

kindin  
Fryslân

provinsje fryslân  
provincie fryslân 

# Dromen, durven, bouwen

Project Kind in Fryslân






# Dromen, durven, bouwen

Project Kind in Fryslân

Leeuwarden, 23 mei 2012



Met het project Kind in Fryslân hebben wij ons gericht op de samenwerking en het schakelpunt tussen de provinciaal werkende (2e lijns) zorgaanbieders en de 1e lijns (gemeentelijke) professionals in de wijk en op school. Soms is ons gevraagd of wij ons ook bezig konden houden met preventie of de 'nulde' lijn, maar dan zou het niet om de samenwerking tussen de zorgaanbieders en de eerste lijnsorganisaties gaan. In het project hebben wij de door sommigen als 'ouderwets' betitelde termen 1e en 2e lijn gebruikt, omdat die termen nog steeds gelden: in het kader van de transitie gaat dat mogelijk veranderen.

Waar het in het project natuurlijk vooral om ging, was dat professionals van de 1e en 2e lijn weten welke deskundigheid bij wie aanwezig is, en hoe je die op het juiste moment weet aan te boren. Kind in Fryslân is vanuit dat gezichtspunt een voorloper op de transitie van de Jeugdzorg. De kracht van het project zat juist in het feit dat wij ons volledig op de inhoud konden richten en de vorm-, structuurdiscussie terzijde konden laten.

Gedurende het project heb ik genoten van het enthousiasme bij professionals wanneer zij over hun werk spraken. Ik hoop dat de uitvoerende organisaties en de financiers (zoals gemeenten, provincie en zorgverzekeraar) de handen ineen slaan om een vervolg te geven aan dit project. De bouwstenen zijn aangedragen en de wil om samen te werken is groot. Heel erg bedankt dat ik een steentje heb mogen bijdragen!

Michèle Garnier,  
*Procesmanager Kind in Fryslân en dean/directeur Academie voor Sociale Studies  
Hanzehogeschool*



# Voorwoord

De meeste kinderen worden zonder noemenswaardige problemen volwassen. Sommigen hebben af en toe lichte, tijdelijke ondersteuning nodig. Voor een aantal kinderen is wat langer extra zorg nodig. Het ideaal daarbij is dat de hulp snel beschikbaar is, dichtbij huis gegeven wordt, en de jeugdige zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Hulp vanuit de 1e en de 2e lijn dient daarbij naadloos in elkaar over te gaan. Om te experimenteren met het zo optimaal mogelijk aansluiten van hulp, is de pilot Kind in Fryslân uitgevoerd.

Tijdens deze pilot bleek weer de bezieling, het grote hart onder de professionals voor onze Friese jeugd. Er bleek de wil om schouder aan schouder te werken aan verbeteringen in de aansluiting in de keten voor onze jeugd. De wil om objectief te kijken naar de huidige wijze van afstemming en schakelen tussen de 1e en 2e lijn. De wil om te experimenteren met een andere manier van werken. De wil om extra tijd te steken in overleggen over jongeren en het maken van concrete afspraken, naast de dagelijkse caseload en het dagelijkse werk. De wil van organisaties om hun professionals hiervoor de tijd en ruimte te geven.

Deze pilot heeft de grote betrokkenheid getoond, in Fryslân, om met een koel hoofd en een warm hart samen te werken. Dat is de basis van een goede keten rondom onze kinderen waarbij onze jongeren op kunnen groeien, in een veilige en goede leefomgeving, tot sociale en zelfredzame burgers. En dat is goud waard.

Heel hartelijk dank voor de inzet van alle betrokken professionals, organisaties en andere personen die dit project en hiermee onze jeugd een warm hart toe hebben gedragen. Blijf meebouwen aan een betere aansluiting in de keten van zorg voor onze jongeren: bouw mee door het uitdragen en implementeren van de voorgestelde bouwstenen.

Gedeputeerde T. Schokker-Strampel  
*Voorzitter stuurgroep pilot Kind in Fryslân*





# Inhoudsopgave

MANAGEMENT SUMMARY	8
<b>1 KIND IN FRYSLÂN: DE DROOM</b>	<b>10</b>
1.1 De kern: sneller, eerder, passender	11
1.2 Samenwerken	12
1.3 Ordeningsprincipe: wie, wat, wanneer	13
1.4 Coördinatie en continuïteit	14
1.5 Dezelfde taal spreken	15
1.6 Projectmatige aanpak Kind in Fryslân	15
1.7 Aanbevelingen	15
1.8 Leeswijzer rapport	17
<b>2 LESSEN VAN NU: DE WEERBARSTIGE WERKELIJKHEID</b>	<b>18</b>
2.1 Informatie en processen	19
2.2 Ervaringen uit de casussen	20
2.3 Samenvatting bevindingen eerste ronde casussen	25
<b>3 HULP IN KWADRANTEN: HET ORDENINGSPRINCIPE</b>	<b>27</b>
3.1 Ordeningsprincipe: een beetje theorie	27
3.2 De praktijk: wie, wat, wanneer	30
3.3 Uitwerking naar integrale diagnostiek	31
<b>4 LESSEN VOOR DE TOEKOMST: SCHUIVENDE PANELEN</b>	<b>32</b>
4.1 Opzetten en uitvoeren van de casussen	33
4.2 Zorgcoördinatie rond het proces	34
4.3 Continuïteit begeleiding en hulp (afbakening 1e en 2e lijn)	36
4.4 Integrale diagnostiek	38
4.5 Nieuwe werkvormen: zorg- en behandelcoördinatie	39
Bijlage: Stuurgroep en de deelnemende organisaties	41



## Management summary

Begin 2010 is, op uitnodiging van de provincie Fryslân, een aantal spelers uit de zorg voor de jeugd in Fryslân bij elkaar geweest. Tijdens een conferentie op Vlieland hebben spelers nagedacht over wat zij in de zorgketen voor de jeugd graag zouden willen veranderen en toevoegen. De ideeën van de zogenoemde Vlielandgroep zijn vertaald in het project Kind in Fryslân.

Dat project was een experiment gericht op betere samenwerking op het schakelpunt van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. In Kind in Fryslân is in de praktijk geëxperimenteerd met een ‘nieuwe’ werkwijze. Er zijn twee deelpilots opgezet waarin regie en de relatie tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn centraal stonden. De deelpilots hebben een verschillende vindplaats: wijk (‘Heechterp’) en school (de regio zuidwest Fryslân/samenwerkingsverband Fultura). Het project is uitgevoerd in de periode mei 2011 tot en met mei 2012.

Het project heeft de volgende resultaten opgeleverd. In het project is een ordeningsprincipe ontwikkeld. Bij het ordeningsprincipe is uitgegaan van vier verschillende opvoedingsituaties ten aanzien van kind en gezin in combinatie met de mate van draagkracht van het gezin. Het ordeningsprincipe is een instrument om hulp eerder op de goede plek te geven. Uitwerking van het ordeningsprincipe maakt het mogelijk om voor elke opvoedingsfase een beslisboom op te stellen, waarbij vragen over de problematiek en de draagkracht-/draaglastverhouding leiden tot een antwoord wat de meest passende hulp zou moeten zijn, en – daaraan gekoppeld – wie dat kan aanbieden. Vooral dit laatste ‘model’ is een instrument dat in de praktijk eerder en beter samenwerken handen en voeten geeft. In het project is een eerste aanzet gegeven tot een digitale instrumentontwikkeling.

Een resultaat is ook het in het project ontwikkelde onderscheid tussen zorgcoördinatie en behandelcoördinatie. Zorgcoördinatie gaat om het vaststellen van afspraken en het ‘zorgen’ dat de afspraken worden uitgevoerd. De zorgcoördinator moet vooral in de gaten houden dat er geen ‘hiaten’ in de keten ontstaan, zowel wat betreft inhoud van de hulp als tijd. Bij voorkeur gaat het om de persoon die een goede ingang heeft in het gezin. Zorgcoördinatie ligt in beginsel bij de 1<sup>e</sup> lijn. De regie op behandeling - de behandelcoördinatie – ligt bij de 2<sup>e</sup> lijn.





De belangrijkste leerpunten uit het project zijn:

- Samenwerken lukt beter als er door betrokkenen actie wordt ondernomen om elkaar te vinden; het gaat concreet om contact zoeken, elkaar weten te vinden; samenwerken kan onder meer door de 2<sup>e</sup> lijn eerder voor advies of consultatie te betrekken; hulpverleners kunnen direct over en weer met elkaar overleggen, zonder tussenkomst van een andere persoon of organisatie.
- Het voorstel is om tot zorgcoördinatie te komen rond de hulp aan het kind; dat is mogelijk als er vanaf het begin goede afspraken worden gemaakt; de zorgcoördinator heeft als taken te zorgen voor heldere afspraken, en die afspraken te bewaken. Het is belangrijk dat de 2<sup>e</sup> lijn haar bevindingen na een behandeling overdraagt aan de zorgcoördinator, zodat de cirkel rond wordt gemaakt.
- Duidelijkheid over wie, wat, wanneer doet is belangrijk; het ordeningsprincipe, dat in het project Kind in Fryslân is ontwikkeld, geeft daarvoor bouwstenen.
- De hulp kan minder tijdsvolgordelijk, en juist meer parallel worden uitgevoerd: hulp en zorgcoördinatie kunnen meer in elkaar geschoven worden, zonder op elkaar 'te wachten'; een goede terugkoppeling van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn zorgt voor meer continuïteit.
- Kind en gezin dienen zo veel mogelijk centraal te staan; daarvoor is het nodig eigen regie te stimuleren.
- Samenwerken vraagt vooral om een andere, open houding bij alle betrokkenen. In Kind in Fryslân bleek dat mogelijk, en een gedeelde wens van alle betrokkenen.

# 1



## Kind in Fryslân: de droom

“Dromen/durven/bouwen” is de titel van dit rapport. De titel is een oproep om te durven bouwen aan dromen. De droom is om te komen tot een betere zorg voor de kinderen in Fryslân. De nadruk zou moeten liggen op snellere, eerdere en passender zorg. De droom wordt gedeeld door organisaties in de zorgketen voor de jeugd: 1e en 2e lijnsinstellingen, de Friesland Zorgverzekeraar/het Zorgkantoor, de gemeente Leeuwarden, de gemeente Súdwest Fryslân, en de provincie Fryslân.

De droom is vertaald in een project: het project Kind in Fryslân. Dit project was een experiment gericht op betere samenwerking op het schakelpunt van 1e en 2e lijn. In het experiment deden instellingen een stap buiten de normale kaders om de droom te kunnen realiseren. Het ging om het experimenteren met een andere werkwijze - dat was ‘durven’.

Het project Kind in Fryslân is afgerond. Dit rapport doet verslag van de waarnemingen en ervaringen uit het project. In het rapport staan bouwstenen voor een andere manier van werken op het schakelpunt tussen de huidige 1e en 2e lijn. De waarnemingen en aanbevelingen moeten nu verder worden gedragen door de betrokken instellingen, organisaties en overheden: zij moeten nu gaan bouwen.

### Opzet project Kind in Fryslân

Begin 2010 is, op uitnodiging van de provincie Fryslân, een aantal spelers uit de zorg voor de jeugd in Fryslân bij elkaar geweest. Tijdens een conferentie op Vlieland, waar ook Frieslab bij was betrokken, hebben spelers nagedacht over wat zij in de zorgketen voor de jeugd graag zouden willen veranderen en toevoegen. De ideeën van de zogenoemde Vlielandgroep zijn vertaald in het project Kind in Fryslân.

In Kind in Fryslân is in de praktijk geëxperimenteerd met een 'nieuwe' werkwijze gericht op aansluiting van 1e en 2e lijn. Er zijn twee deelpilots opgezet waarin regie en de relatie tussen 1e en 2e lijn centraal stonden. De deelpilots hebben een verschillende vindplaats: wijk ('Heechterp') en school (regio zuidwest Fryslân/samenwerkingsverband Fultura). In de deelpilots is naar concrete casussen van kinderen gekeken. In de casussen is gewerkt met een aanpak volgens de uitgangspunten van Kind in Fryslân.

In dit eerste hoofdstuk van het rapport worden de belangrijkste bevindingen en bouwstenen van Kind in Fryslân gepresenteerd.<sup>1</sup> In de andere hoofdstukken staat een meer gedetailleerde uitwerking.

## 1.1 ■ De kern: sneller, eerder, passender

Het streven in het project Kind in Fryslân is om te komen tot een optimale aansluiting tussen de geïndiceerde zorg voor de jeugd (2<sup>e</sup> lijn) en de vindplaats wijk/school/CJG (1<sup>e</sup> lijn). Beter aansluiting gaat over een integrale aanpak bij elk kind: 1 kind, 1 gezin, 1 plan. Daardoor kan het kind sneller geholpen worden met passende hulp en een integraal opgesteld hulpverleningsplan. In dat plan zijn meerdere zorgaanbieders betrokken, op het juiste moment en met de juiste zwaarte van de hulpverlening. En daarmee worden ook de beschikbare middelen op effectievere en efficiëntere wijze ingezet. Wat hebben wij geleerd in het project Kind in Fryslân? Een aantal kernpunten:

- Samenwerken lukt beter als er door betrokkenen actie wordt ondernomen om elkaar te vinden; het gaat concreet om contact zoeken, elkaar weten te vinden; samenwerken kan onder meer door de 2<sup>e</sup> lijn eerder voor advies of consultatie te betrekken; hulpverleners kunnen direct over en weer met elkaar overleggen, zonder tussenkomst van een andere persoon of organisatie.
- Het voorstel is om tot zorgcoördinatie te komen rond de hulp aan het kind; dat is mogelijk als er vanaf het begin goede afspraken worden gemaakt; de zorgcoördinator heeft als taken te zorgen voor heldere afspraken, en die afspraken te bewaken. Het is belangrijk dat de 2<sup>e</sup> lijn haar bevindingen na een behandeling overdraagt aan de zorgcoördinator, zodat de cirkel rond wordt gemaakt.
- Duidelijkheid over wie, wat, wanneer doet is belangrijk; het ordeningsprincipe, dat in het project Kind in Fryslân is ontwikkeld, geeft daarvoor bouwstenen.
- De hulp kan minder tijdsvolgordelijk, en juist meer parallel worden uitgevoerd: hulp en zorgcoördinatie kunnen meer in elkaar geschoven worden, zonder op elkaar 'te wachten'; een goede terugkoppeling van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn zorgt voor meer continuïteit.
- Kind en gezin dienen zo veel mogelijk centraal te staan; daarvoor is het nodig eigen regie te stimuleren.

