslag	
Indien ja, is er een verwijzingsplan aanwezig of staan er concrete verwijzingsafspraken in eindverslag vermeld?	0 = nee 1 = ja	Eindverslag, apart verwijzingsplan?	
Indien ja, waar wordt naar doorverwezen?	1 = zwaardere hulp 2 = lichtere hulp 3 = vergelijkbare intensiteit van hulp maar andere specialisatie: LVB 4 = vergelijkbare intensiteit van hulp maar andere specialisatie: GGZ 5 = vergelijkbare intensiteit van hulp maar andere specialisatie	Eindverslag, evt. verwijzingsplan?	

	overig		
Aanvullende info trajectafsluiting	Is er sprake geweest van gebrek aan overeenstemming over succesvol/niet-succesvol afsluiten, zoja, hoe is dit opgepakt? Overige opvallendheden?	Evaluatieverslagen, contactjournaals, eindverslag	

Herhaald beroep

(Indien er geen sprake van herhaald beroep dit stuk overslaan. 1^e traject herhaald beroep volledig dossier screenen. Vervolgtraject: alleen de start screenen voor onderstaande vragen TENZIJ er sprake is van een onbeslist of niet-succesvol afgesloten traject, dan ook 2^e traject volledig screenen op apart formulier. Hou de analyses dan bij elkaar!)

	Toelichting	Bron	Dossierinfo
Aantal maanden tussen afsluiting 1 ^e en start 2 ^e traject		Hulpverleningsplan, (trias en pactum: tabellen cliëntenstroom voor steekproef)	
Aantal geformuleerde doelen die overeenkomen met doelen in 1 ^e traject		Hulpverleningsplan beide trajecten	
Aantal geformuleerde doelen die om andere hulpvraag gaan dan in 1 ^e traject		Hulpverleningsplan beide trajecten	
Soort traject	1 = spoedhulp / crisisopvang, 2 = planbare zorg, 3 = langdurige gezinsvervangende hulp	Dossier 2 ^e traject	
Reden/aanleiding nieuwe aanvraag voor hulp volgens cliënt en BJZ	Open vraag, info noteren	Indicatiebesluit/ Hulpverleningsplan 2 traject	

Kindfactoren

	<i>Toelichting</i>	<i>Bron</i>	<i>Dossierinfo</i>
IQ	Totaal IQ (of indien geen totaal IQ: verbaal IQ en per formaal IQ apart noteren)	Indicatiebesluit BJZ, PO	
Gedragsstoornis/ Psychiatrische problematiek bij aanvang	ADHD, ODD, ASS, hechtingsstoornis, depressie, persoonlijkheidsstoornis, enz.	Indicatiebesluit BJZ, hulpverleningsplan, PO van vóór start opname	
Gedragsstoornis/ Psychiatrische problematiek vastgesteld gedurende het traject	ADHD, ODD, ASS, hechtingsstoornis, depressie, persoonlijkheidsstoornis, enz.	PO, evaluatieverslagen	
Problematisch middelengebruik	0 = nee, 1 = ja	HVP, evaluatieverslagen, eindverslag	
Indien problematisch middelengebruik: ondernomen acties om middelengebruik aan te pakken		Evaluatieverslagen, eindverslag	
Motivatie	1 = cliënt wil leren en is actief betrokken, 2 = wil leren, maar lukt niet om actief betrokken te zijn, 3 = cliënt wil niet leren, 0 = niet geregistreerd		
Indien 2 of 3 bij motivatie: welke aanvullende acties ondernomen om motivatie	Het is nog de vraag of dit duidelijk wordt uit dossier. Indien geen info hierover		

te stimuleren?	dit dan ook noteren.		
Wegloopgedrag gedurende traject	0 = nee, 1 = ja van korte duur (binnen een dag weer terug), 2 = ja van lange duur (langer dan 1 dag weg)	Evaluatieverslag, eindverslag	

