

MET Z'N ALLEN AAN DE DIALOOGTAFEL



ANJA HOLWERDA, ALONA LABUN, LIESBET HEYSE EN MARIKE SERRA

Sinds januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de inrichting, organisatie en uitvoering van alle jeugdhulp. Daarbij maken de gemeenten verschillende keuzes. Maar het is onduidelijk of en hoe deze keuzes bijdragen aan de transformatiedoelen. Er zijn namelijk weinig *best practices* waarop gemeenten hun keuzes kunnen baseren. Dit maakt de transformatie jeugd een maatschappelijk experiment dat niet alleen kansen biedt om de jeugdhulp te verbeteren, maar ook risico's met zich meebrengt. Denk daarbij aan meer ongelijkheid in zorgverlening, onzekerheid, coördinatie- en afstemmingsproblemen of onvoldoende transparantie (o.a. Vrangbaek, 2007; Kinderombudsman, 2016).

Om deze knelpunten verder te onderzoeken en op te lossen, zijn twaalf Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd (AWTJ), ondersteund door ZonMw, aan de slag gegaan. Zij ondersteunen gemeenten, zorginstellingen, ouders en professionals bij de transitie en transformatie van de jeugdhulp door kennis bij elkaar te brengen en toe te passen en door samen nieuwe kennis en 'best practices' te ontwikkelen.

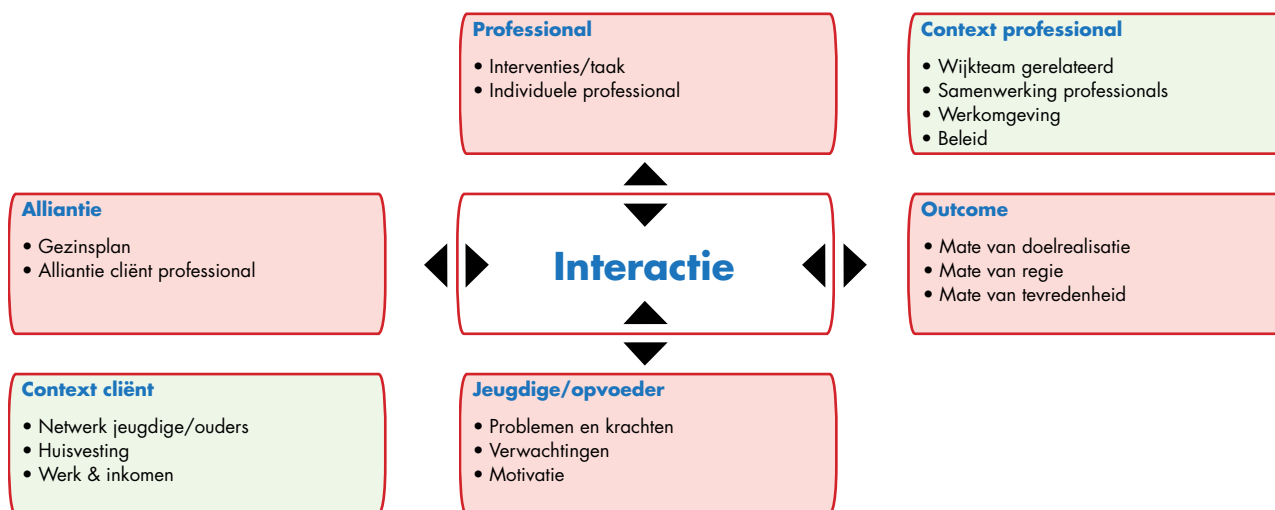
De AWTJ Friesland (AWTJF) ontwikkelt momenteel een methode waarmee jeugdigen en ouders, professionals en beleidsmakers met elkaar in gesprek gaan over lopende en afgeronde hulptrajecten. Dit gebeurt met behulp van 'dialogotafels', waarin de deelnemers

bespreken welke factoren bijdragen aan goede hulp en waar kansen voor verbetering liggen.