<sup>1</sup> Het rapport is mede tot stand gekomen door de monitor die mogelijk is gemaakt door het ministerie van VWS.

- Samenwerken vraagt vooral om een andere, open houding bij alle betrokkenen. In Kind in Fryslân bleek dat mogelijk, en een gedeelde wens van alle betrokkenen.

### 1e en 2e lijn

De grens tussen 1e en 2e lijn is niet altijd scherp te trekken, en ook de termen zelf zijn wellicht aan vernieuwing toe. Hier betreft de 1e lijn vooral de signaleerders; de mensen die het probleem tegenkomen en daar in eerste instantie mee aan de slag gaan: school, maatschappelijk werk, CJG, enz. De 2e lijn zijn de specialisten die worden ingezet als specialistische hulp nodig is (BJZ, Jeugdhulp, Jeugd GGZ, enz.). In de aanpak van Kind in Fryslân is een strikt onderscheid eigenlijk niet relevant; de taken en het aanbod zouden juist een 'vloeiende lijn' moeten zijn.

Hierna worden de kernpunten nader uitgewerkt. Dat wordt gedaan aan de hand van een aantal thema's: samenwerken, orderingsprincipe, continuïteit en coördinatie, en dezelfde taal spreken.<sup>2</sup>

## 1.2 ■ Samenwerken

Samenwerken kan door eerder en sneller met elkaar te overleggen. Het gevoel dat er 'iets niet pluis' is moet sneller in actie resulteren. Het gaat vooral om het eerder contact zoeken en elkaars deskundigheid gebruiken: de 1<sup>e</sup> lijn kan gebruik maken van de deskundigheid bij de 2<sup>e</sup> lijn, de 2<sup>e</sup> lijn kan eerder bij een kind en gezin komen, via het professionele oordeel – de 'voelhorens' – van de 1<sup>e</sup> lijn. Door met elkaar op te trekken kan gebruik worden gemaakt van elkaars professionele expertise en deskundigheid. Daardoor wordt de hulp beter en de hulpvraag verhelderd. De hulp wordt passender; de kans dat niet de goede hulp wordt geboden, wordt kleiner.

*"Kom uit je hok  
en trek samen op."*

In Kind in Fryslân is geëxperimenteerd met het eerder om de tafel krijgen van betrokkenen. Dat begint met het gevoel bij de 1<sup>e</sup> lijn dat er 'meer aan de hand is' en dat er meer hulp nodig is, dan alleen de 1<sup>e</sup> lijn kan bieden. Door 'consultatieve' overleggen te organiseren tussen 1<sup>e</sup> lijn en enkele spelers uit de 2<sup>e</sup> lijn kan snel inzicht worden gekregen in wat de belangrijkste problemen zijn en wat er (op korte termijn) nodig is. Dat kan ook een collateraal zijn, als dat maar vroegtijdig georganiseerd wordt.

Samenwerken doe je heel praktisch: zorg dat je elkaar kent en dat je 'vindbaar' bent. De 1<sup>e</sup> lijn weet bij wie zij terecht kunnen als zij behoefte hebben aan advies of consultatie. De 2<sup>e</sup> lijn is met 'naam en gezicht' bekend. Bij de 1<sup>e</sup> lijn is behoefte aan inzicht in wat het specialistisch aanbod is. Laagdrempelige advisering is belangrijk vanuit de 2<sup>e</sup> lijn. Dat wordt nu ook wel georganiseerd, en daar kan nog veel meer gebruik van worden gemaakt.

*"Het gaat om de spelers,  
met rugnummers."*

Het begint vaak met het 'gevoel' dat een casus uit de hand dreigt te lopen of de hulp loopt vast. Bij dat soort casussen moet de betrokken hulpverlener actie ondernemen: consultatie bij andere betrokken hulpverleners organiseren en advies vragen.

<sup>2</sup> In tekstballonnen staan uitspraken die door betrokkenen zijn gedaan tijdens sessies en overleggen die voor Kind in Fryslân zijn gehouden.

De verwijfsindex is een goed hulpmiddel om in contact te kunnen komen met andere betrokkenen.

Ook in de terugkoppeling kan er meer worden samengewerkt. Als een hulptraject is afgesloten, moet de begeleiding niet stoppen. Je kunt dan als het ware niet volstaan met het (schriftelijk) toesturen van een eindverslag aan de organisatie aan wie het kind wordt overgedragen. Eigenlijk nog voordat een hulptraject wordt afgesloten, kunnen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn met elkaar overleggen over hoe het vervolg wordt aangepakt. De 1<sup>e</sup> lijn kan leren van de ervaringen: wat werkt in dit gezin, en wat werkt niet? Hoe kan ik dit gezin/kind het beste benaderen en verder begeleiden? Wanneer moet ik weer aan de bel trekken bij de 2<sup>e</sup> lijn? Juist bij kinderen waar veiligheid in het geding is, is zo'n optimale afstemming van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn nodig.

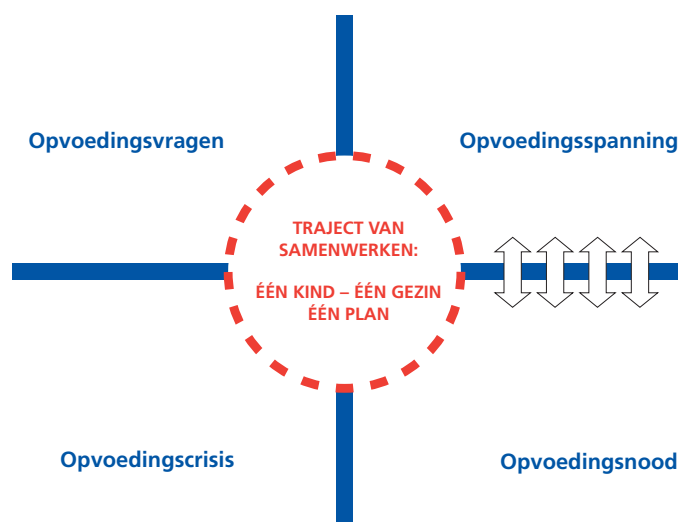
*"Het is een continu proces, het is nooit af; je sluit niet af, maar je zorgt dat het kind blijvend wordt gevolgd."*

### 1.3 ■ Ordeningsprincipe: wie, wat, wanneer

In het project Kind in Fryslân is geëxperimenteerd met een ordeningsprincipe (zie voor een uitgebreide toelichting hoofdstuk 3). Bij het ordeningsprincipe is uitgegaan van vier verschillende opvoedingssituaties ten aanzien van kind en gezin. Centraal bij de opvoedingssituaties staat de draagkracht-/draaglastverhouding. De vraag die (steeds) gesteld moet worden, is: is het gezin/kind (nog) in staat om de problemen op te lossen of is er in meerdere of mindere mate hulp of ondersteuning nodig?

Het ordeningsprincipe geeft in beginsel aan dat bij opvoedingsvragen geen hulp nodig is. Ouders zijn bij machte, eventueel met behulp van hun eigen netwerk, om een probleem op te lossen. Bij opvoedingsspanning is wel hulp nodig, maar het blijft bij vragen beantwoorden en lichte vormen van hulp. Bij opvoedingsnood- en -crisis is specialistische hulp nodig. Het kan bijvoorbeeld gaan om psychologische hulp, of in geval van onveilige situaties om een (tijdelijke) uithuisplaatsing.

#### Ordeningsprincipe Kind in Fryslân



Het ordeningsprincipe is een instrument om hulp eerder op de goede plek te geven. Met het ordeningsprincipe wordt duidelijk dat er grensvlakken zijn waar de keuze over wie, wat moet doen niet altijd duidelijk is. Er is een grijs gebied – de pijlen in de figuur

- met name tussen het tweede en derde kwadrant, waar niet op voorhand duidelijk is wie, wat, wanneer moet doen. Het gaat als het ware om de grensvlakken tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Die onduidelijkheid leidt er nu vaak toe dat er te lang gewacht wordt met (lichte) hulp, en een casus door kan schieten naar opvoedingsnood of een crisissituatie. Door een casus goed te monitoren en door een goede beoordeling van waar de casus zich in de kwadranten bevindt door 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn gezamenlijk, kan eerder en beter worden gesignaleerd welke hulp nodig is.


Uitwerking van het ordeningsprincipe maakt het mogelijk om voor elke opvoedingsfase een beslisboom op te stellen, waarbij vragen over de problematiek en de draagkracht-/draaglastverhouding kunnen leiden tot een antwoord wat de meest passende hulp zou moeten zijn, en – daaraan gekoppeld – wie dat kan aanbieden. Het ordeningsprincipe is op die manier een instrument dat in de praktijk handen en voeten geeft aan eerder en beter samenwerken.<sup>3</sup>

## 1.4 ■ Coördinatie en continuïteit

Een belangrijke conclusie uit het project Kind in Fryslân is dat de coördinatie of regie rond het kind beter kan. Opvallend is dat bij een deel van de casussen niet duidelijk is wie de regie heeft (zie hoofdstuk 2). Het gaat om coördinatie of regie in de zin van verantwoordelijkheid voor de voortgang – het proces – van de hulp. In Kind in Fryslân is daarvoor de term zorgcoördinatie gekozen. Het maakt niet zoveel uit wie de zorgcoördinatie heeft, als er maar coördinatie is. Bij lichtere problematiek (opvoedingsvragen en opvoedingsspanning) ligt het sowieso voor de hand dat de 1<sup>e</sup> lijn de regie heeft. Bij opvoedingsnood en opvoedingscrisis kan de 1<sup>e</sup> lijn de zorgcoördinatie voor het proces houden, en ligt de regie op behandeling of de ‘inhoudelijke kant’ van de hulp - de behandelcoördinatie - bij de 2<sup>e</sup> lijn.

Zorgcoördinatie gaat om het vaststellen van afspraken en het ‘zorgen’ dat de afspraken worden uitgevoerd. De zorgcoördinator moet vooral in de gaten houden dat er geen ‘hiaten’ in de keten ontstaan, zowel wat betreft de inhoudelijke kant van het hulpaanbod, als in termen van voortgang in de tijd. Hij of zij kan geen afspraken afdwingen, maar wel signaleren als het met het proces rond de hulp niet goed gaat.

De zorgcoördinator dient niet alleen naar het proces in de eigen organisatie te kijken, maar ook naar het proces en de voortgang bij andere organisaties die bij de casus betrokken zijn. Dat is een essentieel punt. De zorgcoördinatie moet als het ware over de muren van de verschillende betrokken organisaties heen plaatsvinden. Een voorwaarde daarvoor is dat betrokkenen open staan voor de inbreng en de vragen - de ‘bemoeienis’ - van anderen. Dat vraagt om een open houding bij alle betrokkenen.



***“De vrijblijvendheid moet eruit; goede afspraken maken en doen”.***

Belangrijk is ook om het gezin te betrekken bij de zorgcoördinatie, en wel zo snel mogelijk: praat met het gezin en niet over het gezin. In Kind in Fryslân is – zoals elders ook al - geconstateerd dat kind en gezin centraal dienen te staan. Het is van belang dat kind en gezin zoveel mogelijk één (centrale) contactpersoon hebben. Het ligt voor de hand dat de contactpersoon ook de zorgcoördinator is. Bij goed organiseren van

<sup>3</sup> Voor de situatie van opvoedingscrisis is het instrument al verder doorvertaald. Zie hoofdstuk 3.

coördinatie en continuïteit hoort ook het voorkómen van doublures bij bijvoorbeeld de intake. De intake kan één keer door de zorgcoördinator gedaan worden.

## 1.5 ■ Dezelfde taal spreken

Een ander belangrijk punt uit Kind in Fryslân: je moet dezelfde taal spreken. Zo zijn er nu voor de hiervoor genoemde zorgcoördinator verschillende termen, die ook verschillend worden ingevuld, zoals regisseur, cliëntondersteuner, trajectbegeleider, case-manager enz. Er zou voor alle betrokken partijen binnen de zorg op z'n minst bij de belangrijkste termen en functies meer eenduidigheid moeten komen. Dat elke organisatie en elk vakgebied zijn eigen 'taal' heeft is onvermijdelijk (en heeft voor een deel ook te maken met wettelijke kaders), maar over kernbegrippen zoals zorgcoördinatie en typen hulp moet meer duidelijkheid komen. Het ordeningsprincipe geeft ook hier bouwstenen om meer eenduidigheid te krijgen.

## 1.6 ■ Projectmatige aanpak Kind in Fryslân

Met de projectmatige aanpak van Kind in Fryslân bleek in het werken via de praktijk veel 'los' te kunnen worden gemaakt. Door anders naar een casus te kijken en eerder met elkaar om de tafel te gaan, is er in casussen eerder voortgang geboekt. Maar ook door binnen het project met veel betrokken hulpverleners – 'betrokken' in meerdere betekenissen – om de tafel te gaan, is er veel herkenning ontstaan van wat beter zou kunnen. In de casussen in het project Kind in Fryslân is er momentum ontstaan om zaken anders aan te pakken.

Het project Kind in Fryslân heeft laten zien dat er op de werkvloer behoefte is aan samenwerken. Er zijn allerlei belemmeringen die samenwerken lastig maken: wettelijke regelingen, financiën, case load en tijdgebrek. Met een juiste aanpak en houding is er wel degelijk veel te realiseren. De wil is er.



*"Deden we dit altijd maar zo"*

## 1.7 ■ Aanbevelingen

1. Effectievere hulp vereist coördinatie. Het is belangrijk om te kiezen voor 1 kind, gezin, 1 plan. Daarbij hoort regie en coördinatie. 1 kind, 1 gezin, 1 plan is niet te bereiken zonder regie en coördinatie.
2. Maak de rollen en taken van de zorgcoördinator en de behandelcoördinator expliciet. Betrokken organisaties en medewerkers kunnen daar afspraken over maken en die ook uitvoeren. Accepteer dat de zorgcoördinator zijn of haar verantwoordelijkheid moet kunnen nemen, ook richting andere organisaties.
3. Zorg ervoor dat er 1 contactpersoon komt voor het gezin. Dat moet degene zijn die het beste toegang heeft tot het gezin en een vertrouwensrelatie kan opbouwen.