Gezinsfactoren

	<i>Toelichting</i>	<i>Bron</i>	<i>Dossierinfo</i>
Gezinssamenstelling	1 = ouders samen, 2 = gescheiden/alleenstaand/samengesteld gezin		
Problematiek ouders,	0 = nee, 1 = ja 1. Schuldenproblematiek 2. Psychiatrische problematiek 3. Verslavings-problematiek 4. Overig, namelijk...	Indicatiebesluit BJZ, HVP, evaluatieverslagen	
Gezins/opvoedingsproblemen	0 = nee, 1 = problematisch Denk aan partnerrelatie-problematiek ouders, incest, mishandeling/ huiselijk geweld, onmacht in opvoeding	Indicatiebesluit BJZ, evaluatieverslagen, eindverslag	
Incidenten/ Veranderingen in gezin gedurende traject (dus nog geen sprake van bij aanvang traject)	Denk aan echtscheiding, overlijden van één van de gezinsleden of wegvallen belangrijke pilaar in netwerk	Evaluatieverslagen	
Betrokkenheid van ouder(s) bij hulpverlening	1 = Ouder(s) aanwezig bij voortgangsbesprekingen, ondertekenen HVP, contact met hulpverleners buiten voortgangsbesprekingen om; 2	Hulpverleningsplan, contactjournaals, evaluatieverslagen,	

	= Betrokkenheid, maar niet op alle genoemde manieren bij 1; 3 = Geen contact tussen ouders en hulpverlening; 4 = niet van toepassing (bij IOG/LOG)		
Contact tussen ouders en jeugdige gedurende traject	1 = Regelmatig en goed contact; 2 = Regelmatig contact, veel conflicten; 3 = Weinig maar goed contact; 4 = Weinig contact met veel conflicten; 5 = geen contact;	Evaluatieverslagen, eindverslag	
Conflicterende loyaliteiten	0 = nee, 1 = ouders staan niet achter zorg, 2=tussen beide ouders geen overeenstemming over zorg	Indicatiebesluit BJZ, evaluatieverslagen, eindverslag	

Hulpverleningsfactoren

	<i>Toelichting</i>	<i>Bron</i>	<i>Dossierinfo</i>
Hulpverleningskader	0 = geen, 1 = OTS, 2 = voogdijmaatregel, 3 = reclassering	Indicatiebesluit BJZ, eindverslag	
Hulpverlenings-geschiedenis	Aantal eerdere hulverleningstrajecten	Indicatiebesluit BJZ?	
Soort traject	1 = spoedhulp / crisisopvang, 2 = planbare zorg, 3 = langdurige gezinsvervangende hulp		
Duur van het traject	Aantal maanden	Eindverslag, digitaal dossier	
Behandelvormen binnen traject (meerdere antwoorden mogelijk)	(0 = nee, 1 = ja) 1. Dagbehandeling 2. Reguliere behandelgroep 3. Intensieve behandelgroep 4. Zelfstandigheidstraining	HVP, evaluatieverslagen, eindverslag	

	5. IOG/LOG 6. PPG 7. Pleegzorg 8. Externe module (bijv. therapie) 9. Overig, namelijk		
Module is 'second best': ontbreken van passende zorg, te lange wachtlijsten bij passende zorg	Kwalitatief noteren, wanneer genoemd wordt dat jongere wacht op passende zorg of eigenlijk ergens anders 'beter zou passen' maar daar geen plek is	Indicatiebesluit BJZ, HVP, evaluatieverslagen, eindverslag	
Doelen vanuit indicatie BJZ	Volledige doelen overnemen	Indicatiebesluit BJZ	
Geformuleerde doelen bij aanvang traject	Volledige doelen overnemen	HVP	
Overeenstemming hulpvraag, doel en behandeling	HVP getekend, 0 = nee, 1 = ja	HVP	
Behaalde doelen	Totaal score GAS: 2; 1; 0; -1 (noteer: hoeveel doelen met score 2, hoeveel met 1, 0 en -1)	Eindverslag	
Relatie hulpverlener met cliënt(systeem)	1 = hulpverlener/cliënt-systeem zitten op 1 lijn; 2 = wel eens verschil van mening; 3 = regelmatig verschil van mening; 4 = geen samenwerking mogelijk; 0 = geen info over bekend	Evaluatieverslag, eindverslag	
Ernstige incidenten/veranderingen in	0 = nee, 1 = ja Denk aan veranderingen	Evaluatieverslag, eindverslag	