SAMEN AAN DE DIALOOGTAFEL

De transformatie van de jeugdzorg is in gang gezet, omdat het jeugdstelsel te duur en te versnipperd was. De hulpverlening was niet altijd van goede kwaliteit of sloot slecht aan bij de behoeften van cliënten. Ook werden jeugdigen relatief snel naar specialistische zorg doorverwezen, met als gevolg stijgende zorgkosten en medicalisering (Bosscher, 2014). Door de jeugdzorg te decentraliseren en te werken vanuit één gemeenschappelijk wettelijk kader (*de Jeugdwet*), moet het jeugd-stelsel eenvoudiger en effectiever worden. Bovendien maken ouders en jeugdigen zo meer gebruik van hun eigen kracht, is het idee.

De methodiek voor het houden van dialogotafels is gebaseerd op een bekende en goed werkende methodiek uit de somatische gezondheidszorg, de perinatale audit (www.perinataleaudit.nl). Perinatale audits maken gebruik van een systematische analysemethode om de kwaliteit en het proces van de zorgverlening te verbeteren. De professionals analyseren samen welke factoren hebben bijgedragen aan minder goede zorguitkomsten (Eskes e.a., 2012). Dergelijke audits leiden tot betere samenwerking tussen zorgverleners, input voor richtlijnontwikkeling, scholing en kwalitatief betere zorg. Het is een algemene methode, die is gebaseerd op



Figuur 1. Factoren die uitkomsten van hulp beïnvloeden.

het principe van *root-cause analysis* (Vincent, 2003). Het uitgangspunt is dat minder optimale zorguitkomsten zelden één oorzaak hebben, maar meestal meerdere oorzaken of combinaties daarvan.

Geïnspireerd op de methodiek en de principes van de perinatale audit, hebben we binnen de AWTJ Friesland een methode ontwikkeld om de ontvangen zorg op een systematische manier te evalueren. Dit gebeurt in een gezamenlijk gesprek tussen jeugdige en/of ouders en professionals die bij het hulptraject zijn betrokken. De ervaringen van de jeugdigen en hun ouders staan hierbij centraal. Zij zitten samen met de professionals aan tafel. Onder leiding van een onafhankelijke en getrainde voorzitter, bepalen ze eerst de uitkomsten van het hulptraject. Zijn de ouders en de jeugdige tevreden? Zijn hun doelen bereikt en kunnen ze op eigen kracht weer verder? Is er voldoende steun in het eigen netwerk als de moeilijkheden terugkomen? Vervolgens ‘onderzoeken’ de deelnemers met elkaar welke factoren in positieve of in negatieve zin hebben bijgedragen aan deze uitkomsten.

Factoren die de uitkomsten van het hulptraject hebben beïnvloed, kun je indelen op drie terreinen. In de eerste plaats is er de jeugdige en zijn gezin en de context waarin zij zich bevinden. Daarnaast is er de professional en de context waarin deze werkt. Ten derde speelt de alliantie of werkrelatie tussen de cliënt en de professional een rol. Figuur 1 geeft een overzicht

van de verschillende soorten factoren die een rol kunnen spelen.

Aan het eind van de dialoogtafel denken de deelnemers met elkaar na over concrete verbeteracties en goede oplossingen voor knelpunten, en spreken zij af hoe en door wie de verbeterpunten daadwerkelijk worden uitgevoerd.

Deze dialoogtafels worden gehouden in het kader van een onderzoek dat zo’n drie jaar duurt. De AWTJF wil