4. Zorg voor 1 intake en een soepele informatieoverdracht tussen betrokken partijen door daarover concrete afspraken te maken en digitale dossiers en informatie zoveel mogelijk volgens een standaard vorm uit te wisselen. Ontwikkel daarvoor digitale formats.
5. Empowerment van kind en gezin is belangrijk; op die manier kan er gewerkt worden aan eigen regie door het kind/gezin.
6. Samenwerking tussen 1e lijn en 2e lijn mag niet vrijblijvend zijn en moet door de hele organisatie erkend en ondersteund worden, zowel op bestuurlijk, management- als uitvoerend niveau.
7. Zorg dat hulpverleners in de 1e en 2e lijn kennis hebben van elkaars taken, verantwoordelijkheden, mogelijkheden en onmogelijkheden. Zorg dus voor kennisuitwisseling en ontmoeting.
8. Investeer fors in deskundigheidsbevordering voor de 1e lijn. De 1e lijn zal instrumenten – tools – en de kennis moeten krijgen om de problematiek bij kind en gezin te herkennen, en zal inzicht moeten krijgen in het aanbod van de 2e lijn.
9. Zorg voor een goede en efficiënte manier van verslaglegging en goede informatievoorziening van de 1e naar de 2e lijn en vice versa. Gebruik daarbij zoveel mogelijk standaard digitale vormen. Er moet aandacht zijn voor goede communicatie tussen 1e en 2e lijn, tussen verschillende hulporganisaties en tussen management en werkvloer.
10. Goede terugkoppeling door de 2e lijn is belangrijk. Begeleiding van een casus moet niet stoppen na de behandeling, maar naadloos worden overgenomen. Zorg voor instrumenten om casussen te blijven monitoren.
11. Schakel de 2e lijn vaker en eerder consultatief in; het gaat daarbij niet direct om diagnostiek en overdracht.
12. Maak meer gebruik van de verwijsindex; de verwijsindex is er en is een goed hulpmiddel om elkaar in een vroeg stadium bij een casus te vinden.
13. Stel teams vanuit betrokken organisaties zo samen dat er multidisciplinaire teams ontstaan, en er optimaal van de aanwezige kennis en ervaring gebruik kan worden gemaakt.
14. Probeer de zorg te organiseren vanuit één gezamenlijke diagnose/één diagnostisch kader. Zorg voor afstemming in zorgprogramma's – bijvoorbeeld via het ordeningsprincipe – en voorkóm dat er niet steeds een nieuwe indicatie met een nieuw traject wordt ingezet.
15. Gebruik een eenduidig begrippenkader en spreek 1 taal.



### Maak een vervolg op het project Kind in Fryslân:

- Pas het ordeningsprincipe toe en werk het daarbij behorende begrippenkader verder uit; spreek af dat het ordeningsprincipe wordt gebruikt.
- Werk het digitale instrument waarin het ordeningsprincipe en de beslisboom zijn vervat, verder uit voor verschillende situaties en pas het toe.
- Verbind verschillende projecten en initiatieven binnen de zorg voor kind en gezin (denk aan samenwerking op de school, ontwikkelingen rond CJG, zorgcoördinatie etc.) met elkaar op basis van de uitgangspunten die Kind in Fryslân aandraagt; door een meer programmatische structuur rond projecten, ontstaat er meer samenhang wat het totaal versterkt.
- Werk een digitaal dossier voor de cliënt verder uit en ga daarmee experimenteren zodat de eigen regie over de hulp goed kan worden ingevuld met behulp van eigen dossierbeheer.
- Vermijd zoveel mogelijk bij meer structurele uitvoering van de nieuwe aanpak bij de betrokken organisaties administratieve, financiële en organisatorische belemmeringen.

## 1.8 ■ Leeswijzer rapport

In het vervolg van dit rapport worden de conclusies en aanbevelingen die hiervoor zijn gegeven, verder uitgewerkt.

In hoofdstuk 2 wordt teruggekeken naar de inventarisatie van casussen om de huidige aanvliegroute te inventariseren. Daarna komt het ordeningsprincipe aan bod dat in het project Kind in Fryslân is ontwikkeld (hoofdstuk 3). In het laatste hoofdstuk komen de ervaringen in casussen met een andere aanpak (de zogenaamde 'schuivende panelen') aan bod.

Het project Kind in Fryslân is gebaseerd op casuïstiek. Die casuïstiek komt met name in de hoofdstukken 2 en 4 aan bod. In deze hoofdstukken zijn voorbeelden gegeven van casussen. Dit zijn niet de werkelijke casussen, maar geanonimiseerde en bewerkte casussen. In dit rapport worden niet alle casussen in detail beschreven.

In de tekst worden (geanonimiseerde) citaten gegeven uit de casussen of van andere betrokkenen bij het project.

Achtergrondinformatie en een verantwoording van de opzet en uitvoering van Kind in Fryslân en van de monitor staan in een afzonderlijk bijlagenrapport (opvraagbaar bij de provincie Fryslân).

Ten slotte: in dit rapport worden de termen kind en jongere gebruikt voor de doelgroep van het project Kind in Fryslân: kinderen tot ongeveer 18 jaar. Ook wordt de term gezin gebruikt, terwijl door de zorg zelf vaak de term 'systeem' wordt gebruikt omdat 'gezin' vaak niet de lading dekt van de complexe thuisituatie van sommige kinderen.

# 2



## Lessen van nu: de weerbarstige werkelijkheid

In dit hoofdstuk komt de huidige praktijk aan de orde zoals die in het project Kind in Fryslân is onderzocht. De praktijk is in beeld gebracht door naar een aantal casussen te kijken. Hierna wordt eerst ingegaan op ervaringen met processen rond de casussen: hoe zien hulprocessen rond kind en gezin eruit, en welke informatie is daarover beschikbaar? Daarna komen ervaringen aan de orde met knelpunten in casussen. Dat levert een aantal thema's en vraagpunten op uit de praktijk. Die thema's en vraagpunten vormen de basis voor een aanzet voor een nieuwe werkwijze. (Die in hoofdstuk 3 en 4 uiteengezet wordt.)

De analyse van de casussen is op twee manieren gedaan. Ten eerste is gekeken naar opvallende zaken bij de informatieverzameling (paragraaf 2.1). Ten tweede is ingezoomd op wat er in de casussen zelf is gebeurd (paragraaf 2.2). Het totale proces per casus is bekeken en er is gekeken welke knelpunten en hiaten er zijn of ervaren worden. Op basis daarvan is een aantal bouwstenen gegeven voor een nieuwe werkwijze (paragraaf 2.3).

### **Casussen**

De informatie hier is gebaseerd op een selectie van casussen. De conclusies zijn niet representatief voor alle hulp die wordt gegeven. De casussen betreffen veelal de moeilijker 'gevallen', waar de organisatie van de hulpverlening ook ingewikkelder is. Veel hulptrajecten lopen wél goed en zonder (veel) knelpunten. Het gaat dus nadrukkelijk om casuïstiek.

De informatie uit de casussen is aangedragen door verschillende hulpinstellingen uit Leeuwarden en uit de regio zuidwest Fryslân/samenwerkingsverband voor voortgezet onderwijs Fultura.

In dit hoofdstuk gaat het om de casussen uit de eerste ronde casussen van het project Kind in Fryslân waarin vooral is teruggekeken om knelpunten uit de huidige praktijk in beeld te krijgen.

## **2.1 ■ Informatie en processen**

De rondgang langs de organisaties om casusbeschrijvingen te krijgen, levert informatie op over hoe casussen worden beschreven, hoe dossiers eruit zien, enz. Omdat informatie uit meerdere casussen is verzameld, kan daar op basis van verschillen in de informatievoorziening zelf, al een aantal bevindingen uit worden gehaald.

### **Inzicht in het hele proces rond een kind?**

Op basis van de verkregen informatie was het meestal mogelijk om de stappen die in een casus werden gezet, in de tijd aan te geven. Een eerste bevinding is dat het proces rond een casus lang niet altijd inzichtelijk in beeld is. Met dat proces bedoelen wij de stappen die in het hele traject met kind en gezin zijn gedaan, en een overzicht van wie bij welke stap betrokken is. Niet altijd was te achterhalen welke organisaties bij welke stap op wat voor manier betrokken waren. Ook was niet altijd duidelijk of en op welke manier kind en gezin betrokken waren. Daardoor is op basis van de casusbeschrijvingen niet altijd duidelijk wie bij welke stap beslissingen heeft genomen, en wie daarover op welke manier geïnformeerd is. In een aantal gevallen is wel aangegeven wie betrokken waren, maar is de rol en de inbreng van betrokken partijen niet duidelijk uit de casussen te herleiden.

Nu kan het zijn dat voor de analyse hier, niet alle relevante informatie uit het dossier naar voren is gekomen, en er eventueel informatie over het proces mist. Niettemin is de (eerste) indruk dat in de casusbeschrijvingen en dossiers een helder overzicht van het totale proces en wie waarbij betrokken is, niet altijd volledig aanwezig is. Dat is gegeven de vraagstelling rond Kind in Fryslân relevant. Immers, vragen betreffen onder meer de mate van continuïteit en aansluiting van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Een voorzichtige conclusie is dat een helder overzicht van het totale proces rond een kind niet altijd direct en overzichtelijk voor alle betrokkenen voorhanden is, ook niet ten behoeve interdisciplinair overleg of overdracht van een casus.

### **Verschillen in opzet dossiers**

Bij een aantal casussen is inzicht geweest in de (formele) dossiers of andere basisinformatie over de casus. Op basis daarvan is een voorlopige bevinding dat de dossiers en basisinformatie (het wie wat, wanneer bij een casus) qua opzet per instelling nogal

verschillen. Meestal is er wel sprake van een min of meer chronologische opzet, alleen omdat vervolgens alle documentatie daarin is gevoegd, is het lastig om snel een helder onderscheid te maken tussen bijvoorbeeld een brief met belangrijke informatie over de voortgang van het traject, of achtergrondinformatie in de vorm van een psychologisch rapport. In een paar gevallen bestond de informatie voornamelijk uit contactinformatie, wat neerkomt op een chronologische weergave van contacten of e-mails.

Een conclusie is dat de inhoud van dossiers en basisinformatie over casussen per organisatie nogal uiteenlopen, wat gevolgen kan hebben voor de overdraagbaarheid van informatie. Het lijkt in de praktijk zo te zijn dat veel relevante informatie vooral 'in het hoofd' van de verantwoordelijke begeleider zit en wellicht ook in overleggen aan de orde komt, maar niet expliciet in de (formele) dossiers terecht komt. In de praktijk worden dossiers daarom wel aangevuld met chronologische overzichten van contacten met kind en gezin, maar die lijken niet volgens een bepaald systeem te zijn opgezet. Ook dit is relevant voor het project, omdat het kan betekenen dat bij overdracht een organisatie juist daardoor geneigd is om een eigen intake te houden en een eigen dossier op te bouwen, omdat de informatie van de meest betrokken organisatie uit een voorgaande stap niet volledig is, of niet goed past bij de eigen opzet rond intake en dossiervorming.

## 2.2 ■ Ervaringen uit de casussen

De casussen uit de eerste ronde leveren inzicht op over hoe het tot nu toe gaat in de hulp aan kinderen. Hierna komt een aantal waarnemingen en bevindingen van het project Kind in Fryslân aan de orde. Wij gaan niet in op de afzonderlijke casussen – wel worden er (geanonimiseerde) voorbeelden gegeven.

De nadruk ligt hier vanzelfsprekend op wat er minder goed ging in de aansluiting van 1e en 2e lijn. Dat wil niet zeggen dat de hulp aan de kinderen niet effectief was. Daar kunnen wij hier geen uitspraak over doen. De ervaringen uit de casussen geven het 'gevoel dat de aanpak rond een kind beter had gekund'.

Hierna wordt in de tekst in kaders een aantal (geanonimiseerde) casussen als voorbeeld beschreven. Dat gebeurt meestal alleen als een korte beschrijving, en ook een keer in de vorm van een processchema. Dat processchema is bedoeld als voorbeeld van hoe een casus in de tijd verloopt, en welke partijen er bij de verschillende stappen betrokken zijn.<sup>4</sup>

De gesignaleerde knelpunten zijn gegroepeerd aan de hand van een aantal thema's:

- 'De problemen komen weer terug': continuïteit van de hulp
- Het gezin of het kind?
- Lang wachten: handelingsonmacht 1e lijn?
- Eigen regie van kind en gezin?
- Andere problemen vormen vaak een drempel
- Wie is regisseur? ... en wat is een regisseur?
- De kern: aansluiting 1e/2e lijn

<sup>4</sup> Van meerdere casussen is een processchema opgesteld; zie daarvoor het bijlagenrapport (opvraagbaar bij de provincie Fryslân).

### **'De problemen komen weer terug': continuïteit van de hulp**

In de meeste casussen is er al een voorgeschiedenis. Casussen blijken vaak te gaan om kinderen/gezinnen die al in hulpverlening bekend zijn en kinderen/gezinnen die al eerder vormen van hulp hebben gehad. Vaak is er dan wel wat gedaan (opvoedbegeleiding, gezinshulp, een therapie o.i.d.), en is dat gestopt of afgerond. Kennelijk waren de problemen daarmee (structureel) niet voorbij of verholpen. Het kind/gezin wordt daarna niet of zijdelings in de gaten gehouden of gemonitord en komt pas weer in beeld na een melding bij bijvoorbeeld een crisissituatie.

#### **'De problemen verergeren'**

*Begin 2008 zijn er problemen gesignaleerd. Er is sprake van geweld, opvoedingsonmacht, respectloos gedrag. Daarom is er een aanmelding bij de Raad van de Kinderbescherming en Jeugdzorg. Saris wordt voor begeleiding ingezet. Er komt IAG (Intensieve Ambulante gezinsbehandeling) en Family First wordt ingezet. Later wordt ook Accare betrokken voor psychologisch/psychiatrisch onderzoek. De problematiek verergert zich echter, onder andere door drugsgebruik. Uiteindelijk wordt besloten tot uithuisplaatsing en komt er een Renn4-indicatie. Het is dan 2011.*

Verder is de insteek van de 1<sup>e</sup> lijn veelal gericht op ondersteuning van ouders. Als ouders het niet meer aankunnen, dan pas wordt gekeken naar kindproblematiek. Het vraagstuk is dan echter (veelal) al hardnekkiger geworden. Dit werd met name ook bevestigd door de betrokken scholen. Zij geven aan dat naarmate de leeftijd opschuift, het aantal betrokken hulpverleners groter wordt en de vraagstukken hardnekkiger.