hulpverlening	situatie pleeggezin met beëindiging plaatsing als gevolg, sluiten van behandelgroep, jeugdige is slachtoffer van fysiek of seksueel geweld door groepsgenoten of pleegouders. Bij twijfel: noteren		
---------------	--	--	--

Ruimte voor aanvullende opmerkingen:

Bijlage 3: Overzicht resultaten focusgroepen beïnvloedende factoren en vermijdbaarheid

Beïnvloedende factor	Toelichting	Ondersteuning vanuit literatuur-onderzoek ja/nee	Vermijdbaarheid volgens deelnemers focusgroep
1. Lastige communicatie en samenwerking met cliëntsysteem (kwaliteit van de relatie)	Als er geen goede samenwerkingsrelatie bestaat met het clientsysteem. Als er verstoringen zijn in deze samenwerking. Onderdeel van deze communicatie is o.a. het afstemmen van verwachtingen: het cliëntsysteem heeft soms niet realistische verwachtingen van de hulp, dit wordt niet altijd voldoende helder in de communicatie	Ja	Het verbeteren van de samenwerking en communicatie behoort tot de competenties van hulpverleners. Belangrijk is om de communicatie te blijven zoeken en het gezin bij de hulp te betrekken. Dit is zeker in grote mate beïnvloedbaar door hulpverleners. Dat geldt ook voor signaleren, wanneer de hulpverlener ziet dat het niet goed gaat is het zijn/haar verantwoordelijkheid om daar iets aan te doen. Mensen bij elkaar te brengen bijvoorbeeld. Ook kan goed gekeken worden naar de 'klik' tussen cliënt en hulpverlener, soms is het nodig om te veranderen van hulpverlener wanneer de samenwerking niet loopt. Hierbij is de zorgaanbieder deels wel afhankelijk van de andere communicerende partijen. Soms zet men alles in wat binnen de mogelijkheden ligt om de communicatie te verbeteren, maar lukt het toch niet. Er zit dus wel een grens aan de vermijdbaarheid.
2. Bemoeilijkte communicatie hulpverleners onderling	Als de samenwerking tussen verschillende hulpverleners niet goed verloopt (bv. tussen aanbieder en BJ).	Nee	Door blijvend de communicatie te zoeken met bijvoorbeeld BJ, kan de zorgaanbieder een moeizame communicatie grotendeels vermijden. Daarbij is het belangrijk om niet alleen op casusniveau te communiceren, maar ook op meta-niveau. Hier geldt verder hetzelfde voor als bij punt 1.
3. Beperkte motivatie cliëntsysteem	M.n. in relatie tot gedwongen kader, en leeftijd van de jongere (16+). De jongere is dan aangemeld door ouders, maar heeft zelf weinig motivatie.	Ja	Motiveren wordt gezien als een belangrijke taak van de hulpverlener, hierbij zijn doorvragen naar motivatie en motiverende gesprekstechnieken van belang. Van sommige zorgaanbieders geven de deelnemers aan dat