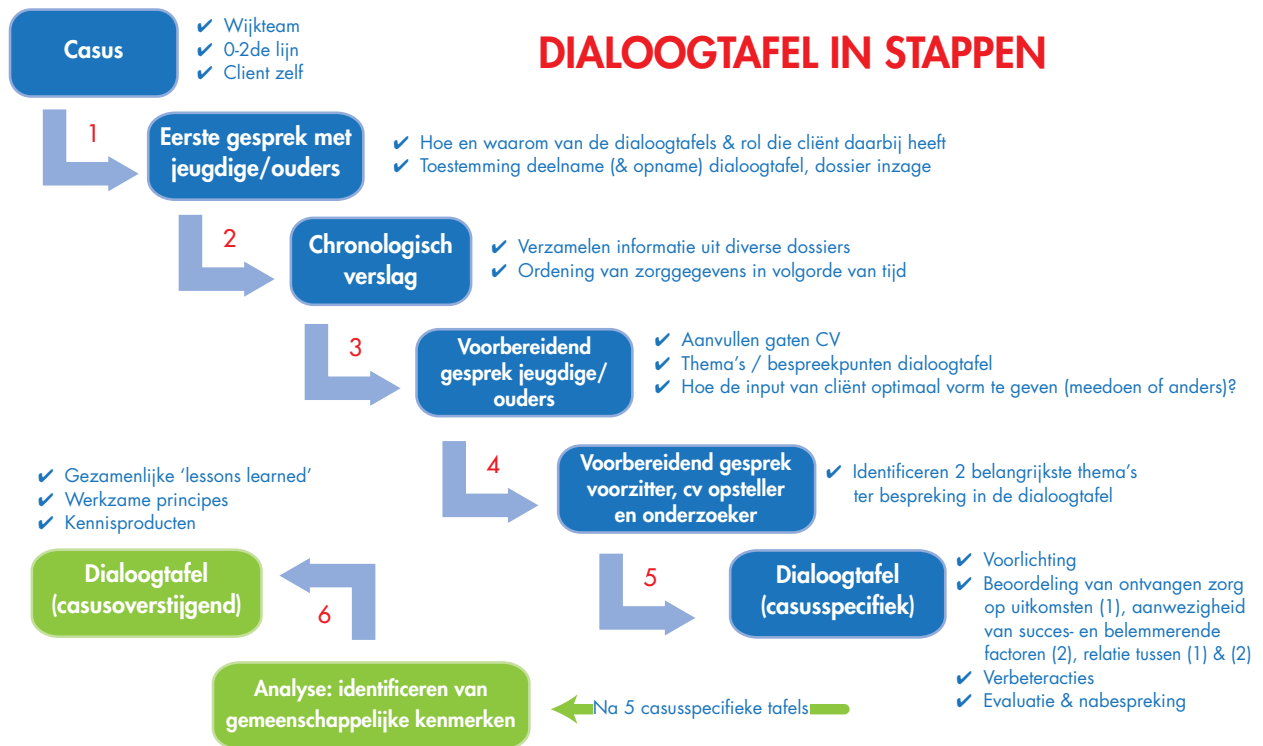
TRANSFORMATIE JEUGDHULP: EEN INTERESSANT ÉN RISKANT EXPERIMENT

daarmee bijdragen aan een cultuur in het jeugdveld waarin het vanzelfsprekend is om elkaars kennis, ervaring en deskundigheid te delen en te versterken. Het doel is dus een structurele leer- en verbetercyclus, die na afloop van het onderzoek gemeengoed is geworden en goed is ingebed in de jeugdhulp in Friesland.

VAN ‘TAFEL’ NAAR BELEID

De dialoogtafelmethodiek is bruikbaar op twee niveaus. In casusspecifieke dialoogtafels, zoals hiervoor beschreven, wordt telkens één hulptraject

Figuur 2. De dialoogtafelmethodiek in stappen.



geanalyseerd. Het kan zijn dat in deze dialoogtafels gemeenschappelijke kenmerken of factoren een rol spelen. Je kunt dan bijvoorbeeld denken aan overeenkomsten in de aard van de problematiek of in de factoren die bijdragen aan geslaagde en minder geslaagde zorgverlening.

Stel dat we bijvoorbeeld ontdekken dat bij de zorg aan gezinnen met multiproblematiek minder goede uitkomsten vaak te maken hebben met afstemming en samenwerking tussen de verschillende hulpverleners. In dat geval zou je in een casusoverstijgende dialoogtafel afspraken kunnen maken met professionals, beleidsmakers en financiers. Door voor deze gezinnen bijvoorbeeld een andere vorm van financieren te kiezen, zou je de samenwerking kunnen vergemakkelijken.

Dat betekent dat we na een aantal dialoogtafels op casusniveau, op casusoverstijgend niveau een analyse maken van de opgedane inzichten. Wat we van die analyse leren, vertalen we vervolgens naar aanpassingen in beleid, in interventies en concrete kennisproducten.