#### **'De problemen komen weer terug'**

*Een meisje van 16 heeft grote problemen rond drugsgebruik en gedragsproblemen. Er zijn psychologische problemen (angst, paniek). Het meisje is al eens uit huis gezet en een jaar in het Poortje geweest. Ze is al een jaar nauwelijks naar school geweest. De situatie speelt al vanaf 2008. Er is een 2e lijnstraject gericht op het gezin, maar dat loopt niet goed. In 2010 is een AMK-melding gedaan. Het kind accepteert geen hulp van VNN. Veel partijen zijn al betrokken (geweest): twee scholen voortgezet onderwijs, ZAT, Jeugdzorg, het Poortje, bureau TAB, Accare, VNN. In deze casus loopt de overgang rond het 16e jaar zeer problematisch; het kind wil niet meer naar school, en weigert hulp. De hulp na het Poortje slaat niet aan, de problematiek blijft en verergert zich. Eigenlijk wordt op dit moment niet de goede hulp geboden.*

### **Het gezin of het kind?**

In de meeste casussen betreft de hulpvraag naast een probleem met het kind de gezinssituatie. In een aantal casussen ligt het kernprobleem zelfs bij het gezin of een ouder, terwijl het met het kind zelf eigenlijk niet zo slecht gaat. De diagnostiek gaat dan vooral over het gezin of een ouder met problemen. Daarmee is meestal de gezinssituatie het uitgangspunt voor de hulp. Het hulpaanbod bestaat vervolgens uit een mix van vormen van gezinshulp en individuele trajecten voor een ouder. Op zich is dat ook niet erg, als het probleem inderdaad daar ligt.

### **'Met het kind gaat het goed ...'**

*Moeder heeft veel problemen en heeft moeite haar leven te structureren. Er is sprake van psychoses. Verder is vader meestal niet aanwezig. Er was huiselijke geweld tussen vader en moeder. VTO Vroeghulp, Bureau Jeugdzorg en Ouder en Kindgroep MOD (Medisch Orthopedagogisch Dagverblijf) zijn betrokken. Met het kind gaat het ondertussen goed. Ze woont deels bij haar oma, en dat is een veilige omgeving. Op school gaat het ook goed.*

### **Lang wachten: handelingsonmacht bij de 1<sup>e</sup> lijn?**

In een aantal casussen valt een zekere 'onmacht' van hulpverleners op. De indruk is dat de 1<sup>e</sup> lijn in een (te) late fase gespecialiseerde hulp inzet. Soms wordt er lang gewacht met doorverwijzing; 1<sup>e</sup> lijnhulpverleners zijn vooral bezig contact met de ouder(s) op te bouwen of te behouden. De 1<sup>e</sup> lijn lijkt in de praktijk te worstelen met het onderbouwen van hun 'niet pluis gevoel'. 1<sup>e</sup> lijnhulpverleners lijken soms te twijfelen: de vertrouwensrelatie met het gezin behouden of (extra) zorg voor het kind inschakelen, en daarmee mogelijk de vertrouwensrelatie schaden. Als men te lang wacht wordt men soms 'overvallen' door ontwikkelingen bij het kind/gezin.

Daarnaast spelen ook formele zaken een rol: wachttijden, criteria voor meldingen e.d. Men mag niet altijd doen wat men graag zou willen, omdat er gewacht moet worden op een indicatie, een onderzoek, een besluit enz. De indruk is dat de 1<sup>e</sup> lijn op een gegeven moment wel hulp wil inschakelen, maar dat kan in de huidige context alleen als zij het aanmelden bij Bureau Jeugdzorg. Als het kind dan wordt aangemeld, heeft de 1<sup>e</sup> lijn het gevoel dat het kind is overgedragen en dat er een ander traject gaat lopen, waar zij niet meer in mee (hoeven te) lopen.

### **Voorbeeldcasus**

*De casus gaat over een kind van 16. Hij gaat niet naar school. Thuis gaat het ook niet goed. De ouders zijn gescheiden en dat levert veel problemen thuis. Het probleem is echter al van langer geleden. Op de basisschool was er al sprake van spijbelgedrag. Met de nieuwe school (vo) zijn afspraken gemaakt, maar die worden niet nagekomen voor het kind.*

*Er is al allerlei ondersteuning rond het kind en het gezin: IAG, gezinsbegeleiding. Omdat er te weinig voortgang wordt gemaakt, wordt die begeleiding gestopt. Moeder krijgt een assertiviteitstraining. Kind krijgt een training Rots en Water. Er wordt ook geadviseerd om te kijken naar een pleegezin. Ondertussen zijn al veel partijen betrokken: Jeugdzorg, GGZ, Jeugdhulp, schoolmaatschappelijk werk, Kinnik, ZAT, en scholen.*

*Al met al is het een langdurig traject. Het kind komt in de loop van ruim twee jaar meer dan 20 keer in het ZAT aan de orde. Het probleem wordt echter niet snel opgelost. Na de nadruk op opvoeden en de thuissituatie wordt er nu toch ook gekeken naar psychiatrische en/of gedragsproblemen.*

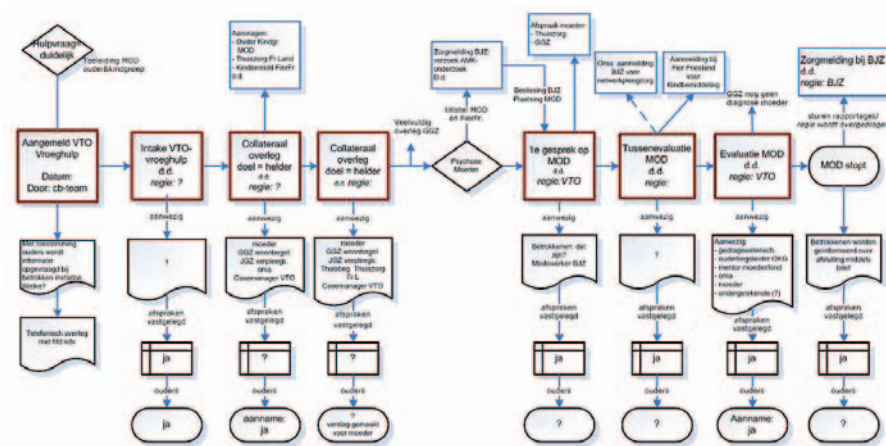
### **Eigen regie van kind en gezin?**

In alle casussen worden kind en gezin betrokken bij het traject. Er zijn intakes, overleggen waar ze bij zitten, en/of er is contact met een contactpersoon/ casemanager. In hoeverre de ouder of het kind ook daadwerkelijk zelf besluit over (vervolg)trajecten is

### Voorbeeldcasus

Als het kind 3 is zijn er problemen. Die hebben vooral te maken met moeder. Er zijn verschillende organisaties betrokken: VTO Vroeghulp, GGZ, JGZ, Thuiszorg, Fier Fryslân. In het begin is niet duidelijk wie de regie heeft. Er is een GGZ-aanmelding voor moeder, echter door omstandigheden is daar niks mee gedaan. Als het kind 6 jaar is, is er weer een aanmelding. Ook nu zijn veel partijen betrokken, waaronder BJZ. Er wordt besloten tot dagbehandeling in het MOD (Medisch Orthopedagogische Dagverblijf). MOD wordt echter gestopt, onder andere omdat moeder niet komt opdagen. Er wordt een zorgmelding gedaan, en de regie wordt – schriftelijk – overgedragen aan BJZ. De vraag is echter wat er nu gedaan moet worden en wie dat op zich gaat nemen.

Hierna is een processchema gegeven. Dat processchema is bedoeld als voorbeeld van hoe een casus in de tijd verloopt, en welke partijen er bij de verschillende stappen betrokken zijn. (In het bijlagenrapport is van meerdere casussen een processchema opgesteld).



niet duidelijk. In de casussen zijn geen gerichte acties gevonden om de eigen regie van kind/gezin te versterken (bijvoorbeeld door vormen van empowerment).

Er is in de aangeleverde informatie weinig zicht op concrete afspraken over hoe hulpverleners uit de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn omgaan met informatie, communicatie en beslissingen, en de rol van kind en gezin daarin. Het lijkt erop dat de – veronderstelde - formele toestemming (een handtekening die nodig is die nodig is om gegevens door te spelen aan andere organisaties of om hulptrajecten aan te gaan) als een belemmering wordt ervaren.

### Andere problemen vormen vaak een drempel

In een aantal gevallen vormen (psychiatrische of drugs)problemen – meestal van de ouder - een beperking om verder te komen met het hulpaanbod. Het is dan moeilijk afspraken te maken of na te komen. Laat staan dat dan regie daadwerkelijk bij de ouder en kind kan komen te liggen. In sommige casussen valt op dat psychische/ psychiatrische problemen vaak wel al bekend zijn, maar dan pas laat in het traject echt worden onderzocht. Soms loopt er al wel behandeling, maar is dat (nog) geen oplossing van het probleem van de ouder.

### Wie is regisseur?

Er is in de casusbeschrijvingen en dossiers 'gezocht' naar een regisseur. Een regisseur beschouwen we in het project Kind in Fryslân als iemand die de contacten met het kind/gezin onderhoudt en de hulp – ook die van andere organisaties – in zekere mate coördineert. Het is dus niet degene die de zorg inhoudelijk bepaalt, maar degene die het traject begeleidt.

#### **'Wie neemt regie?'**

*Er is een voorgeschiedenis met het kind in verband met eventueel ADHD. Dit was al bekend. 1e verwijzing was via huisarts. Er is nu een nieuwe aanmelding via het KOPP-team van de GGZ. Op dit moment wordt er geconstateerd dat er 'zorgen zijn over de ontwikkeling van dit kind', en dat er 'passende' zorg zou moeten komen in de vorm van hulp voor de moeder, van Bureau Jeugdzorg en de huisarts. Het is nog niet helemaal duidelijk wie het voortouw en de coördinatie op zich neemt.*

Niet altijd is er expliciet één persoon of organisatie als regisseur aangewezen. De organisatie waar het kind in eerste instantie aangemeld is, neemt vaak een regierol op zich. Wie de regie of coördinatie heeft, lijkt hiermee eerder af te hangen waar in de betreffende fase van het traject de nadruk van het hulpaanbod ligt.

Over de regisseursrol lijkt er een duidelijke knip tussen 1<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> lijn: de 1<sup>e</sup> lijn heeft de regisseursrol zolang de 2<sup>e</sup> lijn niet is betrokken; zodra de 2<sup>e</sup> lijn is betrokken, neemt de 2<sup>e</sup> lijn de rol over. De grondslag daarvoor ligt waarschijnlijk in behandelingsbevoegdheden (op basis van wettelijke kaders), maar mogelijk ook in kennis en expertise over welke deskundigheid precies nodig is (het probleem wordt complexer).

### ... en wat is een regisseur?

Uit de casussen wordt niet altijd duidelijk wat een eventuele regisseur is en wat zijn/haar taken zijn. Er worden ook verschillende termen gebruikt door verschillende organisaties: (keten)regisseur, trajectbegeleider, casemanager enz. Die komen deels voort uit verschillende wettelijke verantwoordelijkheden van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnspartijen. Het is uit de casusbeschrijvingen niet duidelijk wat nou precies de verantwoordelijkheid is en welke bevoegdheden deze persoon heeft. Zeker bij overdracht van een casus naar een andere organisatie lijkt het er op dat onvoldoende expliciet wordt gemaakt wie regie heeft (of houdt), en wat de regie precies inhoudt. In de praktijk lijkt de regisseur eigenlijk vooral de contactpersoon voor het kind/gezin te zijn.

#### **'Regisseur'**

*De praktische contacten (informatie-overdracht, collateraal overleg) zijn allemaal redelijk goed. De 1e lijn heeft de eerste maanden contact; dan wordt een 2e lijnstraject ingezet. Over mogelijk uitstel van het traject ontstaat discussie tussen Bureau jeugdzorg en VTO Vroeghulp. Dan blijkt de cliënt bij het 2e lijnstraject niet op te komen dagen; het traject wordt daarom stopgezet. VTO Vroeghulp had tot dan expliciet de regisseursrol bij deze casus, maar vindt eigenlijk dat – aangezien de problematiek vooral bij moeder ligt – de regie bij BJZ zou moeten liggen. Men komt er niet uit...*



### De kern: aansluiting 1<sup>e</sup>/2<sup>e</sup> lijn

Een beeld dat uit de casussen op komt is dat het bij een casus soms lastig is te bepalen wanneer de problematiek zo zwaar of complex wordt dat anderen (de 2<sup>e</sup> lijn) betrokken moeten worden. Soms is het duidelijk en wordt daarop aangestuurd, soms is het niet duidelijk en blijft het als het ware wat 'hangen'. Het duurt soms lang voordat de stap naar een melding of diagnostiek plaatsvindt.<sup>5</sup>

Een vraag die uit de onderzochte casussen naar voren komt, is wanneer en hoe gebruik wordt gemaakt van de verschillende deskundigheden. Op welk moment kan de 1<sup>e</sup> lijn 'aankloppen' bij de 2<sup>e</sup> lijn en waar moet dat dan over gaan? Deskundigheid vanuit de 2<sup>e</sup> lijn wordt lang niet altijd bij het begin van een traject ingezet. Een knelpunt dat genoemd wordt, is dat er wachttijden zijn voor onderzoek vanuit specifieke deskundigheid.

De aansluiting van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn lijkt de 'kern van het probleem'. Veel van de hiervoor signaleerde knelpunten hebben direct of indirect te maken met communicatie, overdracht en samenwerking tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn.

## 2.3 ■ Samenvatting bevindingen eerste ronde casussen

De eerste ronde van casussen levert een aantal knelpunten op. Daarbij moet wel worden bedacht dat de informatie hier gebaseerd is op een selectie van casussen. De conclusies zijn niet representatief voor alle hulp die wordt gegeven. De casussen betroffen veelal de moeilijker 'gevallen', waar de organisatie van de hulpverlening ook ingewikkelder is.<sup>6</sup> Het gaat dus nadrukkelijk om casuïstiek.

