

Evaluatie samenwerking jeugdhulpaanbieders in zorg voor jeugd¹

Inleiding

Jeugdhulp en JGGZ werken samen in de zorg voor jeugd. In het visiedocument m.b.t. deze samenwerking is gezamenlijk een aantal visie doelstellingen / uitgangspunten geformuleerd, die voortvloeien uit de gezamenlijke visie op de zorg aan jonge kinderen en die noodzakelijk zijn om goede zorg te kunnen bieden aan deze doelgroep. Deze uitgangspunten zijn: Infant Mental Health (IMH) visie, handelingsgerichte diagnostiek, evidence based diagnostiek, samenwerking met verwijzers en hulpverleners in het voorliggend veld en ketenpartners en Matched Care & Stepped Care.

Voor het evalueren van de samenwerking en in hoeverre bovenstaande uitgangspunten in casussen, waarbij zowel Jeugdhulp als JGGZ betrokken is, zijn gevolgd, is gekozen gebruik te maken van de dialoogtafelmethodiek, ontwikkeld door de Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Friesland².

Werkwijze

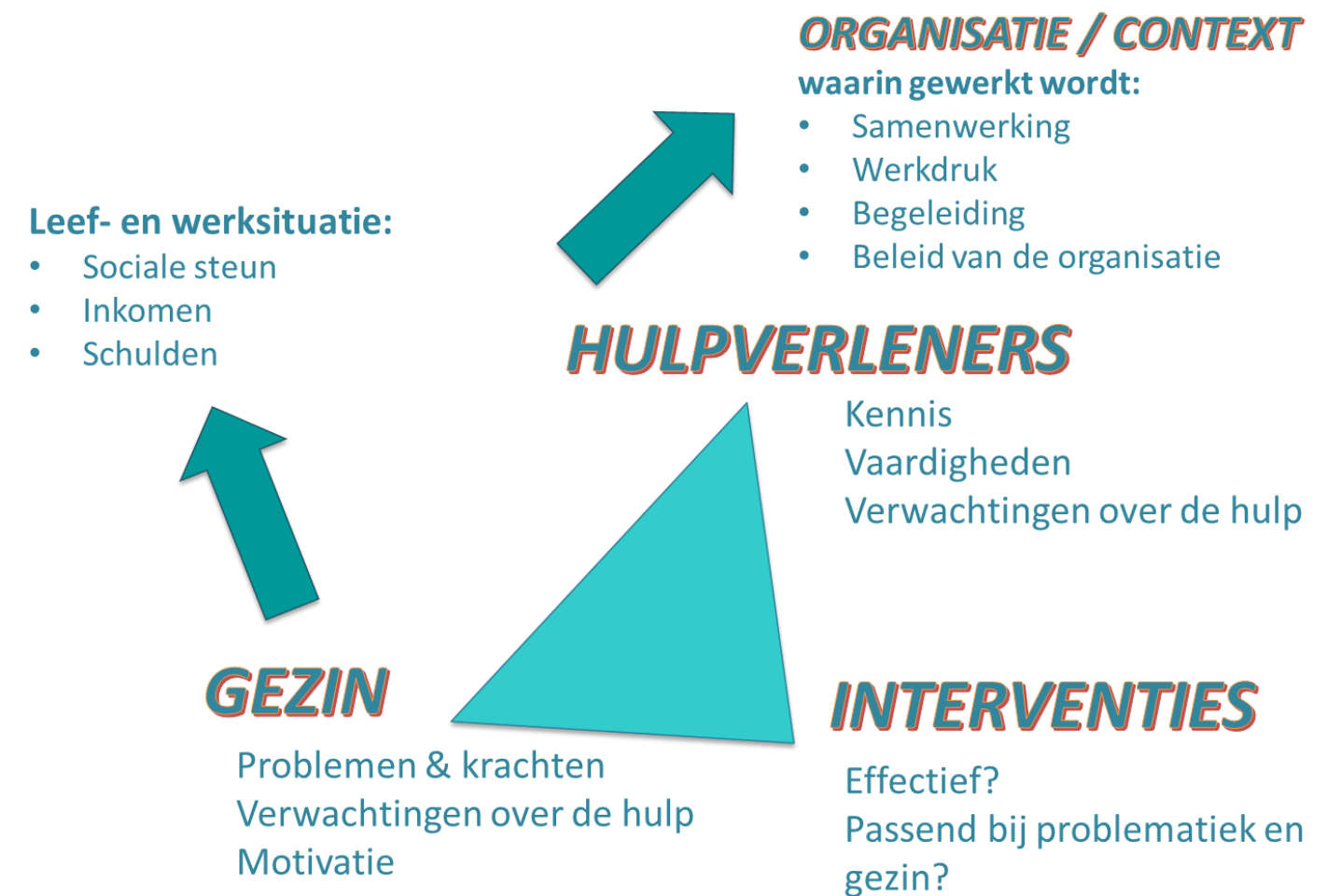
Hulpverleners van elke locatie waar deze samenwerking plaatsvindt, hebben één casus per locatie geselecteerd (n=4). Ouders van alle vier locaties hebben toestemming gegeven om mee te werken en zijn vervolgens geïnterviewd door een onderzoeker van de AWTJF aan de hand van topiclijst. Deze topiclijst is samen met betrokkenen ontwikkeld en had betrekking op specifieke thema's, gerelateerd aan de diagnostiekfase, zoals de aanmelding, ervaren uitkomsten en tevredenheid, contact met hulpverleners en afstemming tussen hulpverleners, verwijzers e.d. Het verslag van het interview – door de ouders goedgekeurd - is tijdens een gezamenlijk gesprek, een zogenaamde dialoogtafel, aan betrokken hulpverleners en collega's voorgelegd. Hiervoor is van te voren met betrokkenen een voorgestructureerde agenda opgesteld. Onder leiding van een onafhankelijk voorzitter hebben deze hulpverleners gezamenlijk gereflecteerd op de weergegeven ervaringen van ouders en in hoeverre de benoemde ervaringen herkenbaar zijn en ook in andere trajecten binnen het samenwerkingsverband spelen. Vervolgens hebben zij gekeken in hoeverre de genoemde punten volgens hen incidenteel of structureel zijn, wat de positieve en belemmerende factoren zijn (aan de hand van het model uit figuur 1) en wat zorgt ervoor dat dingen goed gaan of stagneren (mogelijke oorzaken). Daarnaast hebben zij samen nagedacht over aanbevelingen. De deelnemers aan de dialoogtafel hebben vervolgens het verslag van dit gesprek gelezen en konden hun reactie geven. Na vaststelling van het verslag hebben de onderzoekers van de AWTJF de belangrijkste inzichten per dialoogtafel visueel weergegeven in een zgn. casus profiel. Deze afzonderlijke profielen zijn vervolgens samengevoegd in dit overkoepelend overzicht van de belangrijkste bevindingen uit de evaluatie.