OPVOEDINGSNOOD

Alle casuïstiek komt in beginsel in aanmerking voor een analyse in een dialoogtafel, maar we denken dat we in eerste instantie het meest kunnen leren van casuïstiek waarbij sprake is van zogenaamde opvoedingsnood (zie ook Van Oijen et al., 2013). Opvoedingsnood is er in gezinnen met problemen op meerdere levensdomeinen. Bij deze gezinnen zijn vaak meerdere ketenpartners (van lokale teams tot specialistische instellingen) betrokken. Goede samenwerking en afstemming zijn voor deze gezinnen cruciaal voor succesvolle hulpverlening. De verwachting is dat deze

hulptrajecten veel mogelijkheden bieden om met en van elkaar te leren.

WIE ZITTEN ER AAN TAFEL?

De jeugdigen en/of zijn of haar ouders staan centraal bij een dialoogtafel. Het liefst zijn zij zelf aanwezig bij het gesprek. Mocht dat niet lukken, of als zij dat niet willen, dan kijken we samen met de jeugdige en/of ouders hoe hun input ingebracht kan worden in de dialoogtafel. Dat gebeurt in een voorbereidend gesprek. Voorafgaand wordt toestemming gevraagd voor deelname aan de dialoogtafel, vragen we of we informatie uit de dossiers mogen opvragen, en of de jeugdige en zijn ouders aan het onderzoek willen deelnemen.

AAN DE 'DIALOOGTAFEL' STAAN JONGEREN EN HUN OUDERS CENTRAAL

Er zijn ook nog andere deelnemers aan dialoogtafels, zowel op casus- als op collectief niveau. Denk daarbij aan professionals uit lokale (wijk)teams en/of gemeentelijke professionals, professionals uit specialistische instellingen op het gebied van zorg voor jeugd, school/kinderopvang, vrijwilligersorganisaties, huisartsen en anderen die bij het hulpverleningsproces zijn betrokken. Bij elke casus wordt samen met jeugdige/ouders gekeken wie worden uitgenodigd.

De dialoogtafel bestaat uit verschillende stappen, waarvan de eerste vijf zijn uitgewerkt in figuur 2. De dialoogtafel wordt altijd afgesloten door concrete verbeteracties te formuleren. Je kunt dan denken

aan afspraken om het informele sociale netwerk rond het gezin anders in te zetten. Of aan afspraken over samenwerking tussen de professionals. Na de dialoogtafel houdt de cliëntenvertegenwoordiger een individuele nabespreking met de cliënt. Ook worden de afgesproken verbeteracties ingezet en gemonitord.

OOG VOOR DE ANDERE KANT

De dialoogtafelmethodiek is inmiddels redelijk goed uitgewerkt en beschreven. Ouders en jongeren hebben daarvoor belangrijke input gegeven, bijvoorbeeld in diverse werksessies. In het najaar van 2016 is de eerste proeftafel geweest om de methodiek in de praktijk uit te proberen. De eerste reacties van de deelnemers over de dialoogtafel waren positief. Door naar elkaar te luisteren, hoorden de jongere en de hulpverleners echt de andere kant van het verhaal, zowel de goede als minder goede ervaringen. Samen dachten zij na over wat had beter gekund. De jongere voelde zich gehoord. De belangrijkste conclusies uit de eerste proef-dialoogtafel hadden betrekking op de rol van het gezin in de problematiek en de betrokkenheid van het gezin bij de hulpverlening aan de jongere.

Belangrijke aanbevelingen waren bijvoorbeeld om de context beter mee te wegen in de duiding van de problematiek en meer te kijken naar de achterliggende redenen voor gevoelens en gedrag van een kind of jongere. De suggestie was om hiermee aan de slag te gaan, in plaats van alleen te kijken naar de gedragsproblematiek. Een andere aanbeveling was om vanaf het begin het systeem/gezin bij de hulpverlening te betrekken, ook als dit lastig is of als de jongere aangeeft dat niet te willen. Blijf investeren in het contact tussen jongere en ouder(s), ook bij jongeren boven de zestien jaar.