De knelpunten in de casussen zijn hier gegroepeerd rond de volgende onderwerpen.

- Gebrek aan regie rond kind/gezin. Vaak is er weinig focus op het kind en het gezin en wordt het hulptraject vooral door het aanbod gestuurd. Het kind en het gezin hebben lang niet altijd de eigen regie over wat er moet gebeuren.
- Continuïteit in zorg en hulp/aansluiting 1e en 2e lijn. Er is onvoldoende continuïteit en met name de overdracht van 1e naar 2e lijn kan gebrekkig zijn. Hierbij speelt informatie-overdracht een rol, maar ook de vraag wie de regisseursrol heeft en wie verantwoordelijk is.
- Integrale diagnostiek. Een vroegtijdige en integrale diagnostiek kan problemen in het traject voorkomen. Nu lijkt het erop dat de diagnostiek niet altijd vroeg gebeurt en niet vanuit verschillende invalshoeken.

Het is niet zo dat de knelpunten betekenen dat de zorg en hulp nu slecht en ineffectief zijn. Het is, zoals gezegd, casuïstiek. Door betrokkenen wordt wel vaak ervaren dat het beter kan. Hierna zijn de ervaren knelpunten in een tabel samengevat.

#### **Gebrek aan regie rond kind/gezin**

- kinderen raken 'tussen wal en schip' door formele/bureaucratische structuren, gebrek aan tijd, en verkeerde verwachtingen tussen partijen onderling
- eigen regie wordt in de praktijk beperkt door lvg-problematiek en psychiatrische/psychologische problemen
- er is samenhang tussen regie en wens om kind en gezin meer centraal te stellen.

<sup>5</sup> Opvallend is bijvoorbeeld dat in twee casussen (uiteindelijk) vanuit justitiële hoek (Raad voor de Kinderbescherming, politie) de zet wordt gegeven om de 2e-lijnszorg in te schakelen, en dat dus daar ook gebeurt.

<sup>6</sup> Over ervaringen rond hulpverlening in Fryslân in het algemeen is eind 2011 een 'verhalenboek' verschenen. Zie Kinderen en Gabriël Anthonio, Bewogen verhalen, Jeugdhulp Friesland, Leeuwarden, november 2011.

### **Continuïteit in zorg en hulp/aansluiting 1e en 2e lijn**

- te weinig continuïteit van het zorgproces in de hele keten
- onvoldoende overdracht van informatie en afstemming tussen 1e en 2e lijn
- geen gestandaardiseerde dossiervorming
- vooral 2e lijn is teveel aanbodgericht waarbij aanbod standaard wordt aangeboden en afgesloten met te weinig terugkoppeling naar 1e lijn; het probleem is dan niet altijd opgelost
- de tijd tussen 1e lijn en inzetten geïndiceerde zorg is te lang; door het uitblijven van tijdige interventie dreigt escalatie en het complexer worden van het probleem
- onvoldoende afstemming tussen 1e en 2e lijn beperkt integrale aanpak kind en gezin
- kinderen die tussen wal en schip dreigen te raken: zorg/hulp wacht op elkaar (bijvoorbeeld wachten op een beslissing van de Raad voor de Kinderbescherming)
- het aantal betrokken zorgverleners en overleggen is groot, en het aantal goede en concrete (vervolg)afspraken is klein.

### **Integrale diagnostiek Integrale diagnostiek**

- geen sluitende aanpak, doordat te weinig integraal naar het probleem wordt gekeken
- knelpunten in samenwerking: verschillen in wet- en regelgeving per organisatie
- manier van communiceren verschilt per organisatie, zoals interne verslaglegging
- teveel werken vanuit eigen discipline (onvoldoende kennis over werkwijze en mogelijkheden van ander)
- te weinig kennis bij vindplaats (school, kinderdagverblijf enz.)
- te weinig samenhang tussen verschillende vormen van zorgaanbod: iedere organisatie kent zijn eigen diagnostiek en behandelprocedures.

Knelpunten in de manier waarop hulp en zorg worden aangeboden zijn bovendien niet specifiek voor Fryslân. Elders worden doorgaans dezelfde type knelpunten ervaren. Hier wordt niet ingegaan op landelijke ervaringen met zorg voor de jeugd of studies naar knelpunten in de zorg voor de jeugd. Wel kan in het algemeen worden opgemerkt dat de waarnemingen in Kind in Fryslân redelijk in lijn liggen met waarnemingen die elders zijn gedaan.<sup>7</sup>

### **Financiën en organisatie**

Naast deze knelpunten die met de hulp en zorg zelf te maken hebben, zijn in de casussen ook knelpunten genoemd op het gebied van financiën en organisatie. Omdat het project Kind in Fryslân niet primair daarover gaat, zijn ze hiervoor niet genoemd. Een aantal zaken die in de casussen wel zijn genoemd, zijn:

- beperkte financiering voor overlegtijd (= geen hulpverleningstijd);
- tijdelijkheid projectfinanciering;
- aanbod wordt niet geïntegreerd aangeboden, maar is afhankelijk van regelgeving/financiering;
- gebrek aan tijd voor overleg;
- verschillende financier (gemeente/CJG, provincie, AWBZ/Zvw).

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, Jeugdzorg dichterbij, Tweede Kamer der Staten Generaal, Den Haag, mei 2010, Nederlands Jeugdinstituut, Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel, Utrecht, mei 2011, Commissie Zorg om Jeugd, Van Klein naar Groot, i.o.v. de vereniging Nederlandse Gemeenten, Den Haag, juni 2009, T. van Yperen, M. van der Steege, A. Addink en L. Boendermaker, Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg, Nederlands Jeugdinstituut, 2010.



## Hulp in kwadranten: het ordeningsprincipe

In dit hoofdstuk gaat het over het ordeningsprincipe dat in het project Kind in Fryslân is ontwikkeld. Dat ordeningsprincipe is een instrument dat de problematiek rond een kind plaatst binnen een kader van vier opvoedingsfasen. Het instrument kan gebruikt worden om te bepalen welk type problemen er bij een casus speelt. Aan de hand daarvan kan bepaald worden wie de geëigende partij is om hulp te bieden. In een vervolgstap kan ook zorgaanbod daaraan worden gekoppeld.

In paragraaf 3.1 wordt de ‘theorie’ achter het ordeningsprincipe uitgelegd. Daarna wordt ingegaan op hoe het in praktijk werkt (paragraaf 3.2) en volgt een voorbeeld van een verdere uitwerking naar toepassing in integrale diagnostiek.

### 3.1 ■ Ordeningsprincipe

#### Opvoedingsschema Kousemaker

In een schema van Kousemaker wordt de hulp gekoppeld aan de opvoedings situatie en de rol van de ouders daarin. Die benadering geeft vier situaties aan.<sup>8</sup>

#### 1 Opvoedingsvragen

Het kind heeft thuis, op school of op straat weinig tot geen problemen. Het kind ontwikkelt zich normaal. Opvoedingsvragen zijn naar tevredenheid op te lossen. De ouder(s) voelt(en) zich competent. Er is voldoende steun uit het eigen netwerk rond het gezin.

<sup>8</sup> Gebaseerd op het schema van Kousemaker en Timmens-Huijgens.

## 2 Opvoedingsspanning<sup>9</sup>

Er is regelmatig een probleem met het kind thuis, op school of op straat. Er zijn vragen over de psychische en gedragsontwikkeling van het kind. Men vindt de opvoeding van het kind vaak moeilijk. Dat kan uitmonden in chronische opvoedings-stress. De ouder voelt zich onzeker of niet competent. Er is maar af en toe steun uit het eigen netwerk.

## 3 Opvoedingsnood

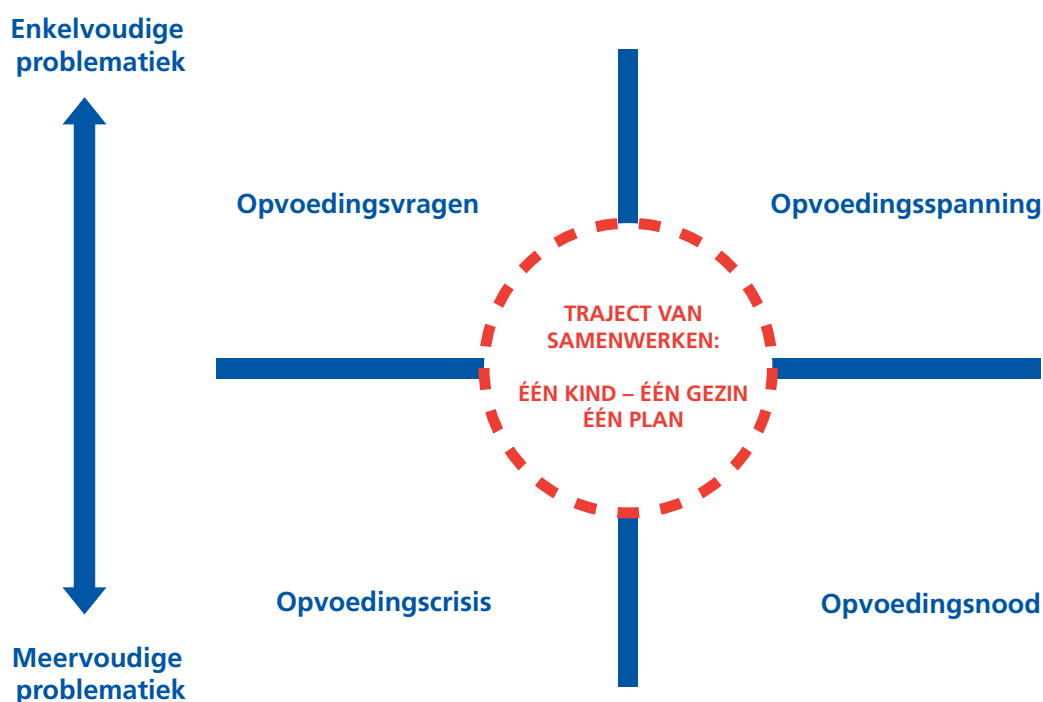
Het leven van het kind thuis, op school of op straat is een aaneenschakeling van problemen. Het kind vertoont merkwaardig gedrag of heeft onbegrijpelijke emoties. De relatie tussen kind en ouder is ernstig verstoord. De ouder voelt zich machteloos en de situatie lijkt onoplosbaar. De ouders lopen vast in de opvoeding. Het netwerk rond het gezin functioneert niet meer.

## 4 Opvoedingscrisis

Er is een acute probleemsituatie met het kind. Het kind is een gevaar voor zichzelf of anderen. De ouders kunnen het niet meer aan en geven het op. De ouder heeft de controle verloren of kan de veiligheid van het kind niet meer garanderen. De ouders zijn noch samen, noch apart in staat om op dit moment het kind op te voeden. Het eigen netwerk kan nu niet bijspringen.

De opvoedingsfasen zijn samengevat in het schema hierna. Op basis van de indeling van Kousemaker en een indeling naar enkelvoudige en meervoudige problematiek (zoals gebruikt in Friesland) is het volgende 'assenschema' ontwikkeld. De opvoedingsfasen van Kousemaker zijn in de kwadranten geplaatst (de 'velden' tussen de twee assen). Enkelvoudige problematiek zit bovenin het schema; meervoudige, complexe problematiek in de onderste helft.

### Ordeningsprincipe Kind in Fryslân



<sup>9</sup> Soms worden vijf situaties onderscheiden, waarbij de opvoedingsspanning is opgedeeld in gewone en verhoogde opvoedingsspanning.

Meer dan 90% van de kinderen bevindt zich in de eerste twee kwadranten en komt niet in aanraking met geïndiceerde zorg voor de jeugd. De overige kinderen wel; zij vallen in de onderste helft: er is sprake van opvoedingsnood of van een crisissituatie, waarin hulp moet worden geboden.

Het SCP schat het aantal 0-17-jarigen die één of andere vorm van jeugdzorg ontvangen, op 7,5% van alle kinderen. Dit percentage past binnen de range van jeugdigen die met serieuze (15%), respectievelijk structureel ernstige (5%) opvoed- en opgroei problemen te maken hebben.<sup>10</sup>

Bij de vier opvoedingsfasen past een bepaalde vorm van interventie. Bij opvoedingsvragen is geen hulp nodig. Men kan vragen zelf beantwoorden. Algemene voorlichting heeft hier wel een plaats. Bij opvoedingsspanning is er wel een lichte vorm van hulp nodig. Het kan gaan om een persoonlijk advies of een vorm van begeleiding. In beginsel is het vooral de 1<sup>e</sup> lijn die hier in beeld is. Bij opvoedingsnood en opvoedingscrisis is hulp noodzakelijk, doorgaans vanuit de 2<sup>e</sup> lijn.

Het principe van draagkracht-/draaglastverhouding betekent ook dat soms een kind waar 'objectief gemeten' problemen mee zijn - het kind heeft bijvoorbeeld stevig autisme - toch weinig of geen hulp nodig heeft, omdat het gezin en de omgeving goed met het probleem omgaat. Andersom, kan de situatie zijn dat met het kind niet veel aan de hand is, maar de situatie thuis toch om hulp vraagt of onveilig is vanwege problematiek bij de opvoeder(s).

#### **Schema: Opvoedingsfasen\***

##### **OPVOEDINGSVRAGEN:**

- Vragen van ouders zijn naar tevredenheid op te lossen
- Ouders voelen zich competent
- Ouders hebben behoefte aan informatie en uitwisselen van ervaringen
- De steun in het eigen netwerk voldoet
- Er kunnen vragen zijn rondom de ontwikkeling van het kind (bijv. is het gewoon dat mijn kind altijd zo doet?)
- De draagkracht - draaglast verhouding in het gezin is in balans
- De regie van eventuele zorg ligt in handen van ouders of de jongere zelf, advies vanuit de 1e lijns organisaties voor zorg voor jeugd kan gewenst zijn

##### **OPVOEDINGSSPANNING:**

- Opvoedingsvragen van ouders zijn niet soepel oplosbaar, er is sprake van beginnende problemen
- Ouders twifelen soms aan de eigen opvoedingsvaardigheden, competenties
- Ouders hebben behoefte aan vrijblijvend advies en ondersteuning, bijvoorbeeld van een professional
- De ondersteuning van het eigen netwerk komt soms tekort
- Er kan sprake zijn van spanning rond de ontwikkeling van het kind (bijv. waarom wordt mijn kind steeds gepest?)
- De draagkracht - draaglast verhouding in het gezin raakt soms in onbalans
- De regie van de eventuele zorg ligt liefst in handen van ouders of de jongere zelf, ondersteuning ook in de regie vanuit de 1e lijns organisaties voor zorg voor jeugd kan gewenst zijn.