	Daar komt ook bij dat ouders er gewoon soms niet achter staan. Ook bij vrijwillige hulpverlening. Soms zijn ze onder druk gezet door andere hulpverleners doordat gedreigd werd met uithuisplaatsing of een Raadsonderzoek. Als dat de enige motivatie is om een traject aan te gaan, dan wordt het moeilijk om doelen overeen te komen. De intrinsieke motivatie ontbreekt dan		hier binnen hun instelling nog best een slag te maken is in deskundigheidsbevordering. In andere instellingen is hier al veel aandacht aan besteed. In sommige gevallen blijft ondanks alle motiverende inzet van de hulpverlener de onderliggende dreiging nog steeds de belangrijkste of zelfs enige motivatie van het cliëntsysteem en wordt intrinsieke motivatie niet gevonden. Dit is niet altijd vermijdbaar.
4. Veranderende situatie in gezin	Ernstige incidenten in het gezin of veranderende omstandigheden door overlijden of echtscheiding, beïnvloeden de behandeling vaak in negatieve zin en zorgen er soms voor dat het perspectief waar naar toegewerkt werd (bijv. thuisplaatsing) niet meer haalbaar is. .	Nee	De incidenten zelf zijn meestal niet vermijdbaar. Het is wel de verantwoordelijkheid van de hulpverlener om goed met deze incidenten om te gaan en de hulp hierop aan te kunnen passen.
5. Complexe problematiek jongere	Jeugdigen met complexe problematiek zijn kwetsbaarder, je werkt aan doelen op veel verschillende fronten. Op al die verschillende fronten kan iets gebeuren waardoor de doelen toch niet meer haalbaar zijn. Dit heeft dan ook weer invloed op andere gebieden. Bovendien ligt de nadruk op zo kort en licht mogelijk, waardoor het moeilijk is om binnen een traject op allerlei gebieden aan grote doelen te werken. Er wordt een duidelijke doelgroepverzwaring gesignaleerd. Jeugdigen met problemen blijven langer bij voorliggende voorzieningen en komen pas bij provinciale jeugdzorg als er echt sprake	Ja	Wanneer een jongere al 'binnen' is bij provinciale jeugdzorg terwijl de aanbieder niet de expertise in huis heeft om te behandelen en het ook elders niet lukt om die te halen, dan zien de deelnemers dat op casusniveau niet vermijdbaar. Maar de zorgaanbieder kan wel invloed uitoefenen op het sturingskader van de jeugdzorg en op die manier zorgen voor verbetering.

	is van complexe problematiek en er in het voorliggende traject al zaken geëscaleerd zijn. Ook speelt de acceptatieplicht een belangrijke rol in de doelgroepverzwaring. Iedere jeugdige, ongeacht de complexiteit van de problematiek, worden aangenomen bij de provinciale jeugdzorgaanbieder. Onderaannemers hebben wel de mogelijkheid om te weigeren.		
6. Complexe problematiek ouders / gezin	Hierbij gaat het om problematiek als verslaving, psychiatrische problematiek, schuldenproblematiek en/of een licht verstandelijke beperking. Deze problematiek kan bij aanvang helder zijn, maar kan ook pas in de loop van traject naar boven komen. Provinciale jeugdzorg heeft hiervoor zelf vaak niet de expertise in huis. Verder gaat het om onderliggende problematiek die verborgen wordt gehouden, zoals seksueel misbruik, mishandeling of andere systeemproblematiek. Deelnemers aan de focusgroep van BJZ signaleren een toenemende aandacht voor individuele diagnose van het kind en behandeling en daardoor soms te weinig aandacht voor systeemproblematiek. Tot slot is beperkte draaglast in het gezin als gevolg van complexe problematiek genoemd, dit bemoeilijkt afronding van het traject omdat het gezin het moeilijk weer	Ja	Bij problematiek als verslaving of psychiatrische problematiek is het belangrijk om samen te werken met ketenpartners die hiervoor wel de expertise in huis hebben. Hiervoor zijn ouders niet altijd gemotiveerd. En als ouders zelf geen hulpvraag hebben, worden ze niet geholpen door verslavingszorg. Op de motivatie voor dergelijke behandeling kun je volgens sommige deelnemers wel enige invloed uitoefenen, maar je hebt het niet volledig in de hand (zie ook vermijdbaarheid bij punt 3) Wat betreft de problematiek die in het begin nog niet helder is, dit is in zoverre vermijdbaar door de zorgaanbieder dat het vraagt om gedegen en brede diagnostiek bij de voordeur en goed kunnen doorvragen en signaleren door de hulpverlener gaandeweg het traject. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van signaleringsmethodes zoals Signs of Safety. Wanneer bepaalde problematiek bewust verborgen wordt gehouden, kan de werker confronterende technieken toepassen. Voor een deel blijft een zorgaanbieder hierin wel afhankelijk van wat de cliënt hiermee doet. Verder is in sommige systemen de problematiek echt heel goed