POORTWACHTERS

Het was een uitdaging om de proeftafels te organiseren en uit te voeren. Het was bijvoorbeeld lastig om casuïstiek te vinden vanwege de hoge werkdruk binnen de gebiedsteams en bij zorgaanbieders. De prioriteiten liggen ergens anders en de motivatie om mee te doen aan onderzoek is daardoor misschien laag. Inmiddels is voor het meedoen aan dialoogtafels accreditatie aangevraagd om het ook voor professionals aantrekkelijker te maken.

Daarbij komt dat ouders of jongeren het soms niet zien zitten. Na de formele afronding willen ze de problematiek niet opnieuw oprakelen. Ze willen niet aan de moeilijke periode worden herinnerd of zijn ervan overtuigd dat deelname aan de dialoogtafel hen 'niks zal opleveren'. Daarnaast treden professionals soms op als poortwachters, met als inzet ouders en jongeren zo veel mogelijk te beschermen tegen eventuele negatieve consequenties van een dialoogtafel, en zij kunnen beslissen, zonder daarover de cliënt te benaderen, dat de betreffende casus niet geschikt is, of dat ze de cliënt hiermee niet willen belasten.

Tot slot is het best ingewikkeld om toestemming voor deelname te vragen. Ook daarbij spelen de betrokken professionals een belangrijke rol. Zij moeten, als eerste, de ouders en de jeugdige kunnen

motiveren om mee te doen en goed kunnen uitleggen wat de bedoeling is van een dialoogtafel.

Met de ervaringen uit de pilot zal de AWTJF vanaf het voorjaar van 2017 in vier verschillende gemeenten (o.a. Leeuwarden, Heerenveen, Achtkarspelen en De Fryske Marren) 40 casusspecifieke dialoogtafels. Het doel is om meer zicht te krijgen op de uitkomsten van

SAMEN NADENKEN OVER WAT BETER HAD GEKUND

hulptrajecten en de factoren die daaraan bijdragen. Professionals ontdekken samen met jeugdige en ouders waardoor het traject goed liep en wat misschien beter kon. Dat geeft inzicht in factoren voor succesvolle jeugdhulp (i.e. hulp die aansluit bij de behoeften van de ouders en de jeugdige en die hun eigen kracht en mogelijkheden versterkt) en draagt bij aan het reflectie- en leervermogen van professionals.

Als het onderzoek laat zien dat de dialoogtafelmethodiek daaraan kan bijdragen, is het van belang dat deze op termijn een meer structurele plaats krijgt binnen de jeugdhulp. Ook worden de opbrengsten zo veel mogelijk vertaald naar kennisproducten zoals trainingen, handleidingen of voorlichtingsmateriaal voor huidige en toekomstige professionals.

De ontwikkelde materialen en kennisproducten zijn (binnenkort) te vinden op de AWTJF website (www.awtjf.nl).

LITERATUUR

- > Bosscher, N. (2014). The decentralisation and transformation of the Dutch youth care system. Beschikbaar via: <http://www.youthpolicy.nl/yp/downloadsyp/Publications-The-decentralisation-and-transformation-of-the-Dutch-youth-care-system.pdf>.
- > Eskes, M., Waelput, A.J.M., Brouwers, H.A.A., Erwich, J.J.H.M., Bruinse, H.W., & Merkus, J.M.W.M (2012). Audit als onderdeel van de perinatale zorg in Nederland: wat levert het op? *Nederlands tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 125, 278-286.
- > Kinderombudsman (2016). De zorg waar ze recht op hebben: onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie (18 maart 2016). Deelrapport 3 van 3. Beschikbaar via: <http://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2016.KOM009%20De-zorgwaarzerechtophebben%20deelrapport3.pdf>.
- > Van Oijen, J., Boneschansker, E., & Anthonio, G. (2013). Jeugdzorg in kwadranten. Voor een soepele aansluiting tussen de eerste en tweedelijnszorg. *Jeugdbeleid*, 7(2), 81-88.
- > Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 348(11), 1051-6.
- > Vrangbaek, K. (2007). Key factors in assessing decentralization and recentralization in health systems, in R.B. Saltman, V. Bankauskaite & K. Vrangbaek (red.). *Decentralization in Healthcare, Strategies and Outcomes*. Maidenhead (UK): Open University Press, McGraw-Hill Education.