Terugkoppeling uitkomsten

De hier weergegeven bevindingen zijn afkomstig uit bovengenoemde interviews met ouders en de met professionals gehouden dialoogtafels. Het doel van deze gesprekken was om vanuit de verschillende perspectieven terug te kijken op het diagnostiektraject. Die verschillende perspectieven leveren zicht op positieve en belemmerende factoren op meerdere niveaus (namelijk gezin, professional, organisatie en interventies) die in de beleving van de betrokkenen een rol hebben gespeeld in de uiteindelijke resultaten van het diagnostiektraject. *Het gaat dus om een reconstructie van beleving en niet persé om een reconstructie van feiten.*

Deze bevindingen zijn in eerste instantie met een vertegenwoordiging van de werkgroep, waarin beide organisaties zijn vertegenwoordigd, besproken. Op 25 juni jl. zijn deze bevindingen in deze werkgroep besproken om de resultaten te duiden en een plan van aanpak te maken voor de aanbevelingen.

Figuur 1: Conceptueel model beïnvloedende factoren



Toelichting conceptueel model

Een uitkomst van een ondersteuningstraject is altijd het resultaat van meerdere factoren, die samen tot een bepaalde uitkomst leiden, dus niet het resultaat van één succesfactor of één belemmerende factor op zichzelf. Deze beïnvloedende factoren kunnen te maken hebben met het gezin, met de betrokken professionals en de organisatie waarin wordt gewerkt of met de ingezette interventies.