	zelf op kan pakken.		verborgen. Wanneer de hulpverlener daardoor geen vermoedens heeft, zal hij/zij ook geen gebruik maken van signaleringsmiddelen.
7. Leeftijd jongere	Deze is in enkele focusgroepen genoemd: hoe ouder de jongere, hoe lastiger het soms is om de jongere te motiveren. Niet in elke focusgroep wordt deze factor herkend als beïnvloedend.	Ja	De leeftijd zelf is niet vermijdbaar. Hoe hiermee omgegaan wordt, wordt grotendeels wel gezien als beïnvloedbaar: hoe stem je af op de leeftijd van de jongere en hoe motiveer je pubers. Zie hiervoor ook toelichting op vermijdbaarheid bij punt 3. De deelnemers van de focusgroep waar deze factor niet herkend werd, geven aan dat binnen hun instelling voldoende passende hulpvormen zijn om goed aan te sluiten op de leeftijd van de jeugdige. Dit impliceert vermijdbaarheid.
8. Niet passend of aansluitend formuleren van doelen	Als de doelen te groot worden geformuleerd, is de kans kleiner dat ze behaald worden. Als de doelen teveel in de taal van de hulpverlener worden geformuleerd en niet als eigen voelen voor de cliënt, is de kans van slagen ook kleiner. Doelen kunnen ook te klein en concreet worden geformuleerd, waardoor met het werken aan de doelen alleen aan symptoombestrijding wordt gedaan en het daadwerkelijke onderliggende probleem niet wordt aangepakt.	Nee	Dit wordt gezien als vermijdbaar, dit vraagt om deskundigheidsbevordering van medewerkers op dit gebied. Bij de ene zorgaanbieder is hier meer aandacht voor dan bij de andere.
9. Te lange wachtlijsten of ontbreken van passende zorg	Er is een afname merkbaar van beschikbare plekken voor 24-uurs zorg, met name voor long stay. Voor specifieke problematiek is het ook moeilijk om een passende plek te vinden, zoals voor tienermoeders.	Ja	Op casusniveau wordt dit niet als vermijdbaar gezien. Op beleidsniveau vraagt dit kritisch kijken naar de vraag en het beschikbare aanbod en ontwikkelen van nieuwe of uitbreiden van bestaande modules wanneer hier vraag naar is.
10. Uitbesteden van zorg aan onderaannemers	De hoofdaannemers ervaren weinig grip op wat er gebeurt met betrekking tot doelrealisatie wanneer zorg wordt uitbesteed aan onderaannemers. Soms	Nee	Deelnemers geven aan dat dit in theorie vermijdbaar zou moeten zijn door af te stemmen en beter samen te werken. In praktijk ervaren zij dat dit niet zo is, omdat de individuele werkers op de werkvloer het toch vaak op