##### **OPVOEDINGSCRISIS:**

- Opvoedingsproblemen worden acuut - escaleren
- Het gevoel bij ouders van competente opvoeders is (tijdelijk) verdwenen
- Ouders hebben directe behoefte aan opvoedingsondersteuning/steun en/of behandeling
- De steun in het eigen netwerk is onvoldoende
- Er kunnen vragen zijn rondom een ontwikkelingscrisis van het kind (bijvoorbeeld: mijn kind heeft mij bedreigd met een mes, wat moet ik doen?)
- De draagkracht - draaglast verhouding in het gezin is acuut en ernstig verstoord
- De regie kan vanuit de 1e of 2e lijn vormgegeven worden, de behandelcoördinatie ligt in handen van de 2e lijn

##### **OPVOEDINGSNOOD:**

- Opvoedingsproblemen zijn hardnekkig en complex
- Ouders voelen zich machteloos en incompetent aangaande de opvoeding
- Ouders hebben behoefte aan intensieve opvoedingsondersteuning/behandeling
- De steun in het eigen netwerk is onvoldoende of niet aanwezig
- Er kunnen vragen zijn rondom de ontwikkelingsnood van het kind (bijv.: mijn kind heeft een ontwikkelingsachterstand van twee jaar, hoe ga ik hiermee om?)

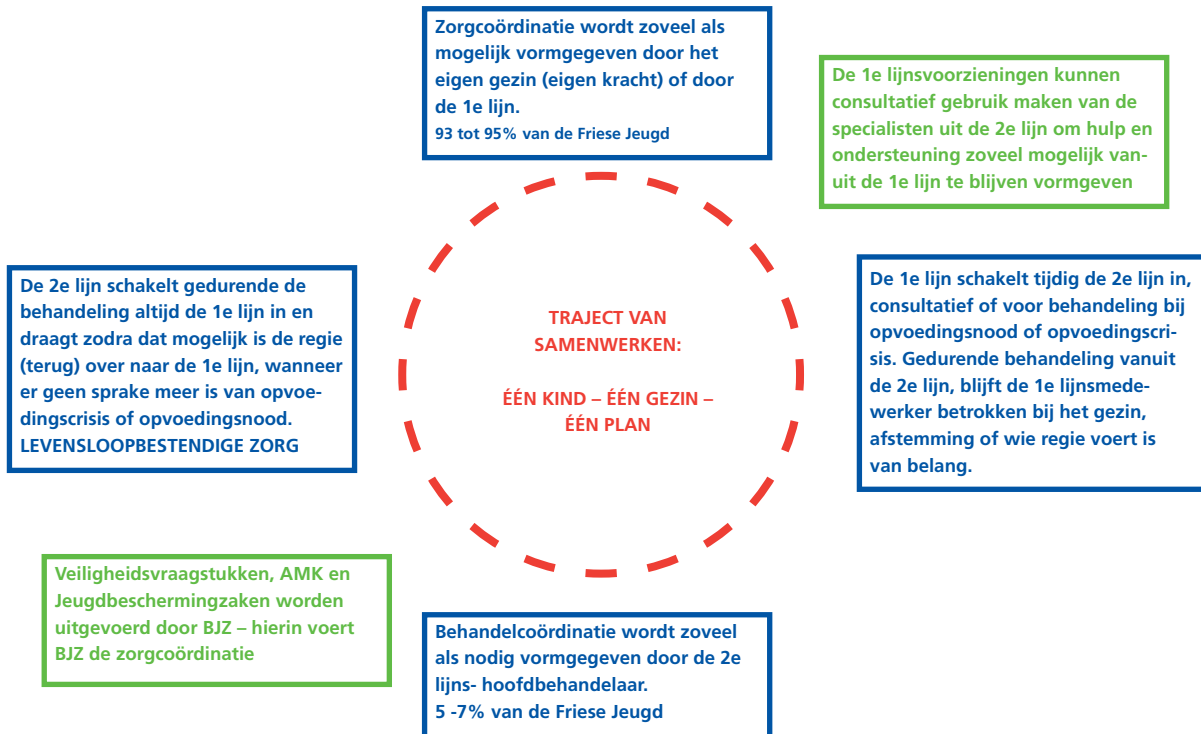
\* Gebaseerd op opvoedingsschema van Kousemaker.

### 3.2 ■ De praktijk: wie, wat, wanneer

Met het schema van Kousemaker kan inzichtelijk worden gemaakt waar de vragen die in het project Kind in Fryslân centraal staan, zich voordoen. De 1<sup>e</sup> lijn moet in de situatie van opvoedingsvragen en -spanning vragen kunnen beantwoorden, advies kunnen geven en eventueel begeleiden. Gezien de lichtere problematiek en de rol van de CJG's op deze terreinen ligt het voor de hand dat bij opvoedingsvragen en -spanning de 1<sup>e</sup> lijn de regie heeft. Bij opvoedingsnood en -crisis is de 2<sup>e</sup> lijn sowieso verantwoordelijk voor de behandeling. De behandelcoördinatie ligt bij hen; de 1<sup>e</sup> lijn kan wel de coördinatie voor het proces houden.

Het is eigenlijk de situatie zoals die ook is bij de huisarts en specialistische medische zorg. De huisarts geeft zorg zolang hij dat kan, maar verwijst door als specialistische zorg nodig is. De huisarts is echter niet uit beeld; hij krijgt de resultaten van onderzoeken of behandelingen en bespreekt die ook weer met zijn patiënt.

#### Schema: Ordeningsschema en rol 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn



De 1<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> lijn spelen een belangrijke rol in het schakelmoment van opvoedingsspanning naar opvoedingscrisis en -nood. Wat doet de 1<sup>e</sup> lijn en wanneer wordt de 2<sup>e</sup> lijn ingeschakeld? Op basis van het 'model' van Kousemaker, kan dat schakelmoment worden gebaseerd op een inschatting van de draagkracht-draaglast van gezinnen. Ook kan worden gekeken of deskundigheid van de 2<sup>e</sup> lijn naar voren gehaald kan worden zonder dat – of om te voorkomen dat – het gezin in een situatie van opvoedingsnood of opvoedingscrisis komt. Er kan op dat moment een gezamenlijk probleemanalyse worden gedaan en vervolgens daarop een hulplan worden opgesteld. En er kan gezamenlijk worden gekeken in welk kwadrant de problematiek zit.

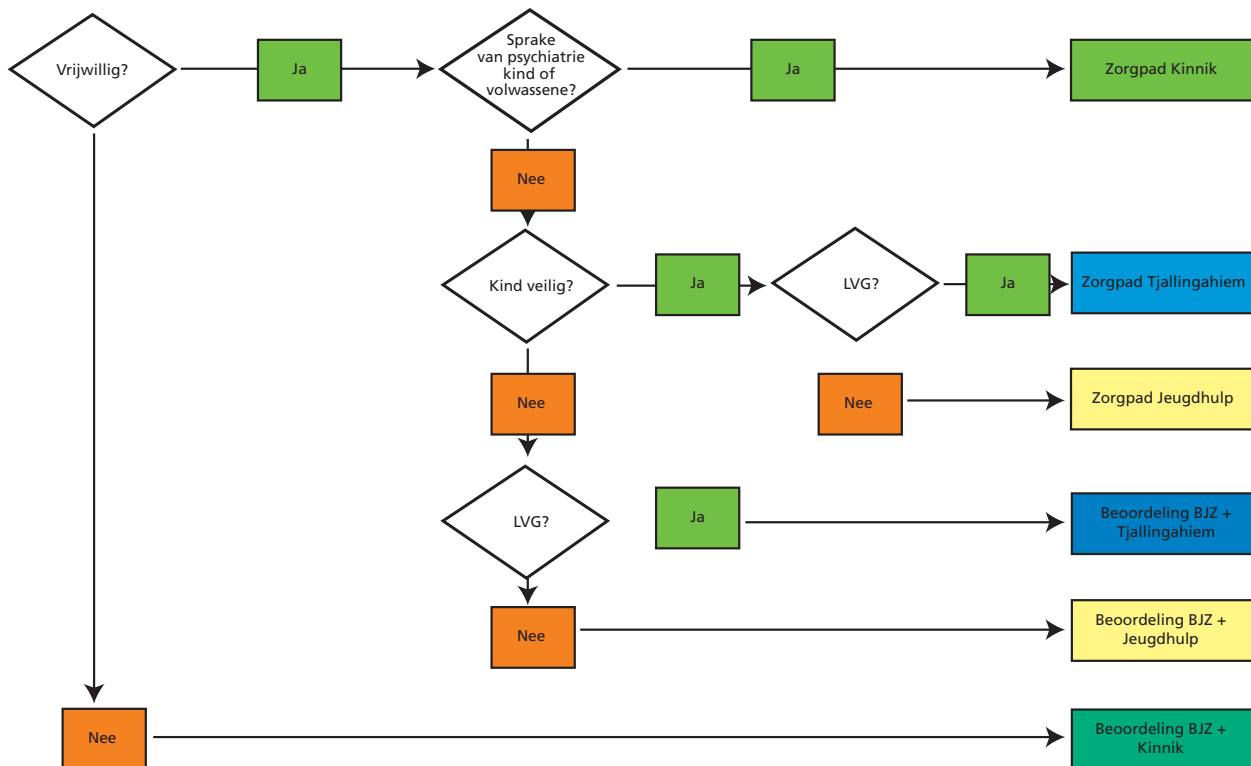
Het schema kan ook gebruikt worden om te bezien of de 2<sup>e</sup> lijnshulp de vorm kan krijgen van kortlopende zorgbehandelingstrajecten waarbij de zorg zo snel mogelijk weer teruggelegd kan worden bij de 1<sup>e</sup> lijn.

### 3.3 ■ Uitwerking naar integrale diagnostiek

Uitwerking van het ordeningsprincipe maakt het mogelijk om voor elke opvoedingsfase een beslisboom op te stellen, waarbij vragen over de problematiek en de draagkracht-/ draaglastverhouding leiden tot een antwoord wat de meest passende hulp zou moeten zijn, en – daaraan gekoppeld – wie dat kan aanbieden. Vooral dit laatste ‘model’ is een instrument dat in de praktijk eerder en beter samenwerken handen en voeten geeft. Daarmee ontstaat op basis van het ordeningsprincipe een instrument voor integrale diagnostiek.

Dit ‘model’ of instrument kan in beginsel voor verschillende doelgroepen worden uitgewerkt: spoedeisende hulp, hulp voorlichting verstandelijk gehandicapten, hulp voor groepen met een ernstiger cognitieve beperking, enz.

In het kader van het project Kind in Fryslân is dit niet gedaan. Daarvoor ontbrak de tijd. Maar er is wel een aanzet gedaan dat als voorbeeld kan dienen. Het model is als voorbeeld uitgewerkt voor de situatie van opvoedingscrisis.



#### **Voorbeeld: beslisboom opvoedingscrisis**

Het beslismodel laat zien hoe in een aantal logische stappen via de beslisboom een eerste analyse kan worden gemaakt van de aard en eerst van de problematiek, en van wat daar in beginsel voor hulpaanbod bij zou passen.

Het model is digitaal uitgewerkt voor de situatie van opvoedingscrisis, waarbij de beslisboom via een interactieve website kan worden gebruikt. Zowel het ordeningsprincipe als de beslisboom zijn dan met een druk op de knop, dan wel het aanraken van een ipad-scherm te bedienen. Achter die – eenvoudige – bediening zit de content in de vorm van beschrijvingen van hulpaanbod en van verschillende hulporganisaties. Dit digitale instrument moet nog verder worden uitgewerkt voor verschillende situaties (de kwadranten uit het ordeningsprincipe) en gevuld worden met content.

# 4



## Lessen voor de toekomst: schuivende panelen

Het project Kind in Fryslân kent als aanpak 'learning on the job'. In een aantal (8) casussen is geëxperimenteerd met een nieuwe werkwijze. Die nieuwe aanpak is vooral gericht op betere afstemming en samenwerking in het schakelmoment tussen 1e en 2e lijn. In dit hoofdstuk worden de ervaringen met die casussen beschreven. Dat leidt tot een aantal 'bouwstenen' voor de toekomst. Een belangrijke vraag in de casussen was steeds: hoe gebruik je de deskundigheid van de 2e lijn in een vroeg stadium in de 1e lijn?

### Experimenteren in casussen

Er is steeds gezocht naar casussen waar nog zoveel mogelijk 'ruimte' was om te experimenteren. Het moest gaan om casussen waar nog niet een 2e lijnstraject was vastgelegd op basis van een indicatie, maar waarbij de 1e lijn wel het idee had dat er meer moest gebeuren dan alleen begeleiding vanuit de 1e lijn. Bij voorkeur moest het gaan om casussen die net waren aangemeld. In de praktijk bleek dit vaak moeilijk. Nogal wat casussen hebben sowieso een voorgeschiedenis en zijn in die zin niet echt 'nieuw'.

De casussen zijn ook hier aangeleverd door de betrokken instellingen. De nieuwe aanpak is vervolgens als het ware aangezwengeld door leden van het projectteam. In de praktijk kwam dat meestal neer op het op korte termijn organiseren van overleggen over de casussen waar zowel 1e als 2e lijn betrokkenen aanschoven. Ter plekke werd de casus besproken en werden vervolgspraken gemaakt. Bij de casussen wordt gebruik gemaakt van het ordeningsprincipe.

In dit hoofdstuk gaat het om de casussen uit de tweede ronde casussen van het project Kind in Fryslân waarin geëxperimenteerd is.