Een succesfactor heeft in gunstige zin bijgedragen aan een positieve uitkomst van het hulpverleningsproces. Het gaat dan bijvoorbeeld om hoge motivatie (gezin), goede samenwerking (hulpverleners) of bewezen effectieve hulp (interventie), e.d. Een belemmerende factor heeft de potentie de uitkomst van het hulpverleningsproces negatief te beïnvloeden en/of draagt bij aan een suboptimale uitkomst. Het gaat dan bijvoorbeeld om negatieve verwachtingen over de ondersteuning (gezin), hoge werkdruk hulpverleners (organisatie), gebrek aan maatwerk (interventie).

¹ Mocht u deze presentatie van bevindingen willen verspreiden, dan verzoeken we u de volgende bronvermelding aan te houden:
Evaluatie Samenwerking Jeugdhulpaanbieders in de zorg voor jeugd m.b.v. de dialoogtafelmethodiek. Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Friesland. Leeuwarden.

² Voor meer informatie of contact zie www.awtjf.nl



CASUS 1

Jeugdige: kind basisschoolleeftijd met gedragsproblemen op reguliere basisschool en moeite met praten/communiceren

Samenstelling gezin: gezin met één kind

Opleidingsniveau ouder(s): HBO

Inkomen ouders: werkend

Betrokken instanties: Orthopedagoog peuterspeelzaal, Integrale Vroeghulp, Jeugdhulp en JGGZ, plaatsing dagopvang (Jeugdhulp).

Tevredenheid over zorg: hoog

Doelrealisatie:

- + Gaat goed met jeugdige op speciaal onderwijs;
- + Diagnose geeft ouders duidelijkheid;
- + Ouders hebben handvaten en begeleiding voor omgaan met hun kind;
- + Moeder is sterker; kan beter dingen loslaten als blijkt dat het kind het niet kan of als iets niet (goed) gaat.
- Diagnostiek pas laat gestart door zomervakantie.



CASUS 3

Jeugdige: kind basisschoolleeftijd met sociaal-emotionele problemen (o.a. agressie), onzekerheid, laag zelfvertrouwen

Samenstelling gezin: gezin met één kind

Opleidingsniveau ouders: LBO/MBO

Inkomen ouders: werkend

Betrokken instanties: Huisarts, Jeugdhulp en JGGZ, Fysiotherapeut

Tevredenheid over zorg: hoog

Doelrealisatie:

- + Thuis gaat het beter met jeugdige;
- + Jeugdige is minder onzeker;
- + Jeugdige ervaart begeleiding op school als positief;
- + Ouders opgelucht over uitsluiten diagnose autisme;
- + Ouders hebben handvaten en begeleiding voor omgaan met hun kind;
- Nog geen duidelijke verklaring voor problemen kind;
- Situatie kind op school nog niet optimaal.



CASUS 2

Jeugdige: kind basisschoolleeftijd met moeite met praten/communiceren

Samenstelling gezin: gezin met twee kinderen

Opleidingsniveau ouders: LBO/MBO

Inkomen ouders: werkend

Betrokken instanties: Gebiedsteam, Integrale Vroeghulp, Jeugdhulp en JGGZ, plaatsing dagopvang (Jeugdhulp)

Tevredenheid over zorg: hoog

Doelrealisatie:

- + Mooie groei in ontwikkeling van jeugdige;
- + Jeugdige maakt meer contact met andere kinderen;
- + Jeugdige praat meer;
- + Diagnose geeft ouders duidelijkheid;
- + Ouders hebben handvaten en begeleiding voor omgaan met hun kind;
- Doelen PRT, logopedie en (behandel)groep voor kind zijn niet altijd duidelijk voor ouders.



CASUS 4

Jeugdige: kind basisschoolleeftijd met gedragsproblemen op reguliere basisschool

Samenstelling gezin: alleenstaande ouder met één kind

Opleidingsniveau ouder(s): MBO

Inkomen ouder(s): werkend

Betrokken instanties: Integrale Vroeghulp, Jeugdhulp en JGGZ, plaatsing dagopvang (Jeugdhulp)

Tevredenheid over zorg: hoog

Doelrealisatie:

- + Gaat goed met jeugdige op groep;
- + Diagnose geeft moeder duidelijkheid;
- + Moeder heeft handvaten en begeleiding voor omgaan met kind;



Leeswijzer

De factoren in de groene en rode blokken zijn geordend: de factoren die het meest worden genoemd (door de ouders of de professionals) staan bovenaan. De nummers verwijzen naar de specifieke dialoogtafel. Als een nummer voorzien is van een ^c betekent dat dat deze factor specifiek is genoemd in relatie tot de casus die is besproken. Bij de vetgedrukte factoren zijn de mogelijke achterliggende oorzaken in kaart gebracht. Als een factor zowel in een groen als in een rood blok voorkomt, kan dat duiden op een verschil in de genoemde factor in de specifieke casus en in het algemeen in andere casussen. Ook kan het betrekking hebben op verschillende fasen in hetzelfde traject.



GEZIN

POSITIEVE FACTOREN (↑ MOGELIJKE OORZAKEN)

Ouders zijn betrokken/gemotiveerd en willen zich inzetten voor kind (1^c/2^c/3^c/4^c)

Acceptatie van uitkomsten onderzoek / diagnose en advies hulpverleners (2^c):

- ↑ openstaan voor hulp en advies (2^c/3^c);
- ↑ herkenning observaties hulpverleners over kind (1^c/2^c/4^c);
- ↑ gevoel van gehoord en begrepen voelen door de hulpverleners (1^c/2^c);
- ↑ vertrouwen in de hulpverleners en de voorgestelde aanpak (1^c/2^c).

Ouders kunnen goed verwoorden wat er speelt (1^c):

- ↑ ouders kennen hun kind goed/ hebben goed inzicht in gedrag en behoeften kind (1^c/2^c)
- Ouders hebben al veel kennis over ontwikkelingsproblematiek van kinderen (1^c)
- Groot lerend vermogen van ouders (2^c);
- Stabiele thuissituatie, stevige basis (2);
- Ouders kunnen hun eigen hulpvraag goed formuleren (3^c);
- Ouders zijn heel open in de informatie die ze geven (3^c).

Aanbevelingen

- Betrek beide ouders bij de belangrijke gesprekken. Flexibel kunnen inplannen van afspraken helpt daarbij.
- Wees transparant in de stappen die je gaat zetten en neem de ouders daar in mee. Probeer hun tempo te volgen maar wees ook realistisch. Dit lukt niet altijd i.v.m. capaciteit/beschikbaarheid.
- Informeer de ouders goed over het belang van samenwerken en opvragen van informatie bij anderen.
- Benoem in adviesgesprek ook sterke kanten van gezinsleden (ZIE ONDER PROFESSIONAL).
- Overweeg – samen met de ouders – het uitnodigen van andere belangrijke partijen bij intake- en/of adviesgesprek om sneller te kunnen werken.
Vraag eventueel screeners om dit op te pakken met ouders.
- Hou er rekening mee dat bespreken van vragenlijsten confronterend kan zijn voor ouders. (IDEM)

BELEMMERENDE FACTOREN (↑ MOGELIJKE OORZAKEN)

Gebrek aan motivatie / weerstand voor diagnostiek, behandeling of plaatsing op groep (1/2):

- ↑ beperkte acceptatie van de situatie (1);
- ↑ spanning en onzekerheid bij ouders over traject en mogelijke uitkomsten (2);
- ↑ beperkt vertrouwen ouders in hulpverleners (2)
 - ↑ Leerdere negatieve ervaringen met hulpverlening (voorgeschiedenis die ouders met zich mee dragen) (2);
 - ↑ gevoeligheden i.v.m. het noemen van de mogelijke diagnose door de (door)verwijzer (bijv. consultatiebureau of school) (2);
 - ↑ onbegrip voor de door hulpverleners ingezette stappen (2);
- ↑ geen concrete hulpvraag van ouders (4^c)
- ↑ geen diagnose willen (1);
- ↑ geen actieve rol voor zichzelf zien in traject (1);

Geen of geringe acceptatie uitkomsten onderzoeken (1/2):

- ↑ problematiek niet zien (1);

Geen oog voor effect interactie ouder – kind op problematiek (1):

- ↑ problematiek ligt bij het kind ('het kind is het probleem') (1/2);

Moelijkheden rondom toestemming geven om informatie op te vragen en te delen, bijv. met school en gebiedsteam (1/2):

- ↑ scheidingsproblemen (1);

Weinig flexibiliteit / beperkte beschikbaarheid voor afspraken, bijvoorbeeld i.v.m. werk (2^a/3^c);

Scheidingsproblematiek (2/4);

Gebrek aan betrokkenheid van beide ouders (meestal vader minder betrokken):

- ↑ Vanuit hulpverleners onvoldoende aandacht aan besteed (3^c)

Ouders hebben zelf een belaste achtergrond met veel stress (3^c)

No show van ouders voor afspraken (4);

Ouders vinden het niet nodig om Integrale Vroeghulp te betrekken (4^c);

Verschil van inzicht tussen ouders onderling en tussen ouders en andere betrokken partijen over problematiek (4^c).



PROFESSIONAL

POSITIEVE FACTOREN (↑ MOGELIJKE OORZAKEN)

Goed samenwerken met ouders (1^c/2^c/3^c/4^c):

- ↑ sluiten aan bij vraag, perspectief, wensen en mogelijkheden ouders en behoeften kind (1^c/2^c/3^c/4^c)
- ↑ nemen veel tijd voor zorgvuldige uitleg en bespreken van zaken (1^c/2^c/4^c)
- ↑ gezamenlijke besluitvorming: geven ouders ruimte om eigen keuzes te maken (1^c/2^c/3^c)
- ↑ erkenning voor verdriet over problemen (1^c)
- ↑ nemen ouders serieus (3^c)
- ↑ hartelijk en zorgvuldig (3^c)
- ↑ laagdrempelig voor ouders (4^c)
- ↑ flexibiliteit in plannen van afspraken (4^c)

Oog voor de brede context van de problemen (1/2/3^c/4^c);

Proactief contact met andere instanties (bijv. school of dagopvang, Integrale Vroeghulp (4^c) en gebiedsteam) (1/2/3/4^c)

Duidelijke en eerlijke communicatie naar ouders toe (1^c/2^c):

- ↑ één laagdrempelig, vast aanspreekpunt voor ouders (1^c/2^c/3^c/4^c);
- ↑ korte lijnen (4^c)
- ↑ navolgbaarheid van ingezette stappen (2);

Een bredere / scherpere blik door betrokkenheid van meerdere expertises en disciplines (2/3/4^c);

Zorgvuldigheid in omgang met informatie (tijdig vragen en delen) (1/2):

- ↑ veel tijd voor zorgvuldig uitleggen van belang informatie delen (1/2)

Trekken niet te snelle conclusies (1/4) en zijn voorzichtig met diagnoses (4);

Gezinsstelsel als uitgangspunt in het traject (2);

Steunend voor ouders in contact met school (1^c);

Helder en duidelijk plan van aanpak (3^c);

BELEMMERENDE FACTOREN (↑ MOGELIJKE OORZAKEN)

Afstemming tussen behandelgroep en ambulante diagnostiek- / behandeltrajecten en vice versa is niet optimaal (1/2^c/3^c):

- ↑ beperkte informatie uitwisseling met begeleider behandelgroep (1);
- ↑ wisseling hulpverleners / overdracht (2);
- ↑ deze stap van het proces / de werkwijze zit nog niet goed genoeg in systeem van hulpverleners (2^c).
- ↑ wenperiode nieuwe hulpverlener (2);

Sterke kanten gezinnen onderbelicht (1):

- ↑ aandacht gaat met name uit naar ervaren problemen (1);

Beperkte aandacht voor bespreken van door ouders ingevulde vragenlijst, resultaten kunnen confronterend zijn (1);

Onzekerheid/onduidelijkheid bij de ouders over of verwijzer is geïnformeerd (3^c)

School was niet betrokken bij intake, terwijl school wel een hulpvraag had (4^c);

Soms overlap in werkzaamheden: 'dingen dubbel doen' (3^c):

- ↑ professionals weten niet goed genoeg van elkaar wat ze doen en kunnen doen (inhoudelijk) (3)
- ↑ agenda's en planning van hulpverleners Jeugdhulp en JGGZ niet goed afgestemd (3)
- ↑ werken met 2 verschillende systemen (3)

Doel van kennismakingsgesprek is niet voor alle ouders duidelijk

Aanbevelingen

- Werk met elkaar uit hoe de afstemming tussen behandelgroep en ambulante diagnostiek-/ behandeltrajecten beter kan.
- Werk met elkaar uit hoe je ervoor kunt zorgen dat de verwijzer beter wordt geïnformeerd en communiceer daar goed over naar de ouders. Vergeet niet daarvoor toestemming te vragen.
- Maak duidelijke werkafspraken over onderlinge uitwisseling van informatie (bijvoorbeeld voorafgaand aan een overleg - zolang er nog geen gezamenlijk registratiesysteem is).
- Ontwikkel een gezamenlijke visie op het afsluiten van trajecten.
- Kijk nog eens goed of de uitnodigingsbrieven voor de ouders voldoende duidelijk zijn.
- Blijf ruimte creëren om elkaar te ontmoeten en te leren kennen (bijvoorbeeld gezamenlijke studiebijeenkomsten).



POSITIEVE FACTOREN (↑ MOGELIJKE OORZAKEN)

Flexibiliteit om aan te sluiten bij wat nodig is (zorg op maat/geen standaard test batterij) (1/2/3):

↑ wijze van organisatie van diagnostiek conform visie (3)

Goede afstemming tussen Jeugdhulp en JGGZ → ‘verhaal niet 2 keer vertellen’ (1°/3°/4):

↑ Kleine schaal / locatie: elkaar zien / fysieke nabijheid werkplekken (2/4) → korte lijnen tussen hulpverleners (1/2/4)

↑ duidelijke taak/ en rolverdeling (3)

↑ vast team (3)

↑ persoonlijke relatie tussen hulpverleners (1/4)

Continuïteit in proces (2°/4°):

↑ geen extra doorverwijzingen (2);

↑ traject wordt ervaren als één traject, ondanks verschillende hulpverleners en instanties (4°)

↑ (bijna) geen wisselingen in betrokken hulpverleners (2);

↑ voorspelbaarheid van stappen, helder proces en duidelijke aanpak (3)

↑ betrokken professionals allemaal op één lijn (2°);

↑ vlotte, goede communicatie en afstemming (2°)

↑ capaciteit beschikbaar op moment dat nodig is (behandelgroep en/of specifieke onderzoeken)(4°)

Specifieke hulpverlener vervult coördinerende rol tussen ouders en andere hulpverleners (4°);

Uitnodigende en vriendelijke setting (huiskamersetting) (4°);

GZ-psycholoog i.v.m. efficiëntie alleen aanwezig bij bespreking diagnostiek (4°);

Regelmatige multidisciplinaire voortgangsoverleggen (6-8 weken) met relevante betrokken hulpverleners (4°)

Aanbevelingen

- Flexibiliteit vergt voldoende capaciteit. Dat laatste ontbreekt soms waardoor professionals niet zo flexibel kunnen zijn als ze zouden willen. Als dit niet kan veranderen: manage dan de verwachtingen.. wees realistisch naar de ouders en naar de professionals.
- Blijf als organisaties aandacht besteden aan onderlinge verbinding tussen de professionals. Creëer daar dus –ondanks werkdruk – ruimte voor en houd aandacht voor onderlinge verschillen in visie, cultuur en werkprocessen.
- Besteed aandacht aan de samenwerking met Integrale Vroeghulp.
- Ga na of de onderlinge afspraken over hoofd- en onderaannemerschap zo zijn dat deze geen knelpunt vormen voor het werk van de professionals.
- Onderzoek hoe de onderlinge informatie-uitwisseling kan worden geoptimaliseerd.
- Zorg voor goede afstemming m.b.t. af te nemen vragenlijsten bij de intake.

BELEMMERENDE FACTOREN (↑ MOGELIJKE OORZAKEN)

Het is niet altijd mogelijk om onderzoeken aansluitend te plannen → diagnostiek duurt te lang (ondanks visie) (1/2/3°/4):

↑ wachtlijsten (1/2/3°/4):

↑ beschikbaarheid hulpverleners/capaciteitsproblemen (1/2/4) kleine aanstellingen hulpverleners (2);

↑ drukke periodes met meerdere aanmeldingen met veel onderzoek (2)

↑ geen flexibele beschikbaarheid van plaats op de groep (1/4)

↑ onduidelijkheid en onbekendheid met elkaars werkprocessen binnen de verschillende organisaties (3)

↑ verschil in wachttijd tussen beide organisaties (3)

Afstemming kost veel tijd voor hulpverleners (1/3/4): → werkdruk voor hulpverleners (4):

↑ gebrek aan geïntegreerd informatiesysteem (1/3/4);

↑ hulpverleners zelf relevante informatie uit mails in eigen dossier opnemen (4)

Hulpverleners beschikken over verschillende informatie (1/4):

↑ andere digitale verwerking van vragenlijsten door Jeugdhulp en JGGZ (1/3);

Samenwerking met Integrale Vroeghulp is niet optimaal:

↑ persoonsgebonden (1/2):

↑ verschil in rolopvatting tussen Integrale Vroeghulp en hulpverleners binnen de samenwerking over wie bepaalt welke onderzoeken worden uitgevoerd (1);

Geen standaard multidisciplinair overleg (MDO) met zowel Jeugdhulp als JGGZ (1)

↑ gebrek aan financiële ruimte (1);

Samenwerking en communicatie tussen hulpverleners van beide organisaties niet optimaal (3):

↑ verschil in taal, visie en cultuur (3)

↑ verschillende werkprocessen (3)

Terugkoppeling aan verwijzer, zoals huisarts en gebiedsteam, is niet vanzelfsprekend en afhankelijk van betrokkenheid verwijzer (4):

↑ wisselende mate van betrokkenheid bij en contact tussen het gebiedsteam en het gezin (2);

Niet tijdig kunnen beschikken over beschikkingen vanuit de gemeente (1);

Beperking leeftijd t/m 6 jaar (oudere broertjes of zusjes vallen buiten de boot) (3)

Implementatie Friese verwijsindex nog niet afgerond (4);

Complicaties door ‘hoofdaannemerschap’ en ‘onderaannemerschap’ in de financiering van trajecten (4);

Geen tijd om standaard bij ieder kind thuis te komen voor observatie (1);



INTERVENTIES

POSITIEVE FACTOREN (↑ MOGELIJKE OORZAKEN)

Diagnostiek en behandeling volgens richtlijnen (1^c/2^c/4^c)
Diagnostiek starten met brede inventarisatie (ontwikkelingsanamnese (2/4^c);
Handelingsgerichte diagnostiek met doorgaande lijn naar de in te zetten behandeling (2);
Combinatie PRT en plaatsing op de groep versterkt positief effect (2^c).
Handelingsgericht werken op de groep (4)

Aanbevelingen

- Breng het huidige aanbod cq de beschikbare interventies in kaart.
- Onderzoek op welke gebieden uitbreiding van diagnostiek- en/of behandelaanbod wenselijk is (bijvoorbeeld op het gebied van hechting).
- Zorg voor afstemming in behandeling tussen behandelgroep en ambulante behandeling, zoals PRT.

(De bovenste twee punten zijn opgenomen in het jaarplan en de werkgroep heeft dit reeds opgepakt.)

BELEMMERENDE FACTOREN (↓ MOGELIJKE OORZAKEN)

Diagnostiek neemt meer tijd in beslag dan de afgesproken 6 weken diagnostiefase (2/3^c):

- ↑ op een later moment besluit dat er nog aanvullend onderzoek nodig is (2).
- ↑ soms aanvullende ontwikkelingsanamnese nodig vanwege aanvullend onderzoek (4)