	wordt er vanuit een hele andere visie gewerkt.		hun eigen manier doen.
11. Te licht inzetten van zorg	Beleid en visie binnen de jeugdzorg zorgen ervoor dat er zo licht mogelijk wordt ingezet. Het 'zo zwaar als nodig' is moeilijk te realiseren, o.a. door te weinig aanbod op het gebied van zwaardere zorg. Bovendien kan die zwaardere zorg vaak pas gerealiseerd worden als er sprake is van vergaande escalatie of onveiligheid. Een dreiging hiervan is meestal onvoldoende en wordt niet als geldige indicatie beschouwd. Hierdoor krijgen jongeren met complexe en/of zware problematiek niet de zorg die zij nodig hebben. .	Ja	Dit is deels vermijdbaar door als zorgaanbieder goed te kijken naar wat écht nodig is. Deels ervaren deelnemers hierin ook overmacht door het beperkte aanbod van zwaardere zorg. Zie hiervoor ook de toelichting op vermijdbaarheid bij punt 9.
12. Tekort aan vaardigheden van jeugdzorgwerkers	Bijvoorbeeld: - Om met concrete doelen te werken (zie ook punt 8) - Om niet alleen oplossingsgericht te werken, maar ouders en jongeren ook te kunnen confronteren met wat niet goed gaat (zie ook punt 5) - Om methodisch te werken i.p.v. op basis van eigen normen en waarden - Omgaan met zwaardere problematiek (doelgroepverzwaring) bijv. in pleegzorg, als gevolg van ambulantisering (zie ook punt 3 en 5)	Ja	Door middel van deskundigheidsbevordering is dit zeker beïnvloedbaar, maar dit kost wel tijd
13. Teamfactoren	Medewerkers van BJZ ervaren een verschil in vaardigheden van individuele werkers per team/module, net name wat betreft het kunnen en durven confronteren en het oog hebben voor onderliggende	Nee	Op de vermijdbaarheid van deze factor is onvoldoende ingegaan tijdens de focusgroep

	problematiek. Als mogelijke verklaring noemen zij de aansturing door de gedragswetenschapper en het veelvuldig werken in een team (residentieel of semi-residentieel) of meer individueel (ambulant)		
14. Middelengebruik	Bij middelengebruik wordt doorverwezen naar Tactus, maar die start alleen behandeling en begeleiding als de jongere zelf een hulpvraag formuleert en gemotiveerd is om daarmee aan de slag te gaan. Als een jongere zelf het probleem niet ziet, kunnen zij niet bij Tactus terecht, maar kan de behandeling wel stagneren.		Goede samenwerking tussen zorgaanbieder en verslavingszorg is hierin belangrijk. Deelnemers geven aan dat die er ook al is. Met name beperkte motivatie voor behandeling bij verslavingszorg spelen een belemmerende rol. Zie voor toelichting op vermijdbaarheid hiervan ook punt 3.
15. Loyaliteitsconflicten (bijv. bij echtscheiding of pleegzorg)	Het gaat hierom conflicterende loyaliteit van het kind naar beide ouders wanneer zij tegengestelde belangen hebben (bijv. tijdens of na echtscheiding) of bij pleegzorg om loyaliteit van het kind naar biologische ouders wanneer zij niet achter de pleegzorgplaatsing staan.	Nee	De loyaliteitsconflicten zijn niet te vermijden, een kind blijft altijd loyaal aan (beide) biologische ouders. Of een werker hier goed mee omgaat, is wel beïnvloedbaar, medewerkers kunnen getraind worden in meerzijdige partijdigheid.
16. Geen overeenstemming in gezin	Het komt voor dat een ouder om hulp vraagt in een crisissituatie. Wanneer de hulp dan daadwerkelijk start in het gezin en de situatie iets rustiger is, blijkt dat andere gezinsleden (bijv. partner) geen hulp willen.	Nee	Dit is grotendeels beïnvloedbaar door al direct bij de start af te stemmen met alle relevante personen en goed door te vragen bij alle aanwezigen. Soms blijft een gezinslid dan toch ja zeggen en het eigenlijk niet willen.
17. Gebrekkige aansluiting tussen verschillende modules in traject	Soms is de overgang van de ene module naar de andere module te groot voor een jongere. Bijvoorbeeld van een behandelgroep naar zelfstandigheidstraining, of van ambulante hulp in het gezin naar	Nee	Dit is vermijdbaar door al eerder vanuit de ene module de samenwerking te zoeken met de vervolgmodule. Wanneer die andere module bij een andere aannemer of sector is, wordt de vermijdbaarheid als minder ervaren dan wanneer deze module bij dezelfde aanbieder plaatsvindt, zeker op casusniveau. Zie ook toelichting

	zelfstandigheidstraining. Hierin speelt ook een rol dat hoe er 'op papier' wordt gewerkt binnen een bepaalde module, niet altijd matcht met de werkelijkheid, waardoor een jongere onvoldoende voorbereid is op de volgende module.		vermijdbaarheid bij punt 2 (communicatie hulpverleners onderling)
18. Hulpverlenings-geschiedenis	In gezinnen waar al een lange geschiedenis van hulpverlening achter de rug is, is vaker sprake van belemmerende weerstand richting 'weer een hulpverlener'.	Ja	De hulpverlener moet zich bewust zijn van de hulpverleningsgeschiedenis en de invloed hiervan op de houding van de cliënt t.o.v. de huidige hulpverlener. Het betreft in de praktijk wel erg moeilijke situaties. Het is weerbarstig om dat goed te beïnvloeden.
19. Incidenten/ problematiek op behandelgroep of in pleeggezin	Slachtoffer of getuige zijn van agressie door groepsgenoten of getuige zijn van wegløopincidenten kan zeer belemmerend werken voor jongeren. In pleegzorg komt het ook voor dat pleegouders de plaatsing stop zetten omdat een veranderende situatie in hun welzijn en gezin maakt dat ze de plaatsing niet meer aankunnen. Ook in pleeggezinnen, en met name netwerkpleeggezinnen, kan sprake zijn van problematiek die bij aanvang van de plaatsing niet helder was maar gaandeweg pas op tafel komt. Deze problematiek is wel een grote risicofactor.	Nee	Wat betreft vermijdbaarheid van verborgen problematiek in pleeggezinnen zie de toelichting op vermijdbaarheid bij punt 6 (complexe problematiek gezinnen). Incidenten op behandelgroepen zijn deels vermijdbaar door de zorgaanbieder, maar zijn deels ook inherent aan de complexe problematiek van jongeren op behandelgroepen.
20. Negatief imago jeugdzorg	Het komt voor dat ouders aangeven hun kind niet 'bij jeugdzorg' te willen hebben, vanwege het negatieve imago. Het negatieve imago kan zorgen voor weerstand en beperkte motivatie bij ouders.	Nee	Hier kan de zorgaanbieder invloed op uitoefenen door te zorgen voor goede PR en de positieve verhalen naar buiten te brengen. Tegelijkertijd wordt er in de pers bijna alleen aandacht besteed aan misstanden in de jeugdzorg, een enkele misser wordt dan al gauw breed uitgemeten. Hier kan de zorgaanbieder geen invloed op uitoefenen.
21. Culturele diversiteit	Hierbij gaat het om culturele diversiteit in etnische achtergrond, maar ook	Ja	Een werker moet de vaardigheden bezitten om met een taalbarrière of andere normen en waarden om te gaan.

	bijvoorbeeld in verschil tussen stad/platteland of hoger/lager opgeleid.		Hier kan in getraind worden. Tegelijkertijd vragen enkele deelnemers zich ook af wat de haalbaarheid is van weten in elke voorkomende cultuur wat wel en niet geaccepteerd wordt. Verder kan de zorgaanbieder letten op aannamebeleid en werkers aantrekken met een andere culturele achtergrond.
22. Hulpverleningskader	Cliënten in een gedwongen kader hebben vaak minder intrinsieke motivatie voor hulp.	Ja	Het hulpverleningskader zelf is niet vermijdbaar door de zorgaanbieder, hoe er wordt gewerkt met cliënten vanuit een gedwongen kader is wel beïnvloedbaar. Het gaat dan met name om motiverende technieken. Zie voor verder toelichting de toelichting op vermijdbaarheid bij punt 3.
23. Duur van de zorg	Zie ook punt 11, te licht inzetten van zorg. Daarnaast herkennen deelnemers aan de focusgroep dat te lang in zorg zijn (m.n. in 24-uurs zorg) een risico-factor is.	Ja	Zie toelichting bij punt 11. Te lang in zorg zijn kan de zorgaanbieder vermijden door kritisch te kijken naar welke duur nodig is en hier ook tijdig en duidelijk over te communiceren.
24. Wegloopgedrag	Deelnemers in de focusgroep noemden dit in eerste instantie niet uit zichzelf. Toen de factor genoemd werd vanuit het literatuuronderzoek werd deze wel herkend, maar de deelnemers zagen dit meer als signaal van beperkte motivatie (punt 3), als onderdeel van complexe problematiek (punt 5) of als signaal van een slecht pedagogisch klimaat.	Ja	Zie ook toelichting op vermijdbaarheid bij punt 3 en 5 (deels vermijdbaar). Wanneer wegloopgedrag een signaal is van een slecht pedagogisch klimaat, zien deelnemers dit als vermijdbaar.
25. Te weinig betrokkenheid van ouders bij de zorg	Deelnemers herkennen betrokkenheid van ouders bij de zorg als zeer belangrijke factor voor succesvolle hulp. Tegelijkertijd wordt bij één focusgroep aangegeven dat hier al zoveel in verbeterd is binnen de instelling, dat het amper meer voorkomt dat ouders niet betrokken zijn en worden.	Ja	Dit wordt gezien als grotendeels vermijdbaar door de zorgaanbieder. Door te zorgen voor een goede relatie met ouders, door te benadrukken dat ouders verantwoordelijk zijn en blijven voor hun kind en door ouders actief te betrekken kunnen ouders meer betrokken raken. Tegelijkertijd blijven er ouders bij wie de draagkracht zo beperkt is, dat zij ondanks alle inzet van hulpverleners te

			weinig betrokken blijven.
26. Mate van contact tussen jeugdige en ouders	Dit geldt met name bij 24-uurszorg (waaronder pleegzorg): te weinig contact met ouders wordt in de meeste cases als risicofactor ervaren. Tegelijkertijd zijn er ook cases waarbij vanwege veiligheid contact tussen ouders en jeugdige juist niet wenselijk is.	Ja	Dit is voor een heel groot deel vermijdbaar door de zorgaanbieder door ouders en jongere te sturen en begeleiden op zowel kwantiteit als kwaliteit van het contact: wat is goed voor de jongere en afstemmen van wensen. Bij de ene zorgaanbieder is het contact tussen jeugdige en ouders al veel meer onderdeel van het pedagogisch klimaat dan bij de andere, bij sommige aanbieders kan hier nog een verbeteringsslag in gemaakt worden geven de deelnemers aan.
27. Geslacht van de jeugdige	Dit wordt in slechts een enkele gevallen herkend als een beïnvloedende factor, hierbij wordt aangegeven dat dit vooral ook te maken heeft het beperkte aanbod van mannelijke jeugdzorgwerkers, waardoor de hulp soms onvoldoende aansluit voor jongens.	Ja	Dit wordt in zoverre als vermijdbaar ervaren dat zorgaanbieders bewust mannelijke werkers kunnen werven. Tegelijkertijd zijn er nu eenmaal veel minder mannelijke dan vrouwelijke jeugdzorgwerkers.
28. Continuïteit van de hulpverlening	Hoe meer verschillende hulpverleners, hoe lastiger het voor de cliënt is.	Ja	Continuïteit van de hulpverlening wordt gezien als grotendeels beïnvloedbaar door de hulpverlening door in te zetten op 1 vaste contactpersoon voor het gezin. Vervanging voor ziekteverzuim is deels niet vermijdbaar en deels wel, door goed personeelsbeleid te voeren. Vervanging als gevolg van zwangerschap is niet vermijdbaar. Wel is het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om te zorgen voor goede overdracht bij vervanging.
29. Onrust in organisatie	Veel interne onrust als gevolg van bezuinigingen en beleidswijzigingen zorgt voor minder focus op de cliënten.	Nee	Op de vermijdbaarheid hiervan is te weinig ingegaan tijdens de focusgroep.