Hierna volgt het verslag van de ervaringen met de tweede ronde casussen. In de casussen zijn oplossingen en succesfactoren genoemd die helpen om de knelpunten op te lossen. De resultaten van Kind in Fryslân worden hier gerangschikt naar de 'hoofdthema's'. Die hoofdthema's zijn niet geheel dekkend voor alles wat over de resultaten van Kind in Fryslân gezegd kan worden en overlappen elkaar deels. Dat neemt niet weg dat ze als 'clustering' wel toegepast kunnen worden. De hoofdthema's hebben te maken met de wens dat de hulp en zorg zo wordt georganiseerd dat:

- de zorgcoördinatie rond het proces goed geregeld is
- de begeleiding en hulp continu is
- de diagnostiek integraal is.

De hoofdthema's worden hierna per paragraaf behandeld. Eerst wordt gekeken naar het proces van het opzetten en uitvoeren van casussen binnen het project Kind in Fryslân. Dat levert een aantal 'bouwstenen' op voor een aanpak van de zorg voor de jeugd volgens de uitgangspunten van Kind in Fryslân.

#### 4.1 ■ Opzetten en uitvoeren van de casussen

Het is lastig om in de zorg een verandering in te voeren, die in gaat tegen de reguliere, min of meer formele werkprocessen. Die algemene constatering is ook van toepassing op Kind in Fryslân. In het proces van Kind in Fryslân en met name in het organiseren van casussen bleek er over het algemeen veel enthousiasme over doel en opzet; de daadwerkelijke uitwerking bleek weerbarstiger. Deels heeft dat te maken met wat hiervoor is genoemd: de ideale casussen bestaan niet (de ideale omstandigheden overigens ook niet). Binnen het project moest gewerkt worden met de aanwezige casussen.

Deels heeft het te maken met andere oorzaken. Zo speelt mee dat het project Kind in Fryslân een project is zonder de mogelijkheid van een bekostiging van de tijd die medewerkers in het project stoppen. Dat betekent dat de werklust voor het project bovenop de reguliere werkzaamheden komt. Het blijkt dan lastig om snel een stevig aantal relevante casussen te krijgen. Geld en tijd spelen daarbij zeker een rol. Maar ook is de indruk dat het lastig is om binnen organisaties veranderingen van hoog (bestuurlijk) naar laag (werkvloer) niveau voldoende bekendheid te geven, en in werking te zetten. Dit ondanks het bestuurlijk commitment dat er bij Kind in Fryslân was en is, en een communicatietraject dat is uitgevoerd.<sup>11</sup>

Een andere constatering is dat het in de praktijk van de casussen moeilijk bleek te zijn om vanuit een frisse blik naar casussen en werkprocessen te kijken. Vaak werd in casussen geopperd om zaken te doen, die eigenlijk heel 'regulier' zijn. In een casus werd als aanpak een collateraal overleg voorgesteld. Dat ging vervolgens voorlopig niet door, omdat het lastig bleek iedereen bij elkaar te krijgen. Binnen Kind in Fryslân is toen – in lijn met het uitgangspunt van sneller werken – in een kleinere groep wel verder gewerkt. Ook blijkt dat het belang van – en het wachten op – formele toestemmingen en onderzoeken nog groot is. Ingrijpen bij bepaalde casussen bleek lastig omdat er nou eenmaal een indicatie voor iets anders lag. Daar kon kennelijk (nog) niet omheen worden gegaan. Bij een meer structurele uitvoering van de aanpak bij de betrokken organisaties moet met dit soort belemmeringen rekening worden gehouden.

11 Met onder andere klankbordbijeenkomsten en nieuwsbrieven.

## 4.2 ■ Zorgcoördinatie rond het proces

Als er één verbetering door alle betrokkenen wordt onderschreven, dan is het wel de behoefte aan een regisseur of coördinator. Die regisseur of coördinator is degene die het proces in de gaten houdt en zorgt dat de zaken gebeuren die moeten gebeuren. Op de vraag hoe die regisseur of coördinator er uit moet zien, wordt hierna ingegaan. Daarnaast gaat het ook om de eigen regie van kind/gezin en om de mate waarin kind en gezin centraal staan in het hulpaanbod.

### Zorgcoördinator

Bij casussen in de 2<sup>e</sup> ronde is gewezen op het ‘tussen wal en schip’ raken van een kind. Bij een aantal casussen was niet duidelijk wie de regie of coördinatie had. Daar is met Kind in Fryslân geprobeerd helderheid te krijgen over wie de coördinatie heeft en wat dat dan inhoudt. Het ordeningsprincipe is hierbij ingezet (zie hoofdstuk 3). Regie in de zin van verantwoordelijkheid voor de voortgang – het proces – van de hulp is wel duidelijk als de hulpvraag eenvoudig is, en het nog gaat om opvoedingsvragen of lichte opvoedingsspanning, of als het gaat om zware hulpvragen waar indicatie en diagnostiek gedaan zijn. Juist in het tussengebied – als het ware tussen de kwadranten van het ordeningsprincipe - is het niet duidelijk voor betrokkenen wie de coördinatie rond het proces heeft.

Door vroegtijdig de coördinatievraag expliciet te maken, worden hiaten voorkómen. Een factor die meespeelt, is dat partijen verschillende verwachtingen van elkaar hebben: ‘als een hulporganisatie uit de 2<sup>e</sup> lijn niet de regie heeft, dan zal een organisatie uit de 1<sup>e</sup> lijn hem wel hebben’, of andersom. Verwachtingen over wie wat doet met betrekking tot de coördinatie zijn dus te weinig expliciet, maar kunnen via heldere afspraken wel expliciet worden gemaakt.

Wie de coördinatie heeft, is één ding, wat die coördinatie inhoudt, is een andere zaak. De uitkomst van het project Kind in Fryslân is dat er behoefte is aan coördinatie op het proces. Dat betekent dat de coördinatie over wat er inhoudelijk wordt aangeboden aan zorg en hulp bij de betreffende organisaties blijft liggen. De coördinatie betreft dus het proces, wat hier de zorgcoördinatie wordt genoemd. Het gaat om het vaststellen van afspraken en het ‘zorgen’ dat de afspraken worden nagekomen, en op korte termijn – snel - worden uitgevoerd.

Er zijn nu verschillende termen voor deze regiefunctie, die ook verschillend worden ingevuld, zoals regisseur, cliëntondersteuner, trajectbegeleider, casemanager enz. Het is van belang dat over deze rol meer eenduidigheid komt. Vanuit het project Kind in Fryslân worden de termen zorgcoördinatie en behandelcoördinatie voorgesteld. (In paragraaf 4.5 worden die begrippen nader uitgewerkt.)

Een waarneming van Kind in Fryslân is dat het voor betrokkenen niet zoveel uitmaakt wie de coördinatie heeft. Dat kan verschillen naar gelang de aard en fase van een casus, conform het ordeningsprincipe. Bovendien dient de zorgcoördinator niet alleen naar het proces in de eigen organisatie te kijken, maar ook naar het proces en de voortgang bij andere organisaties die bij de casus berokken zijn. Dat vraagt om een open houding bij alle betrokkenen.

De regisseur als zorgcoördinator moet vooral in de gaten houden dat er geen ‘hiaten’ in de keten ontstaan, zowel wat betreft de inhoud van het zorgaanbod als het (tijds) proces. De regisseur die verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie van het proces

kan, gegeven de huidige verdeling van taken en bevoegdheden over organisaties, niet afspraken afdwingen. Wel zou de coördinator een signaalfunctie moeten hebben: als het proces niet goed loopt, moet dat worden gemeld bij de verantwoordelijke managers/deskundigen bij de betrokken organisaties.

De spiegelzijde van samenwerken is dat men van elkaar accepteert dat er af en toe 'in de keuken wordt gekeken', en dat een zorgcoördinator ook het proces van derden bewaakt. Het accepteren daarvan en de open houding die daarvoor nodig is, zijn belangrijke factoren in het succes van deze aanpak.

### **Eigen regie**

Door alle betrokkenen wordt onderkend dat eigen regie van kind/gezin bijdraagt aan de effectiviteit van de hulp. Dat betekent dat er meer vraaggericht moet worden gewerkt en bijvoorbeeld empowerment van kind en gezin belangrijk is. In elk geval zou de eigen regie moeten worden ondersteund en gestimuleerd.<sup>12</sup> Het is aanbevelenswaardig om (verder) te werken aan een digitaal dossier voor de cliënt, zodat geëxperimenteerd kan worden met eigen regie over de hulp met behulp van eigen dossierbeheer.

Hier doen zich in de praktijk overigens wel beperkingen voor. Juist bij casussen die 'tussen wal en schip' vallen is niet kunnen of niet willen vaak een probleem. Het helemaal vraaggericht werken is dan lastig. Soms is de hulpvraag niet duidelijk voor hulpverleners. Belangrijk is dat juist bij deze groep kinderen die 'tussen wal en schip' dreigen te komen, onveiligheid, lvg-problematiek of psychiatrische/psychologische problemen relatief vaak voorkomen. Het feit dat het om dat type vaak complexere problemen gaat, beperkt de eigen regie. De spiegelzijde is dat juist in die gevallen intensiever en eerder 'de vinger aan de pols' wordt gehouden.

### **Kind en gezin centraal**

In Kind in Fryslân is vaak geconstateerd dat kind en gezin centraal moeten staan. In Kind in Fryslân is geprobeerd invulling te geven aan een totale, integrale problematiek rond kind en gezin: 1 kind, 1 gezin, 1 plan. Er is daarbij een relatie tussen regisseur en 'het kind en gezin centraal'. Aan de ene kant kan regie en coördinatie alleen effectief plaatsvinden indien daadwerkelijk er 1 kind, 1 gezin, 1 plan is. Immers, anders betreft de regie alleen een deelprobleem of een deel van de aangeboden hulp. Aan de andere kant zal de focus van de regisseur op de totale, integrale problematiek rond een kind en gezin moeten liggen. Het coördineren van het zorgproces is in die zin niet vrijblijvend: het moet daadwerkelijk bijdragen aan een brede benadering waarbij kind en gezin centraal staan.

Daarbij hoort dat het kind en gezin gestimuleerd worden om de eigen regie te kunnen pakken. Dat vraagt om empowerment. Dat is nodig, omdat de ervaring leert dat dat niet vanzelf komt.

Binnen benadering van 1 kind, 1 gezin, 1 plan is het van belang dat kind en gezin zoveel mogelijk één (centrale) contactpersoon hebben. Daarmee is niet gezegd dat die contactpersoon perse de zorgcoördinator is, alhoewel het wel helpt als alle contact- en coördinatie-taken bij een en dezelfde persoon liggen. Dat kan ook bijdragen aan het voorkómen van doublures bij bijvoorbeeld de intake. Een soepele informatieoverdracht tussen betrokken partijen kan alleen door daarover concrete afspraken te maken.

<sup>12</sup> Zie ook bijvoorbeeld het recent advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), *Ontzorgen en normaliseren, Naar een sterke eerstelijns Jeugd- en gezinszorg*, Den Haag, april 2012).

Bovendien is het nodig om dossiers en informatie zoveel mogelijk digitaal en volgens een standaard vorm uit te wisselen.

#### Aanzet voor oplossingen

- Effectievere hulp vereist coördinatie. Het is belangrijk om te kiezen voor 1 kind, gezin, 1 plan. Daarbij hoort regie en coördinatie. 1 kind, 1 gezin, 1 plan is niet te bereiken zonder regie en coördinatie.
- Maak de rol en taak van zorgcoördinator expliciet. Betrokken organisaties en medewerkers kunnen daar afspraken over maken en die ook uitvoeren. Accepteer dat de zorgcoördinator zijn of haar verantwoordelijkheid moet kunnen nemen, ook richting andere organisaties.
- Zorg ervoor dat er 1 contactpersoon komt voor het gezin. Dat moet degene zijn die het beste toegang heeft tot het gezin en een vertrouwensrelatie kan opbouwen.
- Zorg voor 1 intake en een soepele informatieoverdracht tussen betrokken partijen door daarover concrete afspraken te maken en digitale dossiers en informatie zoveel mogelijk volgens een standaard vorm uit te wisselen. Ontwikkel daarvoor digitale formats.
- Empowerment van kind en gezin is belangrijk; op die manier kan er gewerkt worden aan eigen regie door het kind/gezin.

### 4.3 ■ Continuïteit begeleiding en hulp (afstemming 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn)

Het project Kind in Fryslân levert veel voorbeelden op van ‘hiaten’ in de keten (zie hoofdstuk 2). Door betrokkenen wordt dat als een belangrijk probleem gezien. De keten van hulp zou beter op elkaar moeten aansluiten. Steun moet worden gegeven zolang en intensief als nodig, met als uitgangspunt ‘licht als het kan, zwaar als het moet’. Centraal staat hier de samenwerking tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Dat gaat twee kanten op: in een vroeg stadium zouden deskundigen beschikbaar moeten zijn bij de hulp aan kind en gezin; andersom, moet er continuïteit zijn door goed te terug te koppelen naar de 1<sup>e</sup> lijn. In het veld is veel behoefte aan een betere samenwerking. Daar waar ermee is geëxperimenteerd in het project Kind in Fryslân leidt dat tot positieve reacties.

#### Aansluiting 1<sup>e</sup> – 2<sup>e</sup> lijn

Uit de casussen blijkt dat professionals niet gewend zijn om hun blik extern te richten en te gaan samenwerken met andere partijen. Daar waar dat nu gebeurt, is dat meestal op basis van persoonlijke, afzonderlijke contacten, niet op basis van een systematische werkwijze. Dat heeft vaak te maken met tijd en middelen. De 2<sup>e</sup> lijn is mede vanwege financiering en het ‘moeten draaien van productie’ vaak teveel bezig het programma af te draaien, waarna er weinig aandacht is voor een goede terugkoppeling.<sup>13</sup>

De werkdruk in de 2<sup>e</sup> lijn leidt ook de aandacht af van inzet in meer op preventie gerichte maatregelen. Het gaat er uiteindelijk om zoveel mogelijk preventief te werken in plaats van dat hulpverlening pas op gang komt als de problematiek al te complex is. Dat vereist samenwerking tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. De 1<sup>e</sup> lijn zal instrumenten – de tools – en de kennis moeten krijgen om de problematiek bij kind en gezin te herkennen. Het gaat

<sup>13</sup> Het ‘moeten draaien van productie’ is in een aantal casussen genoemd als een belemmering voor de inzet van de 2<sup>e</sup> lijn.

om het vroegtijdig samen optrekken: het 4-ogen principe – het gezamenlijk kijken naar de problematiek en mogelijke oplossingen.

Naast tijd en middelen is ook de kennis en houding van hulpverleners in zowel 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn van belang voor succes. Vroegtijdige deskundigheid betrekken, vraagt om een andere houding bij de 1<sup>e</sup> lijn, en om bekendheid met wat er 'te koop is'. De 1<sup>e</sup> lijn moet meer inzicht hebben in mogelijke vormen van hulp bij bepaalde gesignaleerde problematiek. Het gaat er daarbij ook om dat de 1<sup>e</sup> lijn advies durft te vragen op het moment dat 'je je zorgen maakt om een kind'. Die 'verbreding van de blik', moet tot stand komen door instrumenten daarvoor te ontwikkelen en aan deskundigheidsbevordering te doen.

Tegelijkertijd moet er voor worden gewaakt dat de 1<sup>e</sup> lijn als het ware de hulpverlener wordt. De 1<sup>e</sup> lijn blijft in de eerste plaats signaleerder en aanbieder van voorlichting en lichte vormen van hulp (via bijvoorbeeld het CJG). Het gaat er om de 1<sup>e</sup> lijn en signaleerders de tools te geven zodat hij/zij het 'niet pluis gevoel' kan beoordelen en stappen kan zetten om de juiste hulp erbij te halen. De 2<sup>e</sup> lijn blijft de aanbieder van specialistische hulp.

Om succesvol te zijn, is het nodig om over een aantal min of meer 'bureaucratische regels' als het ware heen te stappen, of in elk geval te zorgen dat ze niet belemmerend zijn voor de voortgang. Lichte ambulante hulp zonder indicatie moet kunnen, zonder direct naar Bureau Jeugdzorg te stappen; op basis van tussenkomst van BJZ/verwijzing is dit ook mogelijk. Voorkómen moet worden dat bijvoorbeeld bij een AMK-melding er plotseling een aantal dingen niet meer gedaan mag worden. Het kan dan ook vaker gaan om tijdelijke, korte en lichte vormen van hulp (denk aan tijdelijke gezinscoaching, kortlopende therapie e.d.).

In de casussen is geëxperimenteerd met een adviserende of consultatieve rol van de 2<sup>e</sup> lijn. Het gaat om het tijdelijk 'erbij halen' van de 2<sup>e</sup> lijn in plaats van (het wachten op) verwijzen/indiceren naar de 2<sup>e</sup> lijn. In de casussen werd dit als een goede werkwijze ervaren, die ook leidde tot sneller ingrijpen en de indruk dat er ook passender hulp werd geboden.

Een voorwaarde om dit voor elkaar te krijgen is dat de 2<sup>e</sup> lijn beschikbaar moet zijn. 2<sup>e</sup> lijnsdeskundigen moeten op korte termijn beschikbaar zijn voor kind en gezin. Dat betekent dat in de 2<sup>e</sup> lijn iets van de druk op het 'moeten draaien van productie' af zal moeten worden gehaald. Anders is er te weinig ruimte voor tijdige consultatie. De 2<sup>e</sup> lijn moet de tijd hebben (of nemen) om gezamenlijk naar een casus te kijken. Afspraken over samen optrekken mogen niet vrijblijvend zijn.

'Meedenken' en 'meekijken' kan op verschillende manieren worden georganiseerd. Denkbaar zijn:

- ad hoc contact ('telefoontje'); je moet zorgen dat je elkaar tegenkomt: een naam/ gezicht is belangrijk;
- 2e lijn kan aanschuiven bij overleggen binnen de 1e lijn (vindplaats) waar casussen worden besproken;
- structurele aanwezigheid op vindplaats, bijvoorbeeld 1 dag in de week aanwezig zijn; dat gebeurt nu ook al op sommige plaatsen;
- instrument 'knipkaart': 2e lijn kan op afroep binnen een vooraf gesteld kader - de knipkaart – worden ingehuurd met advies of met hulpaanbod.

### Communicatie en informatie

In het algemeen geldt dat communicatie en informatie voor samenwerking essentieel zijn. Dat vraagt in belangrijke mate om het spreken van één taal, en het standaardiseren van basisinformatie over casussen. Die informatie moet bij voorkeur zoveel mogelijk in de vorm gegoten worden van standaard digitale formats. Met name rond voortrajecten is al veel informatie, maar die wordt lang niet altijd gedeeld of is niet altijd bekend bij de betrokkenen op dat moment.

Meer gebruik maken van de verwijsindex is een belangrijk onderdeel dat vaak genoemd is door betrokkenen in de casussen. De verwijsindex voor risicojongeren is een digitaal systeem dat signalen van hulpverleners over kinderen en jongeren bij elkaar brengt. Door de meldingen in de verwijsindex weten hulpverleners sneller of een kind ook bekend is bij een andere organisatie/collega. Het is daarmee een middel om overleg met elkaar te starten en elkaar te informeren.

#### Aanzet voor oplossingen

- Samenwerking tussen 1e lijn en 2e lijn mag niet vrijblijvend zijn en moet door de hele organisatie erkend en ondersteund worden, zowel op bestuurlijk, management- als uitvoerend niveau.
- Zorg dat hulpverleners in de 1e en 2e lijn kennis hebben van elkaars taken, verantwoordelijkheden, mogelijkheden en onmogelijkheden. Zorg dus voor kennisuitwisseling en ontmoeting.
- Investeer in deskundigheidsbevordering voor de 1e lijn. De 1e lijn zal instrumenten – tools – en de kennis moeten krijgen om de problematiek bij kind en gezin te herkennen, en zal inzicht moeten krijgen in het aanbod van de 2e lijn.
- Zorg voor een goede en efficiënte manier van verslaglegging en goede informatie-voorziening van de 1e naar de 2e lijn en vice versa. Gebruik daarbij zoveel mogelijk standaard digitale vormen. Er moet aandacht zijn voor goede communicatie tussen 1e en 2e lijn, tussen verschillende hulporganisaties en tussen management en werkvloer.
- Goede terugkoppeling is belangrijk. Begeleiding van een casus moet niet stoppen na de behandeling, maar naadloos worden overgenomen. Zorg voor instrumenten om casussen te blijven monitoren.
- Schakel de 2e lijn vaker en eerder consultatief in; het gaat daarbij niet direct om diagnostiek en overdracht.  
Maak meer gebruik van de verwijsindex; de verwijsindex is er en is een goed hulpmiddel om elkaar in een vroeg stadium bij een casus te vinden.

## 4.4 ■ Integrale diagnostiek

Betere regie en betere aansluiting van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn kan niet zonder betere integrale diagnostiek. Hier is het beeld uit het project Kind in Fryslân dat de manier van communiceren per organisatie verschilt, zowel in interne verslaglegging als richting andere organisaties. Er wordt vaak gewerkt vanuit de eigen discipline met onvoldoende kennis over de werkwijze van andere organisaties. Iedere organisatie kent zijn eigen diagnostiek en behandelprocedures. Het is juist belangrijk dat er vanuit een multidisciplinaire invalshoek wordt gewerkt, om gezamenlijke probleemdefinities en aanpak te kunnen opstellen.

Een juiste probleemherkenning is belangrijk. Kennis over risicoprofielen is daarbij van belang. Er zijn wat dat betreft instrumenten beschikbaar.<sup>14</sup> Het is bekend dat bepaalde momenten moeilijk zijn voor jongeren (bijvoorbeeld de overgang van basisschool naar voortgezet onderwijs, en van onderwijs naar werk). Hiervoor is het nodig dat er 1 begrippenkader over diagnostiek wordt gebruikt.

#### Aanzet voor oplossingen

- Stel teams vanuit betrokken organisaties zo samen dat er multidisciplinaire teams ontstaan, en er optimaal van de aanwezige kennis en ervaring gebruik kan worden gemaakt.
- SProbeer de zorg te organiseren vanuit één gezamenlijke diagnose/één diagnostisch kader. Zorg voor afstemming in zorgprogramma's – bijvoorbeeld via het ordeningsprincipe – en voorkóm dat er niet steeds een nieuwe indicatie met een nieuw traject wordt ingezet.
- SGebruik een eenduidig begrippenkader en spreek 1 taal.
- SHet digitale instrument waarin het ordeningsprincipe en de beslisboom zijn vevat, moet verder worden uitgewerkt voor verschillende situaties.

## 4.5 ■ Nieuwe werkvormen: zorg- en behandelcoördinatie

Het voorgaande kan worden samengevat in een aantal kernpunten van de nieuwe werkwijze waarmee op basis van de uitgangspunten van Kind in Fryslân is geëxperimenteerd. Een eerste kernpunt is dat de hulp minder minder tijdsvolgordelijk en juist meer parallel moet worden uitgevoerd: hulp en coördinatie kunnen meer in elkaar geschoven worden. Dat noemen we in het project Kind in Fryslân 'schuivende panelen'. Centraal staat daarin helderheid over wat 1<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> lijn doen en de invulling van de begrippen zorgcoördinatie en behandelcoördinatie. Hierna worden beide begrippen nader uitgewerkt.

Een ander kernpunt is zorgcoördinatie. De zorgcoördinator is 'belast' met het 'wat': wat zijn de doelen van het gezin, wat is de inzet die het gezin levert, wat is de termijn waarop de doelen behaald moeten zijn, etc. De zorgcoördinator streeft ernaar dat het gezin - zoveel als mogelijk - (weer) zelf de regie over het gezinsleven voert. De behandelcoördinatie gaat vooral over het 'hoe': welke methoden dienen ingezet te worden om de gestelde doelen te behalen. Hoe dient de behandelaar te handelen/ interveniëren om resultaten te boeken? Welke intensiteit van behandeling/ zorg is nodig: de behandelaar beoordeelt of een gedragstherapie of een mediatietherapie aangewezen is, en bepaalt na diagnostiek en observatie, welke behandeling/ begeleiding en of therapie aangewezen is, en hoe deze ingezet dient te worden.

Zorgcoördinatie wordt uitgevoerd door de 1e lijn – behandelcoördinatie binnen de 2e lijn. In de onderlinge samenwerking is het belangrijk dat naast het wat, ook het hoe wordt besproken. Uiteindelijk moet het uitgangspunt zijn dat de regie zoveel mogelijk in het eigen gezin belegd wordt. De vergelijking met de medische zorg gaat ook hier op: de huisarts gaat niet aan de chirurg vertellen hoe die de operatie moet uitvoeren. De huisarts kan daarentegen wel aangeven dat h(z)ij denkt dat een operatie nodig is en daartoe op consultatieve basis een chirurg inschakelen.

14 Zoals in de GGZ vroegdetectielijsten, zorgpaden, vto vroeghulp en Tripple P.

Bijvoorbeeld: de schoolmaatschappelijk werker vermoedt dat er sprake is van ernstige gedragsproblemen bij een 15-jarige puber en schakelt een gedragswetenschapper van Jeugdhulp in om te beoordelen of dit klopt en zo ja, welke therapie/behandeling mogelijk ingezet zou moeten worden. Deze therapie/behandeling wordt vervolgens onderdeel van het gezinsplan, wat bewaakt wordt door de schoolmaatschappelijk werker die de zorgcoördinatie heeft. De gedragswetenschapper van Jeugdhulp is verantwoordelijk voor de in te zetten therapie en hoe deze wordt ingezet en geeft dus vorm aan de behandelcoördinatie. Beiden zullen moeten samenwerken met het gezin en met elkaar om voor het gezin de beoogde resultaten te behalen.

Het project Kind in Fryslân heeft langs bovenstaande lijnen een aantal aanzetten en bouwstenen opgeleverd die moeten bijdragen aan betere aansluiting van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en uiteindelijk aan betere en snellere hulp voor kind en gezin. Het project is in de periode mei 2011 tot mei 2012 uitgevoerd. De bouwstenen die zijn aangedragen zullen in een vervolg door de betrokken instellingen en medewerkers uit de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn in de praktijk gebruikt moeten gaan worden.





## Stuurgroep en deelnemende organisatie

De stuurgroep van het project Kind in Fryslân bestond uit:

- BJZ Friesland (mw. Nijland / mw. Sinot)
- Gemeente Leeuwarden (mw. Koster)
- GGZ Friesland (dhr. Kedzierski / mw. Boessenkool / mw. Lubbert)
- Jeugdhulp Friesland (dhr. Anthonio)
- MEE Friesland (mw. Bouma / mw. Schievink)
- Provincie Fryslân (mw. Schokker)
- Talant (dhr. Van Hoek / dhr. Haakma)
- Tjallingahiem (mw. De Graaf / dhr. Hettinga)
- Procesmanager (mw. Garnier)

Bij het project Kind in Fryslân (in de pilots en bij de casussen) zijn diverse partijen/organisaties betrokken geweest, waaronder: GGD/HVD, Maatschappelijk werk, Welzijn Centraal, de Plataanschool, de Koningin Beatrixschool (Leeuwarden), samenwerkingsverband Fultura, Renn4, VNN, VTO-team, CJG Zuidwest Fryslân, CJG Leeuwarden, Frontlijn team Heechterp/Schieringen, scholen in regio Súdwest Fryslân, PCL Súdwest Fryslân, gemeente Leeuwarden, gemeente Súdwest Fryslân (wethouder Tolsma), Kinnik, Mee Friesland, BJZ Friesland, Tjallingahiem, Talant, Jeugdhulp Friesland, en Partoer.

Tussentijds zijn over het project geïnformeerd onder meer: het ministerie van VWS, het Bestuurlijk Platform Jeugd Friesland, Stuurgroep Zorg voor Jeugd (voorheen stuurgroep CJG), ambtelijke werkgroep Zorg voor jeugd (voorheen CJG), werkgroep transitie, Partoer, project School als Werkplaats, NJI (dhr. Van Yperen), Vereniging Friese Gemeenten (VFG), en de Friesland Zorgverzekeraar.



#### **COLOFON**

Monitor en rapportage

Inja de Boer-Schulten

Engbert Boneschansker

Michèle Garnier

Ester Mijnheer

Jeroen van Oijen

Geke Walsma

Uitgave Provincie Fryslân

Datum Juni 2012

© Provincie Fryslân

De monitor waar deze rapportage op is gebaseerd is mede mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS

