

Evaluatie veldprojecten zorgprogrammering

Tweede concept

Amsterdam, juli 2000

Agnes van Burik

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Korte beschrijving van de veldprojecten	5
2.1	Inleiding	5
2.2	De projecten die al langer bestonden	5
2.3	Drie veldprojecten met zorgprogramma's voor doelgroepen met meervoudige complexe problematiek	6
2.4	De drie veldprojecten met zorgprogramma's voor brede doelgroepen	7
2.5	De twee overige veldprojecten	8
2.6	Stand van zaken uitvoering zorgprogramma's	9
3	De ontwikkeling van zorgprogramma's	10
3.1	Inleiding	10
3.2	De structuur van de veldprojecten	10
3.3	Rol en positie van de projectleider	11
3.4	De werkwijze	12
3.5	Bevorderende en belemmerende factoren	13
4	Doelgroepen en hulpvraaggerichtheid	18
4.1	Inleiding	18
4.2	Soorten doelgroepen waarop de veldprojecten zich richten	18
4.3	Het onderscheiden van deelgroepen met een gemeenschappelijke hulpvraag	20
4.4	De instrumenten voor de hulpvraaganalyse	21
4.5	Vraaggerichtheid als uitgangspunt van zorgprogrammering	22
5	Kenmerken zorgprogramma's	24
5.1	Inleiding	24
5.2	Een overzicht van kenmerken van de zorgprogramma's	25
5.3	De inhoudelijke samenhang tussen de modules	28
5.4	De organisatorische inbedding van de zorgprogramma's	28
5.5	De organisatorische samenhang binnen het zorgprogramma	30
6	Algemene en specifieke thema's	34
6.1	Inleiding	34
6.2	De relatie met de Toegang	34
6.3	De samenwerking tussen de kernsectoren	36
6.4	Uitwerking van de specifieke thema's	39
6.4.1	Het regelen van nazorg	39
6.4.2	Het voorkomen van voortijdige uitval	39
6.4.3	het combineren van vrijwillige en niet vrijwillige hulp	40
6.4.4	De relatie met aanpalende, lokale en regionale sectoren	41
6.4.5	Resultaatmeting	43
7	Conclusies	45

1 Inleiding

De landelijke Projectgroep Zorgprogrammering Jeugdzorg, die in het najaar van 1997 voor een periode van drie jaar werd ingesteld, kreeg als taakstelling om de ontwikkeling van zorgprogramma's in de jeugdzorg te stimuleren. Een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de Projectgroep betrof de selectie en ondersteuning van 11 zogenaamde veldprojecten. Via deze veldprojecten moest kennis en ervaring beschikbaar komen over de mogelijkheden en beperkingen van het werken met modules en zorgprogramma's binnen de jeugdzorg. De Projectgroep heeft deze doelstelling nader gespecificeerd door een aantal algemene, voor alle projecten geldende thema's en een aantal specifieke, projectgebonden thema's te benoemen. De veldprojecten dienden bij de ontwikkeling van het zorgprogramma nadrukkelijk aandacht te besteden aan de algemene thema's en aan de specifieke thema's die ze toegewezen hadden gekregen.

Eind 1998 / begin 1999 is de eerste tranche van 9 veldprojecten van start gegaan; een half jaar later volgde de tweede tranche van 2 veldprojecten. De veldprojectperiode eindigt in juli 2000; de veldprojecten hebben dus respectievelijk anderhalf jaar (eerste tranche) en één jaar (tweede tranche) de tijd gekregen om ervaring op te doen met het ontwikkelen en het uitvoeren van zorgprogramma's in de jeugdzorg.

De landelijke Projectgroep Zorgprogrammering heeft Van Dijk, Van Soomeren en Partners (DSP) gevraagd om de ontwikkelingen in de veldprojecten te monitoren. Concreet betekent dit dat de kennis en ervaringen die binnen de veldprojecten werden opgedaan, moesten worden beschreven, geordend en geëvalueerd. Dit onderzoek had een tweeledige functie:

- de landelijke Projectgroep van relevante informatie voorzien bij het schrijven van haar eindadvies;
- de veldprojecten ondersteunen bij de ontwikkeling en uitvoering van de zorgprogramma's.

In het kader van deze monitoring heeft DSP de volgende activiteiten uitgevoerd.

- Het ondersteunen van de projecten bij het schrijven van hun tussentijdse rapportage. In deze rapportage dienden de projecten te rapporteren over de voortgang van het project. Zij moesten dit doen aan de hand van de algemene en specifieke thema's die door de Projectgroep zijn geformuleerd.
- Het schrijven van eigen rapportages waarin de ervaringen van de veldprojecten uitgebreid zijn beschreven en geëvalueerd.
- Het ondersteunen van de veldprojecten bij het thema resultaatmeting. In dit verband heeft DSP in samenwerking met de Projectgroep richtlijnen ontwikkeld om op een eenvoudige manier resultaten van het zorgprogramma te beschrijven (Notitie: Richtlijnen resultaatmeting veldprojecten; Amsterdam DSP; mei 1999). Verder heeft DSP de veldprojecten ondersteund bij een verdere uitwerking van de resultaatmeting.

Op basis van de eigen rapportages van de veldprojecten, heeft DSP in het najaar van 1999 een eerste tussenstand opgemaakt. Per project is de stand van zaken beschreven (Zorgprogrammering in de praktijk; Amsterdam DSP; september 1999).

In februari 2000 is opnieuw een tussenstand opgemaakt. Hiervoor zijn alle projectleiders (en vaak ook andere centrale functionarissen binnen een

veldproject) door DSP geïnterviewd. Dit heeft geresulteerd in een tweede rapportage (Evaluatie veldprojecten zorgprogrammering; Amsterdam DSP; april 2000). Deze tweede rapportage is alleen verspreid onder de landelijke Projectgroep en de veldprojecten.

Inmiddels loopt de veldprojectperiode op zijn einde en is de landelijke Projectgroep gestart met het schrijven van haar eindadvies. Dat zal in het najaar 2000 worden uitgebracht.

Het onderhavige rapport is het eindrapport van DSP; hierin is alle ervaring en kennis die binnen de veldprojecten is opgedaan, gebundeld en geëvalueerd. In september 2000 zal DSP ook een eindrapportage op projectniveau uitbrengen. Hierin worden de ervaringen met zorgprogrammering in de jeugdzorg gedetailleerder en per project beschreven (Monitoring veldprojecten zorgprogrammering: de evaluatie van 11 veldprojecten; Amsterdam DSP; september 2000).

2 Korte beschrijving van de veldprojecten

2.1 Inleiding

Om de overzichtelijkheid van de beschrijving te bevorderen hebben we de 11 veldprojecten in vier groepen ingedeeld.

- 1 De drie veldprojecten die al in 1997, dus voor ze de status kregen van veldproject, gestart zijn met het ontwikkelen van zorgprogramma's. Het betreft de veldprojecten Het Spoor, JDS en Tussen Wal en Schip. Deze projecten worden alle uitgevoerd in Zuid Holland (respectievelijk Zuid-Holland Noord, Stadsgewest Haaglanden en Zuid-Holland, Haaglanden en Rotterdam)
- 2 De drie veldprojecten die een zorgprogramma hebben ontwikkeld voor doelgroepen die afgebakend zijn naar leeftijd en gekenmerkt worden door meervoudige complexe problematiek. Deze zorgprogramma's betreffen alleen geïndiceerde zorg. (Utrecht, Zeeland en Venlo).
- 3 De drie veldprojecten die zorgprogramma's ontwikkeld hebben voor brede doelgroepen: van preventief tot ernstige meervoudige problematiek. Deze zorgprogramma's omvatten niet alleen geïndiceerde zorg maar ook vrij toegankelijke zorg (Flevoland, Drenthe en Gelderland).
- 4 De twee overige veldprojecten elk met hun eigen specifieke kenmerken (Brabant en Den Haag).

2.2 De projecten die al langer bestonden

Deze projecten hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze gestart zijn op een moment dat het denken over zorgprogrammering nog veel minder ontwikkeld was. De Definitie van kernbegrippen (Projectgroep zorgprogrammering, NIZW, 1999) en de structuur voor een programmabeschrijving en voor een modulebeschrijving (ontwikkeld door het NIZW) zijn te beschouwen als het kader voor het ontwikkelen van zorgprogramma's. Dit kader was in 1997/ 1998 nog niet beschikbaar. Ook het vraaggerichte karakter van zorgprogrammering was toentertijd nog niet goed uitgewerkt. Binnen 2 van de 3 projecten (Het Spoor en JDS) is dan ook geen expliciete aandacht besteed aan de analyse van de hulpvraag.

Het Spoor - Zuid-Holland Noord

Het zorgprogramma 'Het Spoor' is bedoeld voor jongens die in het kader van voorlopige hechtenis of jeugddetentie geplaatst zijn in Teylingereind, een gesloten justitiële inrichting voor jeugdigen. Het Spoor biedt een intersectoraal zorgaanbod gericht op optimale terugkeer in de samenleving. Het Spoor bevat in totaal 6 modules waaronder 'begeleiding door een coach', verblijf en training in cursushuis en directieve thuisbehandeling. De jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming zijn bij de uitvoering van de modules betrokken.

De eerste jongens zijn in november 1998 ingestroomd. De huidige situatie is dat alleen de module 'coach' wordt ingezet. Daar zijn verschillende redenen voor aan te geven waaronder de verandering van kenmerken en omvang van de doelgroep (de populatie van Teylingereind).

Jeugdige Delinquenten met Stoornissen (JDS) - Stadsgewest Haaglanden

De ontwikkeling van het zorgprogramma 'Jeugdige Delinquenten met Stoornissen' is in 1997 ingezet. Het is bedoeld voor geverbaliseerde jongeren van 12 tot 18 jaar met ernstige psycho-sociale stoornissen.

De doelstelling van het veldproject is driedig:

- tijdig onderkennen van de aanwezigheid van stoornissen;
- tijdig aanbieden van een passend zorgaanbod;
- voorkomen dat de doelgroep tussen de mazen van het net valt door het hulpverleningstraject te blijven volgen en lacunes in het aanbod te signaleren.

In het kader van het veldproject is een diagnostiekteam en een zorgtoewijzingsteam samengesteld. De drie jeugdzorgsectoren zijn betrokken bij de uitvoering van het veldproject.

Gaandeweg werd duidelijk dat het JDS geen zorgprogramma is zoals omschreven in de richtlijnen van de landelijke Projectgroep. Wel is duidelijk geworden waar lacunes zitten in het bestaande aanbod. Als vervolg op de veldprojectperiode zullen een of meer zorgprogramma's voor de doelgroep ontwikkeld worden.

Tussen Wal en Schip - Zuid Holland, Stadsgewest Haaglanden en stadsregio Rotterdam

In 1997 is het idee ontstaan om een zorgprogramma te ontwikkelen voor jongeren met gedragsproblemen en beperkte verstandelijke vermogens. Dit project is een duidelijk voorbeeld van werkenderwijs een zorgprogramma ontwikkelen. Er worden twee ontwikkelprocessen tegelijkertijd uitgevoerd: methodiekontwikkeling en zorgprogrammering.

Er is gestart met het ontwikkelen van de meest gewenste module 'de residentiële module'. Deze module vormt de basis voor verdere uitbouw van het zorgprogramma en is inmiddels operationeel. Momenteel wordt gewerkt aan een tweede (ambulante) module. Wegens organisatorische en inhoudelijke afstemmingsproblemen tussen de betrokken instellingen, is besloten om de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de tweede module onder te brengen bij de instelling die ook de residentiële module uitvoert. Inmiddels wordt ook aandacht besteed aan het meer toespitsen van het onderwijs op de doelgroep.

De jeugdhulpverlening en de instellingen voor de zorg aan licht verstandelijk gehandicapten zijn betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van de modules.

2.3 Drie veldprojecten met zorgprogramma's voor doelgroepen met meervoudige complexe problematiek

In drie veldprojecten zijn zorgprogramma's ontwikkeld voor doelgroepen met meervoudige, complexe problematiek. Deze doelgroepen zijn beperkt qua omvang. Het aanbod betreft alleen geïndiceerde zorg.

Zorgprogrammering Zeeland - 13- en 14 jarigen op de rails

Eind 1998 is men in Zeeland begonnen met het ontwikkelen van een zorgprogramma voor pubers met meervoudige complexe problematiek. Het veldproject dient als pilot voor eventuele bredere invoering van zorgprogrammering in Zeeland.

Er is een intersectoraal zorgprogramma ontwikkeld bestaande uit aanvullende diagnostiek, drie standaardmodules (intensieve gezinsbehandeling, onderwijs en sterker maken) en twee optionele modules (crisisopvang en agressie-regulatietraining). De doelen van het zorgprogramma zijn afgeleid van de geformuleerde hulpvragen. Het zorgprogramma is sinds het najaar van 1999 operationeel. Men hanteert een eerste proefperiode waarin maximaal 10 jeugdigen instromen en een resultaatmeting wordt gehouden. De jeugdhulpverlening, GGZ-jeugd en het speciaal onderwijs leveren modules.

Samenhangend hulpaanbod bij ernstig probleemgedrag van jonge kinderen uit multi-probleemgezinnen - Provincie Utrecht

Eind 1998 is gestart met de ontwikkeling van dit intersectorale zorgprogramma. Sinds de zomer van 1999 is het zorgprogramma operationeel. Er is veel aandacht besteed aan inhoudelijke visieontwikkeling (via visie-besprekingen en casuïstiekbesprekingen).

Het zorgprogramma bestaat uit in totaal 27 modules, onder te verdelen in: ambulante, vormen van dagbehandeling en dag- en nachtzorg. In de praktijk blijkt dat een groot deel van deze 27 modules weinig of niet wordt ingezet. Er blijken 3 categorieën kernmodules te zijn, te weten (dag)behandeling, verblijf/ verzorging en begeleiding. In de praktijk komt men vrijwel altijd uit op een combinatie van modules uit deze 3 categorieën. De gekozen 3 modules worden meestal tegelijkertijd ingezet. De modules uit het zorgprogramma worden geleverd door de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd.

Zorgprogramma Baby's en peuters en hun ouders met psychosociale en/of psychiatrische problematiek - Noord- en Midden-Limburg

De Stichting Zorgcircuits, een overkoepelende organisatie van o.a. jeugdhulpverlening en GGZ-jeugdinstanties, wil het gehele aanbod van de jeugdeenheden omzetten in vraaggerichte zorgprogramma's. Om dit te realiseren is in 1998 de Werkgroep Circuitvorming Jeugdeenheden ingesteld en is gestart met de ontwikkeling van het eerste zorgprogramma.

Dit zorgprogramma richt zich op complexe problematiek van kinderen jonger dan 4 jaar en hun ouders. Het omvat in totaal 11 modules. Een onderdeel, gericht op nadere observatie en indicerende diagnostiek van deze jonge kinderen, is recent afgesplitst en wordt als apart zorgprogramma aangeboden.

Men verwacht dat de eerste cliënten in september 2000 kunnen instromen in een van beide zorgprogramma's.

2.4 De drie veldprojecten met zorgprogramma's voor brede doelgroepen

Onderstaande veldprojecten ontwikkel(d)en programma's voor een brede doelgroep: van risicogroep/ lichte problematiek tot ernstige, meervoudige problematiek.

Intersectorale Zorgprogrammering Jeugdzorg Flevoland - ADHD

Het project Intersectorale Zorgprogrammering heeft als doelstelling dat instellingen gezamenlijk het totale zorgaanbod programmeren voor de doelgroep waarvoor op dit moment iedere instelling gedeelten van zorg biedt. Hiermee wil men primair bereiken dat de fragmentatie in het bestaande aanbod wordt doorbroken en de zorg zo vroeg mogelijk en in zo licht mogelijke vorm op de juiste plaats komt.

Men is in 1998 gestart met de doelgroep ADHD. Er zijn 4 zorgprogramma's ontwikkeld waarmee het hele spectrum van AD(H)D problematiek wordt bestreken: van druk gedrag tot ernstige stoornis. Naast de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd leveren ook aanpalende voorzieningen zoals speciaal onderwijs, het AMW, Balans en de schoolbegeleidingsdienst modules voor de 4 zorgprogramma's.

Het eerste zorgprogramma verkeert inmiddels in de pilot-fase; dit zorgprogramma is gericht op druk gedrag en omvat niet-geïndiceerde zorg.

Intersectoraal veldproject preventieve en curatieve gezinsgerichte begeleiding en ondersteuning: Drenthe - KOPP en Kindermishandeling

In de Provincie Drenthe is een zestal doelgroepen voor zorgprogramma's onderscheiden. Binnen het veldproject worden sinds eind 1998 voor twee van deze doelgroepen zorgprogramma's ontwikkeld: 'gezinnen waarin (een der) ouders met psychiatrische problematiek kampt' (zogenaamde KOPP-

gezinnen) en 'mishandelde kinderen en hun ouders'. Voor de duur van de veldprojectperiode zijn de doelgroepen sterk afgeperkt: qua leeftijdscategorie, qua ernst van de problematiek en qua regio.

De instroom in het KOPP-zorgprogramma verloopt via de volwassenenpsychiatrie (MFE). Dit zorgprogramma is opgebouwd uit 22 modules; het heeft een sterk preventieve inslag. Een doe-praatgroep voor de KOPP-kinderen neemt een centrale positie in. Dit zorgprogramma is sinds kort operationeel. Het onderdeel dat geïndiceerde hulp betreft moet nog nader uitgewerkt worden.

Het zorgprogramma 'Kindermishandeling' is nog vol op in ontwikkeling. De drie kernsectoren van de jeugdzorg zijn betrokken bij de ontwikkeling van de zorgprogramma's, evenals een aantal lokale en regionale voorzieningen.

Zorg en onderwijs voor kinderen met PDD-NOS - Gelderland

In de zomer van 1999 is gestart met de ontwikkeling van een zorgprogramma gericht op kinderen met PDD-NOS in de leeftijd van 3 - 12 jaar. Naast het vastleggen van de hulp- en onderwijsvormen in modules als verantwoording van de huidige werkwijze, wordt met het veldproject beoogd de onderlinge afstemming van de bestaande hulpvormen te verbeteren en te formaliseren.

Dit tweede tranche-project is afgesloten met een blauwdruk waarin de inhoud van het zorgprogramma is beschreven. Er zijn 4 deelprogramma's ontwikkeld voor 4 verschillende hulpvragen. De 4 deelprogramma's zijn: preventie, ambulante zorg, speciaal onderwijs en dag-of nachtzorg.

De instroom (diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing) de organisatie en de uitvoering van het zorgprogramma moeten nog geregeld worden.

De jeugdhulpverlening, de GGZ-jeugd, het (speciaal) onderwijs en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zijn betrokken bij uitvoering van het zorgprogramma.

2.5 De twee overige veldprojecten

Op weg naar zorgprogramma's: Noordoost en Zuidoost Brabant - Autistische stoornissen en verslavingsproblematiek

Begin 1999 is in Brabant gestart met de ontwikkeling van twee zorgprogramma's. Het primaire doel van het veldproject is ervaring, kennis en kunde opdoen met de ontwikkeling en implementatie van zorgprogrammering. Er is bewust gekozen voor twee verschillende doelgroepen. De doelgroep jeugdigen (12+) met een autistische stoornis is een doelgroep waar al veel aanbod voor bestaat. Bij het ontwikkelen van een zorgprogramma gaat het dan primair om het integreren van het bestaande aanbod en het ontwikkelen van een gezamenlijke visie. Voor de doelgroep jongeren met alcohol en drugsgerelateerde problematiek die buiten de jeugdzorg vallen of zijn gevallen, bestaat nog weinig aanbod. In dit zorgprogramma moet zowel nieuw aanbod als een passende methodiek ontwikkeld worden.

Het zorgprogramma voor jeugdigen (12+) met een autistische stoornis omvat momenteel 21 modules, die nog niet allemaal beschreven zijn. Dit zorgprogramma wordt ontwikkeld door jeugdhulpverlening, GGZ-jeugd, gespecialiseerde zorg voor autisten en cliëntorganisaties. In het eindrapport van de projectcoördinator worden voorstellen gedaan voor aansluiting bij de bestaande situatie in de verschillende regio's.

Het zorgprogramma voor jeugdigen (12+) met verslavingsproblemen omvat tot nu toe 18 modules die grotendeels beschreven zijn. Dit zorgprogramma wordt ontwikkeld door jeugdhulpverlening, verslavingszorg en GGZ-jeugd. Er ligt een voorstel voor een pilot met een beperkt aantal modules en een beperkt aantal cliënten.

Marokkaanse jeugdigen in het speciaal basisonderwijs in Den Haag

Dit veldproject behoort tot de tweede tranche en is pas in de zomer van 1999 van start gegaan. Doelstelling van het zorgprogramma is om een hulpaanbod te ontwikkelen voor Marokkaanse gezinnen (met een kind op een school voor speciaal onderwijs) met hulpvragen op het gebied van onderwijs, ontwikkeling en opvoeding van de kinderen en de leefsituatie van het gezin. Men wil een programma ontwikkelen dat schakelt tussen lokale en regionale zorg. Er zijn daarom zowel lokale instellingen als jeugdzorginstellingen als kernpartner betrokken bij het programma (in totaal circa 15 instellingen).

De werkwijze is te omschrijven als vraaggericht en van onderaf. Een centrale rol is weggelegd voor twee Marokkaanse werkers die hulpvragen en succesfactoren van de betrokken gezinnen en professionals in kaart brengen. Er is een casuïstiekcommissie ingesteld, hetgeen heel goed werkt; de instellingen worden daardoor heel concreet betrokken. Manco's in de bestaande hulpverlening worden zichtbaar en er worden concrete maatregelen genomen om de bestaande hulp te verbeteren.

Onlangs heeft men in de stuurgroep besloten om pas op de plaats te maken. Door de brede insteek en het grote aantal verschillende kernpartners ontbreekt het aan een gezamenlijk kader van waaruit gewerkt kan worden en prioriteiten kunnen worden gesteld. Eind juni 2000 wordt een brainstormbijeenkomst gehouden op basis waarvan de te volgen aanpak zal worden vastgelegd.

2.6 Stand van zaken uitvoering zorgprogramma's

In juni 2000 is de stand van zaken als volgt: vijf zorgprogramma's zijn operationeel. Het betreft Het Spoor, Utrecht, Zeeland en Drenthe (KOPP-gezinnen) en Flevoland (zorgprogramma 1: niet-jeugdzorg). Ook Tussen Wal en Schip en het JDS zijn operationeel maar dat zijn nog geen zorgprogramma's. In Tussen Wal en Schip is één module operationeel; het aanbod van het JDS betreft diagnostiek en zorgtoewijzing.

De overige zorgprogramma's zullen pas na de zomer 2000 in de uitvoeringsfase komen, na beëindiging van de (landelijke) veldprojectperiode. Nadere beschouwing van de operationele zorgprogramma's levert het volgende beeld op:

- De zorgprogramma's in Drenthe en Flevoland verkeren nog in de startfase: cliënten kunnen in enkele modules instromen of het gaat nog om een kleinschalige pilot.
- Het zorgprogramma in Utrecht functioneert al ongeveer een jaar stabiel; in een periode van een jaar zijn 14 kinderen aangemeld en ingestroomd.
- Het zorgprogramma in Zeeland is sinds oktober 1999 operationeel; er zijn 10 jongeren ingestroomd waarvan er 4 weer snel zijn uitgestroomd, veelal wegens motivatieproblemen.
- Het Spoor is 'teruggevallen' (alleen de module 'coach' wordt ingevuld).

3 De ontwikkeling van zorgprogramma's

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de veldprojecten hun zorgprogramma's hebben ontwikkeld. Op basis van de ervaringen die zijn opgedaan wordt aangegeven welke lessen zijn te trekken voor toekomstige projecten. Achtereenvolgend wordt ingegaan op:

- de structuur van het veldproject (werkgroep en stuurgroep);
- de rol en positie van de projectleider;
- de werkwijze die de veldprojecten gevolgd hebben (van achter de teken-tafel versus werkenderwijs ontwikkelen);
- factoren die bevorderend danwel belemmerend werken op het ontwikkel-proces.

3.2 De structuur van de veldprojecten

De wijze waarop de verschillende veldprojecten uitgevoerd zijn, is niet voorgeschreven door de Landelijke Projectgroep. Alle 11 veldprojecten kennen dan ook een eigen projectstructuur, al zijn de verschillen niet groot. In alle veldprojecten is een *projectleider* (projectcoördinator/ project-manager) aangesteld die een voortrekkersfunctie heeft bij de (inhoudelijke) ontwikkeling van de zorgprogramma's. Hij/zij coördineert de operationele zaken binnen het project en onderhoudt de contacten met de Landelijke Projectgroep.

De projectleider is in bijna alle veldprojecten tevens verantwoordelijk voor de aansturing van een inhoudelijke *werkgroep* (projectgroep/ projectteam). Deze werkgroep is belast met de inhoudelijke ontwikkeling van het zorgprogramma en bestaat uit inhoudelijk deskundigen van de kernpartnerinstellingen; soms zijn ook andere instellingen (BJZ of niet-jeugdzorginstellingen) die een deel van de uitvoering (of de toewijzing) voor hun rekening zullen nemen, in de werkgroep vertegenwoordigd. Een inhoudelijke werkgroep komt meestal met een frequentie van eens per 3 of 4 weken bijeen. De eindverantwoordelijkheid is in bijna alle veldprojecten in handen van een *stuurgroep*; hierin hebben directeuren of functionarissen die door de directie zijn gemandateerd, zitting. Veelal fungeert een reeds bestaand directie-overleg als stuurgroep. Deze stuurgroepleden volgen de ontwikkelingen op enige afstand maar hebben de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid. In een aantal provincies zijn *provinciale commissies* opgericht die de zorgprogrammering ter hand hebben genomen (m.n. het initiëren ervan). In sommige veldprojecten hebben deze commissies ook een actieve, sturende rol. In Brabant bijvoorbeeld heeft het provinciaal platform als referentiegroep gefungeerd voor het veldproject. Onlangs heeft dit platform van het Jeugdberaad (de werkgevers binnen de jeugdzorg) de opdracht gekregen om te werken aan modularisering van instellingen.

Flevoland wijkt wat betreft opzet van het veldproject af van de overige projecten. Hier is gekozen voor een structuur waarbij de stuurgroep (met strategische belangen) een centrale rol had. De managers/ gemandateerde functionarissen in deze stuurgroep hebben veelal wel ervaring met de uitvoering van de hulpverlening. Er is niet gewerkt met een inhoudelijke werkgroep. De programmabeschrijvingen zijn gemaakt door de projectleider (met ondersteuning van een externe adviseur) en in nauwe samenwerking met de stuurgroep. Conceptteksten zijn (via de stuurgroep) langs de instellingen gegaan met het verzoek om reactie en aanvullende informatie. De module-

beschrijvingen worden door de instellingen zelf gemaakt.

Het is wellicht gemakkelijker om binnen een dergelijke constructie een zorgprogramma te schrijven. Het is geen groepsactiviteit, het programma wordt door één persoon, de projectleider, geschreven in wisselwerking met betrokkenen op enige afstand. Verder is het management, dat uiteindelijk zijn fiat zal moeten geven, direct betrokken bij de invulling van het zorgprogramma. Nadeel van deze werkwijze is dat inhoudelijke professionals minder direct betrokken zijn. Het schrijven van het programma draagt dus niet bij aan het creëren van draagvlak bij de werkers binnen de instellingen. Hier moet bij de implementatie dus, meer dan in andere projecten, expliciet aandacht aan besteed worden.

3.3 Rol en positie van de projectleider

Het ontwikkelen van een intersectoraal zorgprogramma is een complexe bezigheid. Er lopen verschillende processen door elkaar heen.

- Het inhoudelijke ontwikkelproces dat vraagt om bepaalde inhoudelijke kwaliteiten.
- De procesmatige samenwerking tussen instellingen (met name op intersectoraal niveau) moet vaak nog al doende ontwikkeld worden.
- Instellingen hebben hun aanbod en organisatie meestal nog niet gemodulariseerd. Het denken in modules (te weten flexibel inzetbare eenheden van zorg die scherp omschreven zijn) is nog weinig ontwikkeld in het werkveld. Er moet daarom extra tijd en energie besteed worden aan het (leren) maken van goede modulebeschrijvingen.
- De organisatorische vormgeving van een intersectoraal of instellingsoverstijgend zorgprogramma past niet binnen de instellingsgebonden organisatiestructuur van de jeugdzorg. De mogelijkheden van wat wel en wat niet haalbaar is, dienen te worden afgetast. Dat kan tot spanningen leiden tussen zorgprogramma en (midden)management van betrokken instellingen.
- De strategische belangen van instellingen kunnen in het geding zijn voorzover het zorgprogramma de bestaande inrichting van de jeugdzorg ter discussie stelt.

Een dergelijk complex ontwikkelingsproces stelt hoge eisen aan de projectleider. Deze moet van vele markten thuis zijn.

- Bekend zijn met de (organisatie van) de jeugdzorg en liefst ook de instellingen in de eigen regio.
- Een neutrale positie innemen.
- Als verbindingsschakel kunnen fungeren tussen verschillende partijen en geledingen (projectgroep, stuurgroep, landelijke projectgroep).
- Enige kennis van / ervaring hebben met veranderingsprocessen binnen organisaties: besluiten die binnen een zorgprogramma worden genomen hebben hun weerslag op de betrokken organisaties. De projectleider moet ervoor zorgen dat het middenmanagement van instellingen tijdig betrokken wordt bij het zorgprogramma.
- Opgewassen zijn tegen de stuurgroep (van managers) met hun strategische belangen.
- Het ontwikkelen van een zorgprogramma door inhoudelijk deskundigen wordt aanzienlijk vergemakkelijkt als de projectleider hen vanuit een duidelijke visie op zorgprogrammering kan inspireren.

De rol van projectleider lijkt het beste door 'iemand van buiten' te kunnen worden ingevuld. Dat biedt de beste garanties voor een neutrale positie. Een goede afstemming en taakafbakening tussen werkgroep en stuurgroep is van groot belang. De stuurgroep mag een kritisch volgende instelling hebben maar moet ook stimulerend werken op de inhoudelijke werkgroep.

Bijvoorbeeld: een werkgroep van inhoudelijke deskundigen heeft nogal eens de neiging om in inhoudelijke discussies te blijven steken. Het is dan van belang dat de stuurgroep besluitvaardig opereert en niet blijft vragen om verdere inhoudelijke uitdieping van onderwerpen die aan de orde zijn. De projectleider vormt de centrale schakel tussen werkgroep en stuurgroep en kan als zodanig een goede afstemming tussen beide partijen bevorderen.

3.4 De werkwijze

Bij het ontwikkelen van een zorgprogramma zijn grofweg twee werkwijzen te onderscheiden: vanachter de tekentafel versus werkenderwijs ontwikkelen. De veldprojecten in Venlo, Flevoland en Brabant zijn voorbeelden van ontwikkeling vanachter de tekentafel. Daarbij wordt globaal genomen de volgende route bewandeld:

- Het in kaart brengen van de beoogde doelgroep (aard problematiek en omvang) en van de hulpvragen (op grond van praktijkervaring, theorie en soms het bevragen van cliënten).
- De achterliggende (hulpverlenings)visie beschrijven.
- Het in kaart brengen van aanbod dat in aanmerking komt om onderdeel uit te maken van het zorgprogramma; het beschrijven ervan in termen van modules.
- Het vaststellen van het pakket aan modules, mogelijke combinaties en eventuele volgorde. Dit gebeurt meestal op basis van praktijkervaring van de betrokken deskundigen, soms expliciet aan de hand van casuïstiek of op basis van wetenschappelijke uitgangspunten (evidence based).
- Het maken van afspraken met de samenwerkingspartners over de inzet van het aanbod (prioriteiten, financiering etc.), vaak voor de duur van een bepaalde periode.
- Het eventueel bijstellen van het programma als tijdens de uitvoering blijkt dat dat nodig is.

In Brabant heeft men expliciet gekozen voor twee verschillende doelgroepen. Enerzijds een doelgroep (jongeren (12+) met autisme en aanverwante stoornissen) waar al veel aanbod voor is maar dat vraagt om meer onderlinge samenhang en afstemming; anderzijds een doelgroep (jongeren (12+) met verslavingsgerelateerde problemen waar nog geen aanbod voor is. Vooralsnog blijkt dat de werkgroep die zich bezig houdt met de laatstgenoemde doelgroep sneller tot de invulling van een (gewenst) zorgprogramma blijkt te komen; men ervaart wellicht een meer dringende noodzaak om tot resultaten te komen. De andere werkgroep blijft meer in inhoudelijke discussie steken (over alle kennis, ervaring en aanbod die er al is).

De veldprojecten in Utrecht, Zeeland en Drenthe zijn voorbeelden van een mengvorm van de twee onderscheiden werkwijzen. Hier heeft men het zorgprogramma in grote lijnen beschreven en vervolgens nadrukkelijk een proefperiode ingelast om het programma aan de hand van casuïstiek of in de praktijk verder te ontwikkelen dan wel uit te testen.

In twee veldprojecten (Den Haag en Tussen Wal en Schip) heeft men de ontwikkeling van een zorgprogramma anders aangepakt. Hun aanpak is te omschrijven als 'werkenderwijs ontwikkelen'.

In Tussen Wal en Schip worden twee ontwikkelingsprocessen gecombineerd: het ontwikkelen van een specifieke methodiek voor de doelgroep en het maken van een zorgprogramma. Er is gestart met de ontwikkeling van een residentiële module. Deze module is sinds september 1998 operationeel. Vervolgens diende een ambulante module Intensieve Gezinsbegeleiding gekoppeld te worden aan de residentiële module. Ook deze tweede

module wordt werkenderwijs ontwikkeld. De IG-methodiek moest aangepast worden voor de specifieke doelgroep. De instelling die de IG-methodiek in huis heeft, werd verantwoordelijk voor de inhoudelijke ontwikkeling en uitvoering. In het gekozen ontwikkelingstraject is men tegen twee lastige problemen opgelopen.

- De verantwoordelijkheid voor de twee modules is bij verschillende instellingen ondergebracht; de twee modules zijn onderling echter niet scherp af te bakenen: in het kader van het residentiële verblijf wordt namelijk ook begeleiding aan ouders gegeven. Er ontstaan daardoor afstemmingsproblemen in benadering en aanpak van het gezin.
- Door het gekozen ontwikkelingstraject neemt de residentiële module een dominante positie in. De tweede module moet aan de residentiële module gekoppeld worden. Dat biedt de ontwikkelaars van de tweede module te weinig ruimte voor het uit te voeren ontwikkelingsproces.

In het Haagse veldproject, gericht op het ontwikkelen van een zorgprogramma voor Marokkaanse kinderen in het speciaal basisonderwijs en hun gezinnen, wordt een werkwijze gehanteerd die te omschrijven is als 'vraaggericht en van onderaf'. Uitgangspunt zijn de hulpvragen en succesfactoren van de Marokkaanse gezinnen (ouders en kinderen).

De eerste stap is het in kaart brengen van de hulpbehoefte bij de 14 Marokkaanse gezinnen wier kinderen geplaatst zijn in de Bonte Vlinder (de S.O. school waar het zorgprogramma bij is aangehaakt). Op basis van de analyse van behoeften, hulpvragen en doelstellingen moet een programmatisch, modulair hulpaanbod samengesteld worden voor de doelgroep. Tegelijkertijd wordt, indien nodig, al een hulpaanbod gedaan aan de gezinnen.

Het werkenderwijs ontwikkelen blijkt tot verschillende knelpunten te leiden.

- De belangstelling van de instellingen loopt uiteen: sommige instellingen hebben het meeste baat bij directe hulpverlening voor de betrokken gezinnen, andere zijn primair geïnteresseerd in het ontwikkelen van een zorgprogramma.
- Men loopt tegen een groot aantal verschillende soorten problemen aan die alle om een oplossing vragen. Het betreft zowel praktische individuele problemen van de doelgroep als structurele problemen zoals de noodzaak om de interculturalisatie van instellingen te bevorderen.
- Een structurerend kader ontbreekt tot nog toe. Het denken in termen van zorgprogrammering is binnen dit project nog weinig ontwikkeld. Dat heeft zeker ook te maken met het feit dat een groot aantal kernpartners uit andere sectoren dan de jeugdzorg afkomstig is.

Zowel van achter de tekentafel als via de gecombineerde werkwijze zijn binnen de veldprojectperiode goede en afgeronde resultaten bereikt (ofwel een kwalitatief goede programmabeschrijving en/of een goed functionerend operationeel zorgprogramma). Met het werkenderwijs ontwikkelen wordt voor een moeilijke weg gekozen. Het lijkt vooralsnog een werkwijze die zich niet goed leent voor het ontwikkelen van een zorgprogramma. Het blijkt bijzonder moeilijk te zijn om het ontwikkelingsproces goed op koers te houden als men midden in de praktijk van alledag staat. Een zekere distantie is geboden. Daarmee wordt een bottom-up benadering zoals in Den Haag wordt uitgevoerd niet uitgesloten. Het is heel goed mogelijk om eerst een praktijkgestuurde fase is te lassen waarin de hulpvraag van de cliënten in kaart wordt gebracht. Vervolgens dient dan een omslag gemaakt te worden en van achter de tekentafel verder gewerkt te worden.

3.5 Bevorderende en belemmerende factoren

Op basis van de ervaringen opgedaan binnen de veldprojecten, kunnen factoren worden benoemd die bevorderend werken op de ontwikkeling van

een zorgprogramma. Aan de andere kant zijn er ook factoren die belemmerend werken op het ontwikkelingsproces.

Bevorderende factoren

- Continuïteit in projectleiderschap, dus geen tussentijdse wisselingen.
- Het aantal kernpartners beperkt houden; zo nodig onderscheid maken tussen kernpartners en andere betrokken instellingen.
- Van werkers binnen de jeugdzorg mag worden verondersteld dat zij inmiddels enigszins vertrouwd zijn met begrippen als modules, modulariseren, zorgprogramma's en zorgprogrammering. Voor werkers uit andere sectoren geldt dat (meestal) niet. Het is daarom van belang dat expliciet aandacht besteed wordt aan het vertrouwd maken van kernpartners uit andere sectoren met het gedachtengoed van modularisering en zorgprogrammering. Dit blijkt het gemakkelijkst te zijn als dit gedachtengoed ook in te passen is in eigen beleid van deze sectoren.
- Het ontwikkelen van het zorgprogramma kan ertoe bijdragen dat de onderlinge verhoudingen tussen instellingen verbeteren. Wanneer gestart wordt met de ontwikkeling van het zorgprogramma moet echter al wel sprake zijn van enig contact/ uitwisseling tussen instellingen/ sectoren.
- Een heldere projectdoelstelling, waarin is aangegeven wat beoogd wordt met het veldproject. Het is aan te bevelen om de doelstelling zodanig te formuleren dat wordt aangegeven wat aan het einde van de veldprojectperiode concreet bereikt moet zijn. Een veldproject dat als doelstelling heeft 'het opdoen van ervaring met zorgprogrammering', nodigt uit tot vrijblijvendheid.
- Voorts dient ook te worden aangegeven wat men wil bereiken met het zorgprogramma. Wordt het zorgprogramma primair ontwikkeld om de fragmentatie in het bestaande aanbod te doorbreken of wil men primair vraaggestuurde hulp voor een specifieke doelgroep realiseren. De achterliggende doelstelling is mede bepalend voor de wijze waarop het zorgprogramma ontwikkeld dient te worden.
- Een positieve en besluitvaardige opstelling van het management (zie toelichting).
- Gemodulariseerd aanbod van instellingen (zie toelichting).
- De opzet van het project beperkt houden en rekening houden met aanwezigheid basisvoorwaarden. Voorbeeld: in een periode van een jaar 2 intersectorale zorgprogramma's ontwikkelen in een werkgebied dat twee JHV-regio's beslaat als de samenwerking tussen jeugdhulpverlening en GGZ nog weinig ontwikkeld is en het management afwachtend is, is een te zware opgave.
- Voldoende tijd. Alle veldprojecten moesten opgestelde tijdsplanningen van activiteiten bijstellen; het ontwikkelen van een zorgprogramma is een complexe activiteit die veel meer tijd kost dan van te voren gedacht.
- Het middenmanagement moet tijdig betrokken worden bij de organisatorische vormgeving van het zorgprogramma (zie toelichting).
- Een positieve en stimulerende houding van de provincie. De ontwikkeling van een zorgprogramma wordt gestimuleerd door financiële ondersteuning. Betrokkenen voelen zich echter ook gestimuleerd door de wetenschap dat men werkt aan een vernieuwing die past binnen provinciaal beleid en ondersteund wordt door een actief meedenkende provinciale overheid.
- Specifieke aandacht schenken aan de instroom (zie toelichting).

Belemmerende factoren

- Afhankelijkheid van één toeleverende instelling wat betreft de instroom van cliënten. Dit is een kwetsbare constructie: wanneer het toelatingsbeleid van de toeleverende instelling verandert, verandert ook de doelgroep van het zorgprogramma.
- Een te kleinschalig zorgprogramma: afhankelijkheid van een of twee

functionarissen die het programma draaiende moeten houden maakt de opzet te kwetsbaar (in verband met ziekte, vertrek medewerkers). Dit speelt bij voorbeeld bij een zorgprogramma voor jongeren in een justitiële jeugdinstelling. Een justitiële instelling (de toeleverende instelling) neemt jongeren uit het hele land op; alleen de jongeren die woonachtig zijn in de JHV-regio mogen in het zorgprogramma instromen. Dat beperkt de omvang van de doelgroep dus in grote mate. Bovendien vraagt de hulpverlening aan deze jongeren specifieke deskundigheid; vervanging kan dus niet of nauwelijks geregeld worden.

- Veranderingsprocessen binnen instellingen (bijvoorbeeld een fusie) die ertoe leiden dat instellingen sterk intern gericht zijn. Dergelijke instellingen zijn maar in beperkte mate in staat/ bereid om zich in te zetten voor extern gerichte activiteiten zoals de ontwikkeling van een zorgprogramma.
- Ook externe veranderingsprocessen (zoals de vorming van bureau jeugdzorg) kunnen stagnerend werken op het ontwikkelen van het zorgprogramma. Wanneer het bureau jeugdzorg (in oprichting) sterk intern gericht is, heeft men minder tijd en aandacht beschikbaar om mee te denken over de screening en toeleiding van cliënten naar het zorgprogramma.
- Het bestaan van wachttijden voor de inzet van een module; synchroon in te zetten combinaties van modules kunnen dan niet meer gemaakt worden. Daarmee vervalt een belangrijk deel van de meerwaarde van een zorgprogramma.
- Een sectoroverstijgend of instellingsoverstijgend programma heeft per definitie een zwakke positie. Het zorgprogramma is in wezen gebaseerd op gezamenlijke afspraken, loyaliteit en saamhorigheid (zie ook paragraaf 5.4).
- De aanwezigheid van verschillen in regionale indelingen binnen jeugdhulpverlening (onderscheid regionaal en bovenregionaal) en tussen jeugdhulpverlening, GGZ en Justitie werkt remmend op de instroom en maakt het lastig om te bepalen op welk niveau een programma ontwikkeld moet worden.
- Instellingen die een verschillend begrippenkader hanteren rondom zorgprogrammering. Dat kan met name aan de orde zijn in de communicatie tussen jeugdhulpverlening en GGZ.

Sommige factoren spreken voor zich, andere worden elders in het rapport nader beschreven. We beperken ons hier tot een verdere uitwerking van een viertal factoren.

- Het belang van een positieve houding van het management.
- De meerwaarde die bereikt wordt als instellingen hun aanbod en organisatie gemodulariseerd hebben.
- De noodzaak om het middenmanagement van instellingen tijdig te betrekken.
- Het feit dat nadrukkelijk aandacht besteed moet worden aan de instroom van cliënten.

De houding van het management

De opstelling van de stuurgroep (van directeuren of door hen gemandateerde functionarissen) is bepalend voor het welslagen van een zorgprogramma. Zij moeten bereid zijn om de 'kar te trekken'. Bij de ontwikkeling van het programma dient de stuurgroep kritisch doch stimulerend te volgen. Men dient besluitvaardig te opereren wanneer het ontwikkelingsproces om voortgang vraagt. Een behoudende opstelling werkt niet stimulerend; zorgprogrammering vraagt om een creatieve benadering en om de bereidheid om nieuwe uitdagingen aan te gaan.

De taakstelling van de stuurgroep dient helder omschreven te worden om te

voorkomen dat stagnatie danwel verkeerde verwachtingen ontstaan. Zo dient bijvoorbeeld helder te zijn vastgelegd of de verantwoordelijkheid om tot een operationeel zorgprogramma te komen bij de stuurgroep ligt of bij de (afzonderlijke) directeuren van de instellingen die modules gaan leveren. Wanneer het zorgprogramma operationeel wordt dient het management verantwoordelijkheid te nemen voor de uitvoering. Toezeggingen over beschikbaarstelling van mensen en middelen dienen te worden waargemaakt.

Een gemodulariseerd aanbod

Een zorgprogramma komt het best tot zijn recht als instellingen hun aanbod gemodulariseerd hebben. Daarbij gaat het om twee zaken:

- het aanbod van de instelling is in modules beschreven;
- de organisatie is zodanig ingericht dat de modules flexibel (afzonderlijk of in combinatie) kunnen worden ingezet.

Als aan deze voorwaarden is voldaan, dan is een zorgprogramma ook veel sneller te maken. Binnen de veldprojecten werd niet aan deze voorwaarde voldaan. Het aanbod van de meeste instellingen is nog niet geherordend tot flexibel inzetbare eenheden (modules) die scherp zijn omschreven. Voor de veldprojecten betekende dit dat werkgroepleden / instellingen veel tijd moesten besteden aan het (leren) maken van modulebeschrijvingen van bestaand aanbod. Deze tijd was vaak niet van te voren begroot. In één veldproject (Drenthe) heeft men besloten om een aparte medewerker aan te trekken voor het maken van modulebeschrijvingen.

Als het aanbod nog niet gemodulariseerd is, blijven modulebeschrijvingen noodgedwongen globaal; ze geven niet scherp aan wat het hulpdoel is en welke activiteiten worden ingezet. De inhoudelijke en organisatorische afstemming binnen een zorgprogramma kost daarom meer moeite. De mogelijkheden van invulling van een zorgprogramma/ individueel hulpplan zijn beperkter zolang het aanbod niet flexibel inzetbaar is.

Het (midden)management van betrokken instellingen tijdig betrekken

Bij de ontwikkeling van een zorgprogramma wordt eerst gewerkt aan de inhoudelijke invulling van het programma (omschrijving doelgroep/ deelgroepen, problematiek, hulpvragen, overkoepelende behandelvisie, programmadoeel en in te zetten modules). Vervolgens komt de vraag naar de organisatorische vormgeving aan de orde: hoe ontstaat samenhang bij de uitvoering van het programma voor de cliënt en de werkers. Daarvoor moeten bepaalde rollen worden vervuld (regievoerder / programmacoördinator, contactpersoon cliënt, modulevertegenwoordiger per instelling).

De programmastructuur dient in nauwe afstemming tussen inhoudelijk ontwikkelaars van het zorgprogramma en de (midden)managers, die zicht hebben op de mogelijkheden en beperkingen van de (bestaande) organisatiestructuren, te worden vastgesteld. In sommige veldprojecten was dat niet afdoende geregeld. Dat heeft tot spanningen en beperkingen in de uitvoering van het zorgprogramma geleid. Het is van cruciaal belang dat het (midden)management een positieve opstelling heeft ten opzichte van het zorgprogramma. Zij moeten de benodigde flexibiliteit en creativiteit leveren om de uitvoering van een instellingoverstijgend zorgprogramma mogelijk te maken. Feit is wel dat de structuur die opgezet wordt voor (intersectorale) zorgprogramma's zich altijd problematisch zal verhouden tot bestaande instellings/organisatiestructuren en dat men hooguit op basis van consensus-afspraken tot een oplossing kan komen.

Aandacht voor de instroom

De instroom van cliënten bleef in de meeste operationele zorgprogramma's, achter bij de verwachting (Utrecht, Zeeland, het Spoor, JDS). De oorzaken zijn divers. Voorspellingen over de te verwachten instroom/ omvang van de

doelgroep zijn vaak al enkele jaren oud en maar ten dele op cijfermatige gegevens gebaseerd omdat deze veelal ontbreken. Aan dergelijke voorspellingen kan dus niet teveel waarde worden gehecht.

Verder zijn de doelgroepen van de zorgprogramma's vaak scherp afgebakend wat betreft leeftijd en de aanwezigheid van complexe problematiek (op meerdere levensgebieden). Het aantal cliënten dat aan deze doelgroepomschrijving voldoet is (op regionaal niveau) wellicht beperkt. Zolang goede registratiegegevens ontbreken zal alleen de ervaring kunnen uitwijzen of dat inderdaad het geval is. Dergelijke gegevens zullen door BJZ verzameld moeten gaan worden.

De beperkte instroom binnen het JDS en het Spoor heeft ook specifieke oorzaken voortkomend uit het feit dat de instroom in deze programma's via justitiële instellingen (raad, rechter, justitiële jeugdinstelling) verloopt. Deze instellingen hebben een groter werkgebied dan de jeugdhulpverlening. De regio-grenzen van de jeugdhulpverlening zijn echter bepalend voor de instroom van de jongeren. Alleen jongeren die woonachtig zijn binnen deze grenzen komen in aanmerking voor het Spoor en het JDS.

Ook de ervaringen in Utrecht en Zeeland laten zien dat de doelgroep niet op de stoep staat te wachten. In Zeeland werd de geplande instroom van 10 cliënten binnen 2 maanden bereikt; daarna stagneerde de aanmelding. Navraag bij de Toegang maakt duidelijk dat er wel jongeren waren die aan de screeningslijst voldeden maar dat de motivatie van deze jongeren onvoldoende werd geacht. Ook van de eerste 10 ingestroomde jongeren zijn er al snel 4 afgevallen, de meesten eveneens wegens gebrek aan motivatie. Hier ligt dus een drempel.

In Utrecht werden in de eerste 8 maanden 8 kinderen aangemeld; men had het dubbele aantal aanmeldingen verwacht. Het geringe aantal aanmeldingen voor het Utrechtse zorgprogramma in de eerste maanden lijkt veroorzaakt te zijn door een afwachtende houding van de werkers in de Toegang. Intensivering van het contact met BJZ heeft in 2 maanden tijd 6 nieuwe aanmeldingen opgeleverd. Werkers van BJZ moeten er blijkbaar regelmatig aan herinnerd worden dat het zorgprogramma bestaat en koudwatervrees moet overwonnen worden. In sommige veldprojecten is daarom een aparte contactpersoon voor het zorgprogramma binnen BJZ aangesteld of participeert een medewerker van BJZ in de inhoudelijke werkgroep.

Wellicht is ook meer PR gericht op instellingen/ werkers die hun cliënten kunnen doorverwijzen, noodzakelijk. Ontwikkelaars hebben echter vaak de neiging/ behoefte om zaken eerst intern goed uit te werken alvorens er mee naar buiten te treden.

4 Doelgroepen en hulpvraaggerichtheid

4.1 Inleiding

In 'Definitie van kernbegrippen' (Projectgroep zorgprogrammering, NIZW, 1999) worden verschillende soorten doelgroepen onderscheiden:

- een doelgroep die gekenmerkt wordt door een bepaald aanbod dat ze ontvangt;
- een probleemgroep; deze wordt gekenmerkt door een zelfde type problematiek;
- een doelgroep die gekenmerkt wordt door een gemeenschappelijke hulpvraag.

In de opvatting van de Projectgroep is zorgprogrammering bij uitstek geschikt om vraaggestuurde hulp te realiseren. Gesteld wordt dat een zorgprogramma altijd gericht moet zijn op een doelgroep met een gemeenschappelijke hulpvraag. Een groep cliënten met een gemeenschappelijke hulpvraag is echter op voorhand meestal moeilijk te identificeren. Daarom wordt in de praktijk meestal uitgegaan van een probleemgroep. Dit wordt ook door de Landelijke Projectgroep onderkend. Volgens de Projectgroep brengt de heterogeniteit van een probleemgroep echter met zich mee dat een uitsplitsing naar deelgroepen zal moeten worden gemaakt. Zo'n deelgroep wordt niet alleen gekenmerkt door een bepaalde problematiek maar vooral door een gemeenschappelijke hulpvraag (zie Definitie van Kernbegrippen pagina 27).

De gemeenschappelijke hulpvraag moet via een hulpvraaganalyse nader worden geëxpliciteerd. Het is vervolgens de bedoeling dat men op basis van de hulpvraaganalyse de doelstelling van het programma formuleert en de in te zetten modules selecteert. Voor de beantwoording van de gemeenschappelijke hulpvraag zal, zo verwacht de Projectgroep, een specialistisch programma ontwikkeld kunnen worden. Dat is een zorgprogramma met 4 of 5 merendeels vaste modules. Enige variatie via plus en min varianten of enkele optionele modules is gewenst om individueel maatwerk te kunnen leveren.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de veldprojecten erin geslaagd zijn om een hulpvraaggerichte benadering te hanteren bij het ontwikkelen van het zorgprogramma. Achtereenvolgend wordt een drietal vragen beantwoord.

- Zijn deelgroepen met een gemeenschappelijke hulpvraag onderscheiden?
- Heeft men voldoende instrumenten om een hulpvraaganalyse uit te voeren?
- Vormt de gemeenschappelijke hulpvraag de rode draad binnen het zorgprogramma?

Eerst wordt echter beschreven wat de kenmerken zijn van de doelgroepen waarop de veldprojecten zich richten (paragraaf 4.2).

4.2 Soorten doelgroepen waarop de veldprojecten zich richten

Twee zorgprogramma's zijn gericht op doelgroepen die getypeerd worden door het aanbod dat ze ontvangen: jongeren die geplaatst zijn in Teylingereind (het Spoor) en Marokkaanse gezinnen met een kind op het speciaal onderwijs (Den Haag). Dit soort projecten kan als nadeel hebben dat hun doelgroep kan veranderen door externe omstandigheden (opname/ toela-

tings-beleid van de aanbodelverende instelling). Bij het Spoor is dat ook gebleken: de kenmerken van jongeren die nu op Teylingereind verblijven zijn anders dan enkele jaren geleden toen het zorgprogramma ontwikkeld werd. Daardoor past het zorgprogramma niet goed meer op de doelgroep/ de hulpvraag.

De overige veldprojecten hebben gekozen voor verschillende soorten probleemgroepen:

- de multi-probleem-gezinnen/ jongeren; aanwezigheid van een combinatie van problematiek;
- probleemgroepen gebaseerd op psychiatrische stoornissen (ADHD, autisme);
- probleemgroepen met problemen die verwijzen naar de oorzaak (problemen door mishandeling, verslaving).

Er zijn geen aanwijzingen dat bepaalde typen probleemgroepen zich beter lenen voor zorgprogrammering dan andere. Belangrijker dan het onderscheid naar soort probleemgroep is het onderscheid naar de reikwijdte van de problematiek die de doelgroep bestrijkt. Er zijn brede en afgeperkte doelgroepen te onderscheiden. Kenmerkend voor de brede doelgroepen is dat ze de totale range van (complexe) problematiek bestrijken: van licht tot ernstig en meervoudig. Kenmerkend voor de afgeperkte doelgroepen (die verder worden aangeduid als complexe doelgroepen) is dat ze maar een deel van de totale range bestrijken, meestal de categorie ernstig en meervoudig.

Voorbeelden van complexe doelgroepen zijn de veldprojecten in Zeeland en Utrecht (de multi-probleemgezinnen/ jongeren). Voorbeelden van brede doelgroepen zijn de veldprojecten in Flevoland en Drenthe (van druk gedrag tot ADHD; kinderen van ouders met psychiatrische problematiek: KOPP-gezinnen).

Van de kant van de overheid is aangegeven dat zorgprogrammering vooral gericht moet zijn op de cliënten met ernstige, meervoudige problematiek, dus op de complexe doelgroep. Dit zijn namelijk de cliënten die met het aanbod uit één instelling of één sector niet goed geholpen kunnen worden en dus het meeste baat kunnen hebben bij zorgprogrammering.

Uit de keuze van de doelgroep door de veldprojecten kan worden geconcludeerd dat dit uitgangspunt door de meeste provincies/ regio's wordt onderschreven. Er zijn echter ook provincies/ regio's met een andere benadering. In Venlo wil men de zorg voor alle doelgroepen die de Stichting Zorgcircuits¹ bedient of wil gaan bedienen, programmeren. In Flevoland en in Drenthe wil men de totale zorg voor een aantal brede doelgroepen programmeren. Hoe dat in Flevoland is gebeurd wordt nader beschreven. Hier zijn vier zorgprogramma's ontwikkeld waaronder een zorgprogramma voor kinderen met druk gedrag (lichte problematiek). Het aanbod aan deze doelgroep kan meestal beperkt blijven tot één module. Voordeel van dit programma is dat het bestaande (gefragmenteerde) aanbod van verschillende instellingen is geordend en in onderlinge samenhang is beschreven. Ouders van drukke kinderen kunnen daardoor beter kiezen welk aanbod het beste bij hun wensen en behoeften aansluit.

Programmering van de totale zorg voor een brede doelgroep zoals in Flevoland is uitgevoerd, levert een aantal specifieke winstpunten op:

- een psychiatrische stoornis (zoals ADHD) kan vroegtijdig gesignaleerd worden;
- onnodige verwijzing naar de (geïndiceerde) zorg wordt voorkomen;
- er komt een specifiek en zonodig intersectoraal aanbod beschikbaar voor

Noot 1 De Stichting Zorgcircuits is een overkoepelende organisatie van een groot aantal instellingen.

verschillende doelgroepen ieder met hun eigen hulpvraag (van kinderen met druk gedrag en ouders met voldoende draagkracht tot kinderen met een ernstige mate van ADHD al dan niet in combinatie met andere psychiatrische problematiek);

- het totale aanbod kan onderling goed worden afgestemd.

Het veldproject in Flevoland heeft laten zien dat programmering van de totale zorg voor een brede doelgroep bij uitstek mogelijkheden biedt om het principe 'zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijk en op de juiste plaats' te realiseren.

4.3 Het onderscheiden van deelgroepen met een gemeenschappelijke hulpvraag

De veldprojecten hebben hun gekozen probleemgroep veelal afgeperkt ofwel door het criterium 'leeftijd' (Utrecht, Zeeland, Gelderland, Drenthe, Brabant, Venlo) ofwel door het criterium 'toeleverende instelling' (Den Haag, Drenthe, het Spoor).

Het streven naar homogeniteit in problematiek en hulpvraag is niet altijd het leidende motief geweest voor de afperking. In sommige veldprojecten was de afperking van de probleemgroep al voor de start als veldproject gemaakt; aanleiding voor de afperking lag dan bijvoorbeeld in de ontstaansgeschiedenis van een project (een toeleverende instelling nam het initiatief) of in de bestaande leeftijdsindelingen die instellingen hanteren.

In Drenthe is wegens de complexiteit van het ontwikkelingsproces en de beperkte veldprojectperiode, gekozen voor (tijdelijke) afperking van de doelgroepen (naar leeftijd, regio en toeleverende instelling). Bij de afperking is vooral gekeken naar: omvang en urgentie van de problematiek en het realiseren van gunstige condities voor de uitvoering van het zorgprogramma. Ook in Brabant heeft men gekeken naar de urgentie van de problematiek. Hier is een afperking naar de oudere leeftijdsgroep gemaakt omdat men vond dat deze leeftijdsgroep het meest gebaat was bij zorgprogramma's. Zowel in Drenthe als in Brabant heeft men (tot nog toe) generalistische programma's ontwikkeld.

Enkele projecten (Venlo, Flevoland, Gelderland) hebben deelgroepen of probleemgebieden onderscheiden. Per deelgroep of probleemgebied zijn hulpvragen geformuleerd en in te zetten modules benoemd.

In Flevoland heeft men de brede probleemgroep 'van druk gedrag tot ADHD' uitgesplitst naar 4 deelgroepen. Dat is gebeurd op basis van twee (inhoudelijke) criteria: aard en ernst problematiek en draagkracht ouders. Via indeling op basis van deze criteria zijn ook de hulpvragen per deelgroep afgeperkt.

In Venlo heeft men binnen het zorgprogramma (voor de doelgroep 0-4 jarigen en hun ouders met psychosociale en/of psychiatrische problematiek) onderscheid gemaakt naar 4 probleemgebieden (met bijbehorende hulpvragen) waarop de interventie gericht moet zijn. Bij elk probleemgebied hoort een aantal modules. Aldus ontstaan subprogramma's met generalistische kenmerken (geen standaardmodules).

In Gelderland heeft men binnen het zorgprogramma de nadruk gelegd op de integratie van zorg en onderwijs. Men heeft de doelgroep als volgt omschreven: PDD-NOS kinderen van 3-12 jaar die naar school gaan. Er zijn 4 deelprogramma's gemaakt, elk voor een specifieke hulpvraag.

- Deelprogramma A: Preventie: voor de behoefte aan informatie om inzicht te krijgen in de problematiek en op basis daarvan indien nodig verdere ondersteuning te zoeken.
- Deelprogramma B: Ambulante zorg: voor de vraag om ondersteuning van kind, gezin en school zodanig dat de ontwikkeling en het toekomstper-

spectief van kinderen geoptimaliseerd worden en gedragsproblemen hanteerbaar zijn.

- Deelprogramma C: Speciaal onderwijs: voor de vraag om onderwijs en begeleiding/ behandeling van ontwikkelings-, gedrags-, en leerproblemen binnen de onderwijssituatie opdat functioneren binnen een minder intensieve wellicht reguliere onderwijssituatie weer mogelijk wordt.
- Deelprogramma D: Dag-of nachtzorg: voor de vraag om begeleiding/ behandeling in dag en nachtzorg zodanig dat functioneren binnen het gezin of een gezinsvervangende situatie weer mogelijk wordt.

In Zeeland is men gestart met een vrij brede doelgroepomschrijving: jongeren van 13 tot en met 16 jaar met meervoudige complexe problematiek op een groot aantal terreinen. Bij de ontwikkeling van het zorgprogramma kwam men uit op een lijst van 15 passende modules. Men heeft toen voor de keuze gestaan: ofwel de doelgroep verder afperken waardoor meer homogeniteit in problematiek en hulpvraag ontstaat en een zorgprogramma met 4 of 5 vaste modules kan worden ontwikkeld ofwel een generalistisch programma maken waarbij per individu wordt bepaald welke van de 15 modules het best kunnen worden ingezet. Er is voor de eerste optie gekozen. De doelgroep is afgeperkt naar leeftijd (13 en 14 jarigen) en naar soort problematiek. Op basis van deze afperking kon een specialistisch programma ontwikkeld worden met een beperkt aantal modules.

Conclusie

Een aantal veldprojecten heeft de weg gevolgd die de Projectgroep had aangegeven. Zij hebben hun probleemgroep afgeperkt of opgesplitst in deelgroepen om tot een homogene hulpvraag te komen. Alleen in Zeeland heeft dat tot een specialistisch programma geleid. De ontwikkelde zorgprogramma's in Gelderland en Flevoland hebben wel specialistische kenmerken: een beperkt gedeelte van het aanbod ligt vast een groter deel is echter optioneel.

De zorgprogramma's die door de veldprojecten zijn ontwikkeld, zijn veelal geënt op een combinatie van doelgroepenkenmerken, problematiek en hulpvragen. De gemeenschappelijke hulpvraag fungeert niet als uitgangspunt of leidend criterium bij de invulling van het zorgprogramma. Men lijkt zich over het algemeen meer thuis te voelen bij een brede (probleemgerichte) benadering dan bij een specifieke benadering gericht op de gemeenschappelijke hulpvraag. De gekozen werkwijze leidt vaak tot programma's met generalistische kenmerken. Bij een dergelijk programma is de noodzaak om tot een homogene doelgroep te komen, minder groot dan bij een specialistisch programma.

4.4 De instrumenten voor de hulpvraaganalyse

In alle zorgprogramma's die ontwikkeld zijn na de start van de veldprojectperiode is een hulpvraaganalyse uitgevoerd en zijn de hulpvragen van kind/ jongere, ouders en (soms) het tweede milieu expliciet beschreven. In twee zorgprogramma's die al langer bestonden (Het Spoor, JDS) is dat niet gebeurd. De kwaliteit van de beschrijvingen varieert. Het is niet altijd even goed gelukt om de juiste vertaalslag te maken van probleemomschrijving en diagnostiek naar hulpvraag. Opmerkelijk is dat binnen de veldprojecten niet veel discussie is gevoerd over het begrip 'hulpvraag' of over het spanningsveld tussen het perspectief van de cliënt en het perspectief van de hulpverlener. Dat valt wellicht te verklaren uit het feit dat men eigenlijk vrij weinig heeft gedaan met de hulpvraagomschrijvingen.

Het belangrijkste instrument voor de hulpvraaganalyse dat men ter beschikking had, was 'de ervaring en visie van de hulpverleners zelf'. De hulpvraag

van de doelgroep wordt dus meestal vanuit het perspectief van de professional omschreven. Aanvullend is in de literatuur gezocht naar informatie over de hulpvraag van de doelgroep. In een aantal veldprojecten heeft een vertegenwoordiger van een cliëntenorganisatie geparticipeerd in de (inhoudelijke) projectgroep of is in het kader van de hulpvraaganalyse gesproken met vertegenwoordigers van de doelgroep. De ervaringen met het betrekken van de doelgroep zijn beperkt maar wel positief. De informatie die werd verkregen werd als waardevol ervaren.

De stem van de cliënt klinkt slechts zwak door in de analyse van de hulpvraag. Redenen zijn: de beperkte organisatiegraad van de cliënten; de cliëntenorganisaties die er zijn, zijn veelal overbevraagd en hebben dus nauwelijks tijd; de inhoudelijk deskundigen zijn in aantal dominant en het ontwikkelen van een zorgprogramma is een vrij ingewikkelde exercitie waar professionals zich vaak meer bij thuis zullen voelen dan cliënten. Kenmerkend in dit verband is het feit dat er weinig aandacht is voor het specifieke karakter van de hulpvragen van allochtone jongeren. Uitzonderd Den Haag heeft geen enkel veldproject een specifieke aanpak voor de hulpvragen van allochtone jongeren/ gezinnen. Wel wordt geconstateerd dat de jeugdzorg de allochtone jongeren nog onvoldoende bereikt. Het Spoor en het JDS zijn jeugdzorgprojecten voor delinquente jongeren. Een groot deel van hun doelgroepen bestaat uit allochtone jongeren. Door een koppeling te maken tussen justitiële instellingen (via welke de jongeren instromen) en jeugdzorginstellingen (die de zorg leveren), wordt de toegankelijkheid van de jeugdzorg voor allochtone jongeren vergroot. Een teleurstellend gegeven is dat in geen van beide projecten nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan het specifieke karakter van de hulpvraag van allochtone jongeren.

In het veldproject (Den Haag) gebeurt dat wel; de hulpvraaganalyse wordt gemaakt door met de doelgroep (van Marokkaanse gezinnen) zelf te gaan praten. Hiervoor zijn twee Marokkaanse functionarissen aangetrokken: een casemanager die de gezinnen bezoekt en een onderwijsassistent die zich met name op de vaders richt. Den Haag is een tweede tranche project; op dit moment kan nog niet worden aangegeven of deze praktijkgerichte insteek een goede benadering blijkt te zijn om (op afzienbare termijn) tot een zorgprogramma te komen.

Ook in Drenthe wordt de doelgroep (kinderen van 8 tot 12 jaar uit KOPP-gezinnen) direct benaderd om zicht te krijgen op hun hulpvragen. Een zogenaamde doe-praatgroep vormt een centraal onderdeel van het zorgprogramma. Bij afsluiting van deelname wordt met de kinderen gesproken over het vervolgtraject en hun hulpvragen.

Meer in het algemeen is onze eigen ervaring als onderzoeksbureau dat interviews onder de doelgroep over hun ervaringen met - en wensen ten aanzien van de zorg een belangrijke aanvullende bron van informatie vormen bij een hulpvraaganalyse².

4.5 Vraaggerichtheid als uitgangspunt van zorgprogrammering

Alle veldprojecten hebben bij het ontwikkelen van het zorgprogramma uitgebreid aandacht besteed aan de hulpvraag en de behoefte van de cliënt. Dat is op verschillende manieren gebeurd.

- Vaak is nadrukkelijk gekozen voor een doelgroep waarvan bekend was dat deze onvoldoende werd geholpen met de bestaande gefragmenteerde zorg. Voorbeelden zijn de veldprojecten in Zeeland en Utrecht.

Noot 2 Zie bijvoorbeeld het onderzoeksrapport 'Ouders van pleegkinderen gehoord' (DSP; maart 2000); in dit rapport is de hulpvraag van de (biologische) ouders van pleegkinderen beschreven.

- Soms heeft het zorgprogramma betrekking op een doelgroep waarvoor nog geen aanbod bestaat (Venlo, Tussen Wal en Schip, Brabant). In het zorgprogramma wordt dan aangegeven (op basis van de doelgroepkenmerken, problematiek en de hulpvragen) welk modules ontwikkeld moeten worden.
- Bijna alle projecten hebben uitgebreid stilgestaan bij de analyse van de hulpvraag; men heeft voor zover mogelijk daar ook cliëntenorganisaties bij betrokken.
- In twee projecten worden de cliënten zelf bevraagd over hun hulpvraag (Den Haag en Drenthe).
- Enkele projecten hebben in hun programmabeschrijving nadrukkelijk aandacht besteed aan de positie van de cliënt. In Flevoland is vastgelegd hoe de cliënt actief betrokken kan worden bij alle belangrijke beslissingen die in de Toegang worden genomen. Soms is de positie van de cliënt bij het opstellen en evalueren van het individuele behandelplan expliciet vastgelegd (Venlo en Flevoland).
- In sommige projecten is men van plan om bij de uitvoering van het zorgprogramma expliciet aandacht te besteden aan de vraag of de hulpvraag van de cliënt met het huidige aanbod van het zorgprogramma wel voldoende wordt beantwoord.

Ondanks de aanzetten die zijn gemaakt en de inspanningen die werden gepleegd is het niet gelukt om de hulpvraag een centrale positie te geven in de ontwikkeling en uitvoering van de zorgprogramma's. De programma's hebben vooral een beschrijvend karakter. Er wordt geen kritische relatie gelegd tussen hulpvraag en aanbod, met andere woorden de vraag of het bestaande aanbod wat betreft inhoud, aanpak en methodiek wel (voldoende) aansluit op de hulpvraag wordt niet expliciet aan de orde gesteld. Overlappend aanbod wordt wel gesignaleerd maar er worden geen keuzes gemaakt.

In Zeeland heeft men de gemeenschappelijk hulpvraag als uitgangspunt genomen voor de selectie van de in te zetten modules (een specialistisch programma). Het blijkt echter heel moeilijk te zijn om vanuit het bestaande aanbod hulpvraaggericht te werken voor de gekozen doelgroep. Het gebrek aan motivatie van de jongeren leidt tot voortijdige uitval en een beperkte instroom.

Een groot nadeel waar de veldprojecten mee kampen is gelegen in het feit dat het maken van een zorgprogramma tot nog toe een aangelegenheid is waar alleen vertegenwoordigers van de aanbodzijde (professionals en management) bij betrokken zijn. De cliënt komt onvoldoende aan het woord. Dat maakt het bijzonder lastig om zorgprogrammering in te zetten zoals bedoeld namelijk als instrument om aanbodgerichte zorg om te buigen naar vraaggestuurde zorg.

Een groot winstpunt van de veldprojecten is wel dat transparant gemaakt wordt welk aanbod (zo mogelijk concreet beschreven in modules) beschikbaar is voor welke hulpvragen van welke probleemgroep. Dat biedt alle betrokken partijen (instellingen, overheid en cliëntenorganisaties) mogelijkheden om te beoordelen of men de zorg wel of niet voldoende vindt.

5 Kenmerken zorgprogramma's

5.1 Inleiding

In 'Definitie van kernbegrippen' wordt het begrip zorgprogramma als volgt omschreven: Een zorgprogramma is een aantal gespecificeerde en samenhangende afspraken en coördinerende activiteiten, resulterend in een doelgerichte en planmatige inzet van modules ten behoeve van een gespecificeerde doelgroep.

In twee veldprojecten werd een zorgaanbod ontwikkeld dat niet voldoet aan bovenstaande definitie. Het JDS heeft diagnostiek en toewijzing ontwikkeld maar geen zorgprogramma. Tussen Wal en Schip heeft 2 modules die nog niet goed gekoppeld zijn. De overige veldprojecten ontwikkel(d)en in totaal 15 zorgprogramma's. Voor al deze zorgprogramma's geldt dat doelgroep, problematiek en hulpvragen zijn omschreven, een programmadoel is geformuleerd, modules zijn benoemd en een organisatorische en inhoudelijke samenhang is of wordt aangebracht tussen de modules. Het gaat dus steeds om zorgprogramma's en niet om clustering van modules. Bij clustering van modules is alleen sprake van samenwerkingsafspraken tussen instellingen die de inzet van allerlei combinaties van modules mogelijk maken.

In paragraaf 5.2 wordt nader beschreven hoe de veldprojecten hun zorgprogramma's hebben ingevuld met modules. Er blijken allerlei structuren en soorten modules te zijn bedacht om een zorgprogramma zo flexibel mogelijk te maken. Het belangrijkste onderscheid dat gemaakt wordt is het onderscheid tussen standaardmodules en optionele modules. In de meeste veldprojecten wordt het onderscheid als volgt gemaakt. Standaardmodules zijn modules die altijd worden ingezet bij elke cliënt. Optionele modules kunnen naar keuze worden ingezet, afhankelijk van de problematiek en de individuele hulpvraag van de cliënt. Door optionele modules toe te voegen aan standaardmodules wordt individueel maatwerk mogelijk en een star karakter van het programma voorkomen.

In paragraaf 5.3 worden de mogelijkheden om inhoudelijke samenhang binnen een zorgprogramma te brengen, beschreven.

In paragraaf 5.4 worden de mogelijkheden en de onmogelijkheden aangegeven om een instellingsoverstijgend zorgprogramma in te bedden binnen de bestaande organisaties.

In paragraaf 5.5 tenslotte wordt stilgestaan bij de organisatorische samenhang binnen zorgprogramma's. Aangegeven wordt welke taken vervuld moeten worden en welke functionarissen dat (kunnen) doen. Daarna wordt beschreven hoe de organisatie van de zorgprogramma's die binnen de veldprojecten werden ontwikkeld, er in de praktijk uitziet. Tenslotte wordt een drietal specifieke onderwerpen uitgelicht:

- de rol van de plaatser binnen het zorgprogramma;
- de noodzaak om nader te beschrijven hoe intensieve begeleiding van moeilijke doelgroepen (ongemotiveerde jongeren) het best vorm en inhoud kan worden gegeven;
- de mogelijkheden om de extra organisatie die een instellingsoverstijgend zorgprogramma met zich meebrengt zoveel mogelijk te beperken.

5.2 Een overzicht van kenmerken van de zorgprogramma's

- 1 Het Spoor (voor jongens die geplaatst zijn in Teylingereind (justitiële jeugdinrichting):
 - 6 modules waarvan 1 standaard en 5 optioneel; de modules kunnen synchroon worden ingezet.
- 2 JDS (Jeugdige Delinquenten met Stoornissen):
 - een intersectoraal diagnostiekteam en zorgtoewijzingsteam (geen zorgprogramma).
- 3 Tussen Wal en Schip (voor jongeren met beperkte verstandelijke vermogens en gedragsproblemen):
 - een residentiële module en een ambulante module Intensieve gezinsbegeleiding (in ontwikkeling); het is nog geen zorgprogramma.
- 4 Flevoland (voor de brede doelgroep: van druk gedrag tot ADHD):

Er zijn afzonderlijke zorgprogramma's gemaakt voor de 4 onderscheiden deelgroepen.

 - ZP1: in totaal 14 optionele modules; meestal volstaat 1 module.
 - ZP2: 1 vast onderdeel 'individuele ouderbegeleiding' (1 standaardmodule en 4 optionele modules); verder zijn er 15 optionele modules.
 - ZP3: 2 vaste onderdelen, te weten 'individuele ouderbegeleiding' (2 standaardmodules en 2 optionele modules) en 'oudertraining' (3 optionele modules); verder zijn er 20 optionele modules.
 - ZP4: 5 vaste onderdelen (1 onderdeel heeft 1 standaardmodule en 2 optionele modules; 4 onderdelen hebben alleen 1 standaardmodule); verder zijn er 12 optionele modules.

Binnen elk zorgprogramma is een uitsplitsing gemaakt naar 3 leeftijdsgroepen. Voor elke leeftijdsgroep zijn vaak weer andere modules beschikbaar. Deze verfijning is niet opgenomen in bovenstaande beschrijving. Het feitelijke aantal modules per zorgprogramma is dus groter ofwel eigenlijk bestaat elk zorgprogramma uit 3 sub-programma's.
- 5 Zeeland (voor 13 en 14 jarigen met complexe meervoudige problematiek):
 - (aanvullende) diagnostiek;
 - 3 standaardmodules (2 standaardmodules hebben elk 2 of 3 varianten);
 - 2 optionele modules (1 optionele module heeft 3 varianten).

De modules kunnen synchroon worden ingezet.
- 6 Drenthe (voor kinderen uit KOPP-gezinnen (ZP1) en kinderen die mishandeld worden (ZP2). Voorlopig zijn de doelgroepen afgeperkt qua leeftijd, regio, toeleverende instelling (ZP1) en problematiek (ZP2)). ZP1 heeft in totaal 22 modules; ZP2 in totaal 18 modules. Er wordt onderscheid gemaakt naar:
 - preventieve en curatieve kindmodules;
 - preventieve en curatieve gezinsmodules.

Er worden geen standaard en optionele modules onderscheiden; wel ligt vast dat altijd een kindgerichte module en een gezinsgerichte module wordt ingezet. De praktijk moet uitwijzen of standaard en optionele modules onderscheiden kunnen worden en vaste combinaties te benoemen zijn.
- 7 Utrecht (voor ernstig probleemgedrag van jonge kinderen uit multi-probleemgezinnen). Het zorgprogramma bestaat uit 27 modules, onder te verdelen in: ambulante, vormen van dagbehandeling en dag- en nacht-zorg. In de praktijk blijkt dat een groot deel van deze 27 modules weinig

of niet wordt ingezet. Er blijken 3 categorieën kernmodules te zijn, te weten (dag)behandeling, verblijf/ verzorging en ouderbegeleiding. In de praktijk komt men vrijwel altijd uit op een combinatie van modules uit deze 3 categorieën. De gekozen 3 modules worden meestal tegelijkertijd ingezet. Het thuiswonen van het kind leidt tot een andere basisset van modules dan het niet-thuiswonen.

8 Venlo (voor baby's en peuters en hun ouders met psychosociale en/of psychiatrische problematiek)

Er komen 2 zorgprogramma's:

- ZP1 voor 4 probleemgroepen
- ZP2 voor nadere indicerende diagnostiek.

Als cliënt niet gediagnosticeerd kan worden voor ZP1 dan kan langere termijn diagnostiek ingezet worden via ZP2.

In ZP1 zijn 4 probleemgebieden voor interventie onderscheiden (met bijbehorende hulpvragen). Deze probleemgebieden zijn te beschouwen als subprogramma's (door het project centrale onderdelen genoemd). Het totale zorgprogramma kent 11 modules; deze kunnen worden ingezet bij een of meerdere subprogramma's. Eén van de subprogramma's (preventieve activiteiten) heeft 1 module; de overige subprogramma's hebben 5 tot 9 modules. Geen van de modules wordt standaard ingezet ook de volgorde ligt niet vast.

9 Brabant (voor jeugdigen (12+) met een autistische stoornis (ZP1) en voor jeugdigen (12+) met verslavingsproblemen (ZP2)).

ZP1 kent 21 (bestaande en gewenste) modules; ZP2 kent 19 (bestaande en gewenste) modules. Inzet is om programma's te maken waarbij per cliënt de juiste combinatie van modules wordt gekozen.

10 Gelderland (voor kinderen met PDD-NOS in de leeftijd van 3 - 12 jaar die naar school gaan). Er zijn 4 deelprogramma's ontwikkeld voor 4 verschillende hulpvragen, te weten:

- preventie: 3 basismodules (in 3 varianten) en 1 optionele module;
- ambulante zorg: 3 basismodules en 7 optionele modules;
- speciaal onderwijs: 3 basismodules en 6 optionele modules;
- dag- en nachtzorg: 2 basismodules (waarvan 1 module in 3 varianten) en 7 optionele modules.

Het totale zorgprogramma bestaat uit 32 modules. De basismodules worden niet altijd allemaal ingezet maar behoren wel vast bij een deelprogramma. Ze kunnen dus niet bij een ander deelprogramma worden ingezet. De optionele modules zijn wel uitwisselbaar; kunnen dus bij alle deelprogramma's worden ingezet.

11 Den Haag (Marokkaanse gezinnen met kinderen op een school voor speciaal onderwijs). Verwacht wordt dat een generalistisch zorgprogramma zal ontstaan waarin instellingen voor preventie, onderwijs, gezondheidszorg en jeugdzorg modules aanbieden. Gaandeweg moet duidelijk worden of standaard- en optionele modules onderscheiden kunnen worden.

In de eerste DSP-rapportage (Zorgprogrammering in de praktijk; Amsterdam DSP, september 1999) werd geconcludeerd dat de meeste (eerste tranche) projecten op weg leken om specialistische programma's te maken met een beperkt aantal standaardmodules en een beperkt aantal optionele modules. Deze ontwikkeling heeft zich echter niet doorgezet.

Het overzicht laat zien dat men flexibiliteit binnen een programma van groot belang acht. In 'Definitie van Kernbegrippen' wordt een specialistisch programma gezien als een programma met allemaal vaste onderdelen. Een dergelijk programma komt in ons overzicht niet voor. Alle programma's zijn

variabel wat betreft in te zetten modules maar de mate waarin varieert. De programma's zijn als volgt onderverdeeld.

- 1 Er zijn twee zorgprogramma's (Het Spoor en Zeeland) die te beschouwen zijn als specialistische programma's. Hier heeft men op basis van een doelgroepafbakening een beperkt aantal modules gekozen die in een zekere variatie ingezet worden in het programma.
- 2 De zorgprogramma's van Utrecht, Flevoland (ZP3 en ZP4) en Gelderland zijn om verschillende redenen te beschouwen als een mengvorm van specialistisch en generalistisch.
 - Het kernprogramma van Flevoland (ZP3 en ZP4) en van de 4 deelprogramma's van Gelderland ligt redelijk vast. Daarnaast is er echter ook een zeer gevarieerd optioneel aanbod.
 - Het zorgprogramma van Utrecht is met 27 modules in wezen generalistisch. In de praktijk is de variatie beperkt. Er wordt altijd een module (dag)behandeling, een module verblijf en verzorging en een module ouderbegeleiding ingezet. De overige modules worden nauwelijks gebruikt.
- 3 De resterende programma's zijn (nog) generalistisch. In de programma-beschrijving wordt geen onderscheid gemaakt tussen standaardmodules en optionele modules en het aantal modules is groot (circa 20 modules). Het aantal modules van Venlo is beduidend kleiner. Dat heeft te maken met het aantal kernpartners. Het programma is vooralsnog beperkt tot het aanbod van de drie toeleverende instellingen (KJP, MKD en RIAGG-jeugd).

Specialistische programma's hebben als meerwaarde dat ter zake deskundigen op basis van een inhoudelijke analyse hebben vastgelegd welke selectie van bestaand of te ontwikkelen (intersectoraal) aanbod het beste aansluit bij de doelgroep. BJZ kan vervolgens naar dit aanbod toewijzen. De praktijk werkt vaak anders. Er zijn vele redenen aan te geven waarom professionals en management in de praktijk de voorkeur geven aan een generalistisch programma. We noemen er enkele.

- De grote variatie in problematiek en hulpvragen binnen de gekozen doelgroep en de wens om de doelgroep en daarmee de instroom niet te veel af te perken.
- Het ontbreken van voldoende instrumenten (wetenschappelijke inzichten en vaardigheden) om op basis van een inhoudelijke analyse tot een selectie van aanbod te komen.
- De behoefte om zoveel mogelijk maatwerk te leveren op cliëntniveau.
- De wachtlijsten voor bepaald aanbod waardoor men ook alternatief aanbod achter de hand wil houden.
- Het nog moeten opbouwen van onderling vertrouwen waardoor het moeilijk wordt om te beoordelen wie de meeste deskundigheid in huis heeft om een bepaald aanbod te leveren.

De ervaringen binnen het operationele zorgprogramma in Utrecht (voor ernstig probleemgedrag van jonge kinderen uit multi-probleemgezinnen) laten zien dat een generalistische programma-opzet ook zijn specifieke meerwaarde heeft voor de bestaande zorg. Het totale programmateam (waarin alle kernpartners zijn vertegenwoordigd) komt in Utrecht maandelijks bijeen. Voor elke nieuwe aanmelding wordt een voorstel voor schakeling van modules gemaakt (dat ter goedkeuring wordt voorgelegd aan het ZTO). De praktijk laat zien dat vaak voor dezelfde (traditionele) combinatie van 2 of 3 modules wordt gekozen. Instellingen voelen zich door deze constatering uitgedaagd en gestimuleerd om de specifieke mogelijkheden van andere modules scherper te omschrijven. In de laatste periode van het veldproject is daarom extra aandacht besteed aan de mogelijkheden om vaker vernieuwende combinaties van modules in te zetten (bijv. verblijf op het MKD gecombineerd met ouderbegeleiding van de RIAGG in plaats van

ouderbegeleiding door het MKD).

5.3 De inhoudelijke samenhang tussen de modules

In de eerste plaats zijn de modules doordat ze opgenomen zijn in de programmabeschrijving al in een bepaald kader geplaatst. De ervaringen in de veldprojecten laten zien dat er verschillende mogelijkheden zijn om de inhoudelijke samenhang in (de uitvoering van) de modules te versterken.

- In een aantal programma's wordt gewerkt vanuit een nieuwe specifiek voor de doelgroep ontwikkelde methodiek (Het Spoor, Tussen Wal en Schip).
- In Utrecht en Brabant wordt vanuit een gezamenlijk ontwikkelde of nog te ontwikkelen behandelvisie gewerkt. In Utrecht gingen de (theoretische) visie-besprekingen in essentie om de vraag: wanneer kan je hechtingsproblemen nog behandelen, waar ligt de grens en loop je het risico met een behandeling te beginnen die geen kans van slagen meer heeft? Deze visiediscussies zijn heel belangrijk geweest voor de werkgroep: er was grote behoefte aan, men heeft elkaar (beter) leren kennen en waarderen en het heeft de doelgroep aangescherpt. De aldus ontwikkelde behandelvisie is vastgelegd in het zorgprogramma.
- In sommige programma's zijn inhoudelijke uitgangspunten (bijvoorbeeld over de specifieke bijdrage van jeugdhulpverlening versus GGZ-jeugd dan wel de positie van de cliënt) concreet uitgewerkt in de programmabeschrijving. Ook dit biedt aanknopingspunten voor onderlinge afstemming. Bijv. de betrokkenheid van de cliënt bij de besluitvorming over en de evaluatie van de hulp is daardoor in alle modules in principe op dezelfde wijze geregeld.
- Zeer concrete aanknopingspunten voor inhoudelijke samenhang bieden de (specialistische) programma's waarin concreet is vastgelegd wat de gemeenschappelijke hulpvragen zijn en welke van deze vragen met welke modules beantwoord moeten worden (Zeeland, Het Spoor).
- Tenslotte is ook inhoudelijke samenhang te realiseren door in het zorgprogramma ook de noodzakelijke randvoorwaarden vast te leggen. Daarbij gaat het om zaken als: kwaliteitseisen gesteld aan de hulpverleners en voortvloeiend uit de inhoud van het zorgprogramma; eventuele attitudeverandering/ deskundigheidsbevordering van professionals die nodig is om zorg van instellingen meer toegankelijk te maken voor de doelgroep.

In de meeste veldprojecten zal nog moeten blijken of er in de praktijk ook echt sprake is van inhoudelijke samenhang tussen de modules en de uitvoering van de zorg voor de cliënt dus meer is dan stapeling van aanbod. In Utrecht is de meeste ervaring opgedaan met de operationele fase; geïnterviewden (projectleider en programmacoördinator) zijn positief over de inhoudelijke meerwaarde van het zorgprogramma. De gezamenlijke behandelvisie komt tot uiting in het instellingsoverstijgende behandelplan dat door de programmacoördinator, modulevertegenwoordigers en de module-uitvoerders tezamen wordt opgesteld.

5.4 De organisatorische inbedding van de zorgprogramma's

In de eerste DSP-rapportage 'Zorgprogrammering in de praktijk' werd reeds geconstateerd dat de veldprojecten tegen organisatorische en bestuurlijke beperkingen aanlopen bij de inrichting van de zorgprogramma's. In dit eindrapport wordt dat beeld bevestigd.

De bestaande regelgeving inzake zeggenschap (en financiering) is instellingsgebonden. De veldprojecten hebben instellingsoverstijgende en vaak

ook sectoroverstijgende samenwerkingsverbanden gecreëerd. Met de invoering van zorgprogramma's ontstaat behoefte aan aansturing op doelgroepniveau door een programmaleider/coördinator. Een instellingsoverstijgend zorgprogramma kan binnen de muren van de afzonderlijke instellingen niet goed geregeld worden. In de praktijk ontstaat de volgende situatie.

- 1 De uitvoering van het zorgprogramma is in wezen gebaseerd op onderling vastgelegde afspraken, loyaliteit en saamhorigheid.
- 2 De programmacoördinator heeft geen sterke positie. Hij/zij heeft geen formele bevoegdheden om modules aan te sturen (wat betreft inzet van menskracht en uitvoering van activiteiten).
- 3 Werkers van instellingen zijn gebonden aan wettelijke kaders en interne protocollen van de eigen instelling. Een methodiek, behandelvisie of een bepaalde wijze van dossiervorming die binnen het zorgprogramma (op doelgroepniveau) wordt afgesproken mag niet teveel afwijken van de protocollaire werkwijze van de afzonderlijke instellingen.
- 4 Een zorgprogramma kan vragen om inzet van bepaald type medewerkers (bijv enkele vaste casemanagers) die geleverd kunnen worden door één van de kernpartners. Belangen van samenwerkingsverbanden tussen instellingen zijn ondergeschikt aan instellingsbelangen. Met andere woorden als de afdeling die deze mensen ter beschikking stelt in de problemen geraakt bij de uitvoering van het werk, komen onderlinge afspraken onder druk te staan en kan de uitvoering van het programma in gevaar komen.

Hoe een en ander in de praktijk uitwerkt wordt beschreven aan de hand van 3 projecten die al enige tijd operationeel zijn (Utrecht, JDS en het Spoor). In Utrecht is (zoals in de meeste veldprojecten) gekozen voor geschakelde verantwoordelijkheid; iedere instelling blijft verantwoordelijk voor zijn eigen taken en men doet dat naar eigen eer en geweten. Daarnaast vormt men ook een schakel in een keten, het eigen aanbod is geen doel op zich maar maakt deel uit van een instellingsoverstijgend behandelplan dat de cliënt doorloopt. De programmacoördinator is verantwoordelijk voor het instellingsoverstijgende behandelplan maar heeft geen formele bevoegdheden. De zeggingskracht van zijn handelen ontleent hij aan zijn neutrale overkoepelende positie en het feit dat hij het vertrouwen van iedereen geniet. Dit vertrouwen is in belangrijke mate gebaseerd op het feit dat hij zelf werkzaam is binnen de betrokken instellingen en de regionale jeugdzorg dus van binnenuit kent. Voordeel van zijn positie is dat hij op hoofdlijnen kan denken zonder persoonlijke betrokkenheid; nadeel is dat hij sterk afhankelijk is van de informatie die hij van de modulevertegenwoordigers (behandelcoördinatoren) krijgt. Er zijn tot nog toe geen problemen geweest in de uitvoering, er kan daarom niet worden aangegeven in welke mate deze constructie problemen kan doorstaan.

Binnen het JDS (dat zich overigens niet ontwikkeld heeft tot een zorgprogramma maar wel tot een sectoroverstijgend project (van diagnostiek en toewijzing)) zijn wel problemen gerezen. Deze hebben betrekking op het nakomen van afspraken over inzet van menskracht door deelnemende instellingen en de uitvoering van het casemanagement. De programmacoördinator heeft ook hier geen formele bevoegdheden. Ondersteuning door het directorium is dan van essentieel belang maar blijkt niet toereikend om de gerezen problemen op te lossen. Volgens de programmacoördinator is de afstand tussen directie en middenmanagement te groot om de medewerking van het middenmanagement, noodzakelijk bij het oplossen van de gerezen problemen, te krijgen. Hier lijkt het project tegen de grenzen van de intersectorale mogelijkheden aan te lopen.

In het Spoor heeft men gekozen voor een andere opzet. Het zorgprogramma moest nadrukkelijk een instellingsoverstijgend karakter hebben.

Het is het enige programma dat de bestaande instellingsgebonden organisatie van de zorg doorbreekt: niet de instellingen en de afdelingen maar de programmaleider en de coaches bepalen de inhoud van de zorg en de aansturing van de werkers.

De programmaleider is eindverantwoordelijk voor het zorgprogramma en operationeel leidinggevende van de modules die door twee jeugdhulpverleningsinstellingen worden geleverd. De coach functioneert als persoonlijke begeleider van de jongere en als 'rode draad' door het zorgprogramma. Hij/zij maakt in samenspraak met de jongere een zorgplan voor de jongere, voert de regie over de uitvoering van het plan en bepaalt na samenspraak met de module-uitvoerders welke hulpvragen binnen welke modules moeten worden beantwoord. De coach bepaalt dus de inhoud van de zorg die de module-werkers moeten leveren.

De medewerkers van het Spoor hebben dus eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden toegekend gekregen van de verantwoordelijke instellingen. Een en ander is gebaseerd op het feit dat er gewerkt wordt vanuit een gemeenschappelijke methodiek en met een instrument (het Spoorboekje) dat door coaches én module-uitvoerders wordt gebruikt.

De instellingsdoorbrekende innovatieve programma-opzet heeft zich in de praktijk nog niet bewezen. Om verschillende redenen blijkt het moeilijk om de module coach goed van de grond te krijgen. Het betreft deels redenen die samenhangen met het instellingsoverstijgende karakter van het programma.

- Het gaat om een nieuwe instellingsoverstijgende functie waarvoor zowel ervaring in de jeugdbescherming als ervaring in de jeugdreclassering gewenst is. Een werker met een dergelijk profiel is moeilijk te vinden.
- Het is een solistische functie: je werkt tussen instellingen in, je hoort niet echt ergens bij.
- De coaches worden door drie verschillende instellingen gevraagd om dingen te doen; iedereen wil wat van ze, daar moet je mee om kunnen gaan.

Uit de genoemde redenen wordt duidelijk hoe moeilijk het is om met een project het instellingsgebonden denken en de instellingsgebonden organisatie van de zorg te willen doorbreken.

5.5 De organisatorische samenhang binnen het zorgprogramma

Taken en functionarissen

Om de uitvoering van de hulp voor de individuele cliënt te realiseren dient een aantal taken vervuld te worden:

- zorgen dat het zorgprogramma goed loopt: bewaken van afspraken met instellingen, zorgen voor aansluiting tussen modules en voor verdere ontwikkeling van het zorgprogramma (programmacoördinatie);
- als aanspreekpunt voor werkers fungeren;
- opstellen van een instellingsoverstijgend behandelplan;
- planning, coördinatie en regievoering over inzet modules binnen een individueel behandelplan en over uitvoering individueel zorgtraject (zorgcoördinatie);
- als vast behandelcontact voor de cliënt fungeren;
- bewaking op afstand;
- als aanspreekpunt fungeren voor de inzet en uitvoering van modules.

Binnen de veldprojecten worden deze taken vervuld door verschillende soorten functionarissen:

- een programmacoördinator, programmaleider
- een zorgcoördinator;

- de modulevertegenwoordigers (meestal de behandelcoördinatoren van afdelingen);
- een casemanager (van BJZ of de plaatsende instantie);
- een centrale functionaris op uitvoeringsniveau die als rode draad binnen het zorgprogramma fungeert voor de cliënt (aangeduid als coach of als zorgprogrammamacasemanager).

In 'Definitie van kernbegrippen' wordt onderscheid gemaakt twee typen activiteiten, te weten activiteiten op programmaniveau en activiteiten op cliëntniveau. Om begripsverwarring te voorkomen wordt voorgesteld om het begrip programmacoördinator te reserveren voor de functionaris die activiteiten uitvoert die gericht zijn op het laten functioneren van het programma ten behoeve van de totale doelgroep. Een dergelijke functionaris is naar verwachting alleen in de beginperiode nodig. Een functionaris die zich bezig houdt met de coördinatie en uitvoering van activiteiten op cliëntniveau dient aangeduid te worden met het begrip 'behandelcoördinator' of 'zorgcoördinator'.

Binnen de meeste veldprojecten vervult de programmacoördinator/ programmaleider beide soorten activiteiten. Hij/ zij opereert dus zowel op programmaniveau als op cliëntniveau. Slechts in enkele projecten wordt een functionaris die zich bezig houdt met de coördinatie van activiteiten op cliëntniveau, aangeduid als zorgcoördinator³.

De wijze waarop de veldprojecten de organisatie van het zorgprogramma vormgeven verschilt nogal per project, getuige onderstaande voorbeelden.

- In Flevoland wordt de instelling die de meeste (standaard)modules verzorgt binnen een zorgprogramma belast met de regievoering over de inzet van modules ten behoeve van de individuele cliënt; deze instelling levert dus de zorgcoördinator (een gedragswetenschapper (ZP3) of een kinder- of jeugdpsychiater (ZP4)). Hij/zij is verantwoordelijk voor alle uit te voeren taken: van opstellen behandelplan tot vast behandelcontact voor de cliënt. Dit laatste in samenwerking met de maatschappelijk werker van de regievoerende instelling. De casemanager/ plaatsers bewaakt op afstand.
- Binnen het Spoor worden alle taken ten behoeve van de individuele cliënt, uitgevoerd door de centrale functionaris op uitvoeringsniveau (de coach). Hij/zij heeft de regie over de uitvoering: zorgt voor de selectie van jongeren, het opstellen van het behandelplan, de koppeling van modules en fungeert als vast contactpersoon voor de jongere. De programmaleider is eindverantwoordelijk, operationeel leidinggevende van de coach en verantwoordelijk voor de programmacoördinatie.
- Het opstellen van het overkoepelende behandelplan is soms neergelegd bij de programmacoördinator, soms bij de casemanager. Het gebeurt meestal in samenspraak met modulevertegenwoordigers.
- In een aantal projecten vervullen casemanagers (soms specifiek aangesteld voor het zorgprogramma) een actieve rol. Zij zorgen voor de aanmelding van de cliënt, de totstandkoming van een individueel behandelplan en de planning en coördinatie van de uitvoering van de hulp. Ook fungeren ze als aanspreekpunt voor de cliënt. In andere projecten werkt men met casemanagers van BJZ/ plaatsers die alleen op afstand bewaken.
- Vooral nog is niet in alle projecten gekozen voor vaste modulevertegenwoordigers die als aanspreekpunt van een module (instelling) fungeren.

Noot 3 Wij houden ons in dit hoofdstuk aan de terminologie die door de projecten wordt gehanteerd.

Ervaringen met de uitvoering van de organisatie

Er zijn drie zorgprogramma's die als zorgprogramma operationeel zijn (ge-weest), te weten: Utrecht, Zeeland en het Spoor. Hun ervaringen zijn de volgende.

- In Utrecht komt het programma-team, bestaande uit inhoudelijk deskun-digen van alle deelnemende instellingen, maandelijks bijeen. Zij maken een voorstel voor de in te zetten modules dat ter goedkeuring aan het ZTO wordt voorgelegd. Vervolgens wordt een behandelbespreking ge-houden waarbij de behandelcoördinatoren én een uitvoerend werker van de in te zetten modules, de plaatser en de programmacoördinator aan-wezig zijn. Zij stellen het behandelplan vast. Tevens wordt afgesproken wie de ouders informeert en vast contactpersoon voor de ouders wordt. Als er een gezinsvoogd is aangesteld fungeert deze als contactpersoon (vanuit zijn functie als plaatser).
Bijstelling van het behandelplan vindt de eerste keer na 3 maanden en vervolgens elke 6 maanden plaats⁴.
- In Zeeland vindt de aanmelding voor het zorgprogramma plaats bij het programmahoofd. De jongere wordt toegewezen aan een van de 3 vaste casemagers die voor het zorgprogramma zijn aangesteld. Bij instroom vanuit de jeugdbescherming fungeert de gezinsvoogd als zodanig. De casemanager neemt elke stap met de cliënt door, basisdiagnostiek wordt uitgevoerd⁵ en de resultaten worden met de jongere besproken. Een driemanschap van programmahoofd, casemanager en diagnosticus stelt het behandelplan op en geeft daarin aan welke modules in welke volgor-de moeten worden ingezet. De casemanager verzorgt vervolgens de communicatie met de vertegenwoordigers van de modules die de zorg moeten gaan leveren.
- In het Spoor fungeert de coach als centrale figuur en rode draad door het programma. Men wil hiermee voorzien in de behoefte van de doel-groep aan één vaste vertrouwenspersoon binnen het zorgprogramma. Eerder in deze paragraaf is reeds aangegeven dat het moeilijk is om deze functie goed van de grond te krijgen. Dat heeft ook te maken met het feit dat de regierol van de coach niet goed uit de verf komt. Vergelijking van de verschillende organisatorische constructies doet de vraag rijzen of de functie van coach niet te zwaar/ te moeilijk is. De coach moet taken uitvoeren die in andere zorgprogramma's door de zorgcoördinator worden uitgevoerd.

De rol van de plaatser binnen het zorgprogramma

In Utrecht wordt de rol van de plaatser als knelpunt signaleerd. Gesteld wordt dat dit een knelpunt is dat naar verwachting ook in andere zorgpro-gramma's een rol zal spelen (zie eindrapport veldproject Utrecht, pagina 51). Het kan voorkomen dat de plaatser het niet eens is met het individuele behandelplan. Bij een OTS is de plaatser (gezinsvoogd) verantwoordelijk voor zaken als het aanvragen van een uithuisplaatsing of een forensisch diagnostisch onderzoek. Wanneer het zorgprogramma-team en de plaatser het niet met elkaar eens zijn over dit soort zaken, stagneert in de praktijk de hulp. Men heeft geprobeerd om dit knelpunt op te lossen door de plaatser als programmacoördinator te laten fungeren. Dat bleek in de praktijk echter niet haalbaar. BJZ was van mening dat daardoor een oneigenlijke vermen-ging van functies ontstond.

Noot 4 Zie ook het eindrapport van het veldproject Utrecht: Zorgprogramma: samenhangend hulpaan-bod bij ernstig probleemgedrag van jonge kinderen uit multi-probleemgezinnen in de provincie Utrecht; Adviesbureau van Montfoort; maart 2000.

Noot 5 Bureau Jeugdzorg is in Zeeland 'smal' opgezet. Dat betekent dat de diagnostiek die nodig is voor het opzetten van het individuele behandelplan niet binnen Bureau Jeugdzorg kan plaats-vinden.

De behoefte aan intensieve motiverende begeleiding van jongeren

Vanuit verschillende veldprojecten (Zeeland, Brabant, het Spoor,) komen signalen dat zorgprogramma's voor zogenaamde ongemotiveerde jongeren/ jongeren zonder hulpvraag, intensieve individuele begeleiding aan jongeren moeten bieden om jongeren in het zorgprogramma te houden danwel door het zorgprogramma te loodsen. De vraag is hoe dit het beste vorm gegeven kan worden. Er lijken 3 opties te zijn:

- via de casemanager van BJZ/ de plaatsende instantie;
- via enkele vaste specifieke ZP-casemanagers die speciaal ten behoeve van het zorgprogramma zijn aangesteld en door een van de deelnemende instellingen worden geleverd;
- via een aparte module coach of casemanagement waarbij de begeleiding als specifiek zorgaanbod is uitgewerkt en beschreven.

Binnen het Spoor is voor deze laatste optie gekozen (de module coach). Hier doet zich het probleem voor dat bij jongeren met een OTS de module coach eigenlijk niet kan worden ingezet omdat dat stapeling van zorg betekent. In Zeeland krijgt men te maken met jongeren die wegens gebrek aan motivatie voortijdig uitvallen uit het zorgprogramma. Men had hier graag willen werken met enkele vaste casemanagers, specifiek voor het zorgprogramma. Dat maakt het gemakkelijker om de functie van casemanager als rode draad en vast contact voor de jongere goed te ontwikkelen. In de praktijk bleek dat echter niet haalbaar. Bij jongeren die via de jeugdbescherming instromen, fungeert de eigen gezinsvoogd als casemanager.

In Brabant tenslotte voorziet men dat de doelgroep jeugdige verslaafden intensieve motiverende begeleiding behoeft bij deelname aan het zorgprogramma. Betrokkenen zijn van mening dat het casemanagement voor deze doelgroep waarschijnlijk het best bij een van de deelnemende instellingen ondergebracht kan worden. Het gaat namelijk deels om uitvoering van hulpverlening, gericht op crisismanagement dicht bij de cliënt.

Vereenvoudiging van de organisatie van een zorgprogramma

Een aantal veldprojecten heeft feitelijk een overlegstructuur gecreëerd bovenop de bestaande instellingsstructuren. De behandelcoördinatoren van afdelingen van instellingen fungeren veelal als modulevertegenwoordigers en de programmacoördinator/ zorgcoördinator (een nieuw aangestelde functionaris) fungeert als 'superbehandelcoördinator' (zonder bevoegdheden).

In Utrecht had men verwacht dat er naast de overkoepelende behandelbesprekingen (van behandelcoördinatoren onder voorzitterschap van de programmacoördinator) ook behandelbesprekingen op moduleniveau (dus binnen de afdeling) nodig zouden zijn. Dat bleek niet het geval te zijn. Hiermee wordt dus tijd bespaard. Bovendien denkt men dat de taken van de programmacoördinator in de toekomst ook door een van de behandelcoördinatoren kunnen worden vervuld.

Wanneer niet de behandelcoördinatoren van de afdelingen (die modules leveren) maar de uitvoerend werkers aanwezig zijn bij de instellingsoverstijgende behandelbespreking, dan is er geen sprake meer van een extra, overkoepelende organisatie voor de uitvoering van het zorgprogramma. Er zijn dan ook geen extra overkoepelende kosten meer. Een dergelijke situatie zal gemakkelijker bereikt kunnen worden als instellingen gemodulariseerd zijn, dus hun organisatie zo hebben ingericht dat er verschillende 'productgroepen' zijn die modules (werkers en deskundigheid) leveren die zowel in als buiten de eigen instelling ingezet kunnen worden.

6 Algemene en specifieke thema's

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de twee algemene thema's waar alle veldprojecten expliciet aandacht aan dienden te besteden. Het betreft de relatie met de Toegang en de samenwerking tussen de kernsectoren (jeugdhulpverlening, GGZ-jeugd en jeugdbescherming). Daarnaast hebben de veldprojecten een of meerdere specifieke thema's toegewezen gekregen. De veldprojecten dienden bij het ontwikkelen van de zorgprogramma's extra aandacht te besteden aan het uitwerken van de hen toegewezen thema's. De kennisvergaring van de veldprojecten kon aldus worden toegespitst op een aantal geselecteerde onderwerpen.

Er zijn in totaal 5 specifieke thema's benoemd⁶, te weten: het regelen van nazorg, het voorkomen van voortijdig uitval, het combineren van vrijwillige en niet vrijwillige hulp, de relatie met aanpalende sectoren en het ontwikkelen van een model voor resultaatmeting. De ervaringen die zijn opgedaan met deze specifieke thema's worden in paragraaf 6.4 beschreven.

6.2 De relatie met de Toegang

Door de landelijke Projectgroep is gesteld dat de instroom in de zorgprogramma's moet voldoen aan de systeemeisen van de Toegang. Ook gaf de Projectgroep aan een sterke voorkeur te hebben voor toewijzing op het niveau van modules. Als 'second best' zou de toewijzing op het niveau van het specialistische programma kunnen plaatsvinden (zie Richtlijnen veldprojecten, Projectgroep Zorgprogrammering; mei 1999, pagina 15).

De procedure van instroom (aanmelding, diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing) die de Projectgroep voor ogen staat, ziet er concreet geformuleerd als volgt uit.

- De aanmelding voor (alle modules) van het intersectorale zorgprogramma vindt plaats bij BJZ. Er is dus geen aparte instroommogelijkheid voor (onderdelen van het zorgprogramma) in de GGZ.
- De indicerende diagnostiek en de indicatiestelling vinden plaats binnen de Toegang.
- De toewijzing vindt plaats door een onafhankelijk zorgtoewijzingsorgaan.
- De toewijzing gebeurt naar modules dan wel een specialistisch zorgprogramma met standaardmodules (en een beperkt aantal plus en min varianten)
- Wanneer BJZ nog onvoldoende deskundigheid in huis heeft voor diagnostiek/ indicatiestelling en toewijzing naar modules kan gekozen worden voor een tijdelijke constructie: instellingen maken een voorstel voor schakeling van modules en leggen dit ter fiattering voor aan het zorgtoewijzingsorgaan.

De veldprojecten hebben maar gedeeltelijk in eigen hand hoe de instroom in het zorgprogramma verloopt. Men heeft te maken met de invulling en vormgeving van BJZ zoals deze binnen de regio/ provincie is ontwikkeld.

In het volgende schema is een overzicht gegeven van de procedure van instroom in 8 van de 11 veldprojecten.

Noot 6 De bestuurlijke, organisatorische en financiële inbedding van het zorgprogramma, vormde ook een specifiek thema van enkele veldprojecten. De Landelijke Projectgroep heeft een apart onderzoek laten uitvoeren met betrekking tot dit thema. Binnen de onderzoeksopdracht van DSP is dit thema buiten beschouwing gebleven.

In de overige 3 veldprojecten is de situatie als volgt.

- Toeleverende instellingen voor het JDS zijn de raad, de jeugdbescherming en de rechter. Deze instellingen melden de jongeren aan voor (forensische) diagnostiek en zorgtoewijzing (het JDS). Over de toewijzing van geïndiceerde jeugdhulpverlening zijn afspraken gemaakt met het COZH (Centraal Orgaan Zorgtoewijzing Haaglanden).
- In Gelderland en Den Haag (de tweede tranche-projecten) is de instroomprocedure nog niet uitgewerkt.

Project	Instroom	Niveau van toewijzing	Diagnostiek in ZP?
Het spoor	via de rechter BJZ moet akkoord gaan	Het specialistische ZP; de coach bepaalt selectie modules.	ja
Tussen Wal en Schip (één module)	via BJZ	De bestaande module.	ja
Flevoland	via BJZ en via huisarts naar ZP4 (met ggz-standaard modules)	BJZ wijst standaardmodules JHV toe en geeft aan welke optionele modules gewenst zijn. GGZ bepaalt inzet eigen modules. Er zijn algemene afspraken gemaakt tussen BJZ en instellingen over de bandbreedte waarbinnen instellingen inzet van optionele modules zelf kunnen bepalen.	ja, standaard
Zeeland	via BJZ (AMW en Ithaka fungeren als 'voordeur')	Het specialistische ZP (modules liggen deels vast, zijn deels optioneel of variabel).	ja, standaard
Drenthe	via BJZ	Gestreefd wordt naar toewijzing op moduleniveau.	nee
Utrecht	via BJZ	Het generalistische ZP; Over verwijzing naar GGZ modules worden afspraken gemaakt.	ja
Venlo	via BJZ (DIC)	Het generalistische ZP	nee (apart ZP)
Brabant	via BJZ	Het generalistische ZP. Over inzet GGZ-modules moeten afspraken worden gemaakt.	ja

Uit het schema kan het volgende worden afgeleid.

- Alleen het veldproject Drenthe voldoet vooralsnog volledig aan de geformuleerde voorwaarden. Men houdt echter nog wel een slag om de arm: er wordt gestreefd naar toewijzing op moduleniveau, de praktijk zal echter moeten uitwijzen of dat uitvoerbaar is.
- In 5 van de 8 veldprojecten verloopt de toewijzing naar de jeugdzorg en dus ook naar het zorgprogramma alleen via BJZ. In drie regio's (Flevoland, Utrecht en Brabant) bestaat naast BJZ een aparte mogelijkheid voor instroom in de GGZ. In Utrecht en Brabant is vooralsnog gesteld dat instroom in het zorgprogramma alleen via BJZ kan verlopen. In Flevoland kan instroom naar ZP4 (met GGZ-standaardmodules) ook direct via de huisarts plaatsvinden.
- In één veldproject (het Spoor) bepaalt de rechter of een jongere aan het zorgprogramma mag deelnemen; BJZ moet vervolgens akkoord gaan.
- In 7 van de 8 veldprojecten vindt indicerende diagnostiek binnen BJZ plaats. Alleen in Zeeland is dat niet het geval. Hier is BJZ 'smal' opgezet, dat wil zeggen er vindt geen diagnostiek in de Toegang plaats.
 - In 5 veldprojecten vindt standaard of alleen indien nodig aanvullende diagnostiek plaats ten behoeve van het opstellen van het individuele behandelplan.

- In Venlo is een apart zorgprogramma opgezet voor langere termijn diagnostiek (van 6 weken tot 3 maanden). Wanneer BJZ kinderen niet kan diagnosticeren voor het zorgprogramma voor baby's en peuters, dan volgt toewijzing naar het zorgprogramma 'nadere indicerende diagnostiek'.
- In Drenthe vindt geen aanvullende diagnostiek in het zorgprogramma plaats. De beslisboom voor de Toegang is in Drenthe zo opgesteld dat alle diagnostiek binnen de Toegang plaatsvindt.
- Alleen in Drenthe vindt (in principe) toewijzing op moduleniveau plaats.
- Wanneer er een aparte instroommogelijkheid naar de GGZ bestaat (Utrecht, Flevoland, Brabant) moeten afspraken gemaakt worden voor de inzet van GGZ modules. Toewijzing van GGZ modules vindt dan binnen de GGZ zelf plaats:

Wat betreft de voorwaarden 'alle indicerende diagnostiek binnen BJZ' en 'toewijzing op moduleniveau' voldoet bijna geen enkel veldproject volledig aan de gestelde eisen. In 3 veldprojecten (Het Spoor, Zeeland en Flevoland) wordt gewerkt met standaardmodules: bij toewijzing op programmaniveau is dan altijd gedeeltelijk duidelijk welke hulp de cliënt krijgt. In Flevoland gaat men nog iets verder. BJZ bepaalt niet alleen welke standaardmodules de cliënt krijgt toegewezen maar ook welke optionele (JHV)modules gewenst zijn. Er zijn vaste afspraken gemaakt tussen BJZ en de instellingen over de bandbreedte van toewijzing: sommige optionele (JHV)modules mag de instelling zelf toewijzen, voor andere moet de zorgcoördinator terug naar BJZ.

In de regio's waar toewijzing plaatsvindt op het niveau van het (generalistische) programma is de ruimte van instellingen om zelf te bepalen welke modules moeten worden ingezet, meestal wel afgeperkt. Dat kan op twee manieren gebeuren: ofwel het ZTO maakt een voorstel voor inzet van modules en legt dit aan de instellingen voor ofwel het zorgprogramma maakt een voorstel voor schakeling van modules dat ter goedkeuring aan het ZTO wordt voorgelegd.

Over het algemeen kan gesteld worden dat professionals en managers niet zoveel waarde lijken te hechten aan een onafhankelijke toewijzing van een concreet geformuleerd hulpaanbod. Men gelooft veelal dat de cliënt beter af is als aanvullende indicerende diagnostiek binnen het zorgprogramma zelf kan worden uitgevoerd en professionele werkers zelf een selectie kunnen maken van in te zetten modules.

6.3 De samenwerking tussen de kernsectoren

De veldprojecten kregen de opdracht om zorgprogramma's te ontwikkelen waar alle drie sectoren binnen de jeugdzorg bij betrokken zijn. In 7 van de 11 veldprojecten zijn de drie jeugdzorgsectoren (jeugdhulpverlening, justitie⁷ en GGZ-jeugd) alle via de kernpartners betrokken bij de zorgprogrammering (JDS, Flevoland, Zeeland, Drenthe, Utrecht, Brabant en Den Haag). In twee projecten (Het Spoor en Tussen Wal en Schip) ontbreekt de GGZ-jeugd; eveneens in twee projecten (Venlo en Gelderland) ontbreekt justitie. Verder wordt in een aantal veldprojecten samengewerkt met aanpalende sectoren (zie later in dit hoofdstuk).

Noot 7 Te weten jeugdbescherming en/of jeugdreclassering en/of justitiële behandeling.

De participatie van de GGZ-jeugd

In de eerste tussenrapportage werd geconstateerd dat de samenwerking tussen de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd bij het ontwikkelen van de zorgprogramma's goed verloopt. Als positief effect werd genoemd dat de samenwerking tot een verbreding van kennis en perspectief leidt. Dit wordt in de eindrapportage opnieuw bevestigd. In Zeeland bijvoorbeeld heeft men grote waardering voor de snelheid van inzet en de inhoudelijke kwaliteit van de basisdiagnostiek die de GGZ levert binnen het zorgprogramma.

Tegelijkertijd vraagt dit verhaal ook om enige nuancering. Nu het beeld zich wat meer heeft uitgekristalliseerd blijkt dat de participatie van de GGZ in een beperkt aantal veldprojecten enerzijds specifieke knelpunten opleverde en anderzijds tot opmerkelijke positieve effecten heeft geleid. Vermeldenswaardige ontwikkelingen deden zich alleen voor in de regio's waar de GGZ niet volledig meedoet in de Toegang maar ook een eigen instroommogelijkheid heeft (Utrecht, Brabant en Flevoland). In deze regio's is de relatie tussen de kernpartners blijkbaar fragiel. De ervaringen zijn de volgende.

- In Flevoland wilde één van de twee GGZ-instellingen aanvankelijk niet meedoen. Toen de 4 programma's vorm en inhoud begonnen te krijgen bleek dat men zich toch wel in de opzet kon vinden. De visie die in de -programmabeschrijvingen werd vastgelegd, op de specifieke bijdrage van de GGZ enerzijds en de jeugdhulpverlening anderzijds is daarbij doorslaggevend geweest. Het is dit veldproject gelukt om een basis te creëren voor participatie van jeugdhulpverlening én GGZ in de uitvoering van de zorgprogramma's.
- Daarmee is niet gezegd dat alle knelpunten voor de GGZ (in Flevoland) waren opgelost. De GGZ-instellingen hebben een capaciteitsprobleem en daardoor de behoefte om zich te concentreren op de typische GGZ-doelgroepen, waaronder de ernstige ADHD-problematiek van ZP4. De meerwaarde die ze kunnen leveren aan het zorgprogramma voor de brede groep van kinderen met ADHD of ADHD-gerelateerde problematiek (ZP3) komt daardoor onder druk te staan. Daarnaast heeft men ook moeite om de zorgcoördinatie uit te voeren bij de niet-GGZ modules die onderdeel uitmaken van ZP4.
- In Utrecht heeft de GGZ deelname zich langzaam maar zeker zeer positief ontwikkeld. De RIAGG participeert in de stuurgroep en de werkgroep; de kinderpsychiater is op consultbasis oproepbaar. Onlangs heeft de KJP 5 plaatsen op jaarbasis ter beschikking gesteld voor psychiatrisch diagnostisch onderzoek; de RIAGG heeft 5 plaatsen toegezegd voor zorg op maat (diagnostiek, ouderbegeleiding of therapie).
- In Brabant is de samenwerking tussen de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd in een van de 4 GGZ-subregio's die het veldproject bestrijkt, nog weinig ontwikkeld. Deze samenwerking is met name aan de orde bij de doelgroep jeugdige autisten. Hier doet zich ook het probleem voor dat een van de betrokken GGZ-instellingen een ander begrippenkader hanteert rondom zorgprogrammering. Inmiddels hebben alle betrokkenen zich duidelijk uitgesproken over de noodzaak om met de GGZ in de betreffende subregio in gesprek te komen over het feit dat er nog nauwelijks wordt samengewerkt tussen jeugdhulpverlening en GGZ-jeugd.

Zoals ook al in paragraaf 2.4 werd gesteld kan de ontwikkeling van een zorgprogramma dus een middel zijn om de samenwerking tussen jeugdhulpverlening en GGZ-jeugd te verbeteren. Dat betekent echter wel een extra opgave die om een strategische benadering vraagt.

De participatie van justitie

In 7 van de 11 veldprojecten is justitie niet of alleen indirect betrokken. Meestal is deze sector dan vertegenwoordigd via een van de kernpartners, een MFO waar de jeugdbescherming (gezinsvoogdij) onderdeel van uitmaakt. In de overige 4 veldprojecten is justitie wel direct betrokken.

- Het Spoor en het JDS zijn bedoeld voor delinquente jongeren. Binnen het Spoor is Teylingereind (een justitiële jeugdinrichting) als kernpartner en toeleverende instelling betrokken. Bij het JDS zijn de raad en de jeugdbescherming de belangrijkste aanmelders van jongeren voor het (forensisch) diagnostiekteam. Verder is de directeur van St. Jeugdzorg, afdeling jeugdbescherming, lid van de kerngroep die als dagelijks bestuur van het veldproject fungeert.
- In Zeeland heeft men voor een doelgroep gekozen waarbij delinquent gedrag onderdeel van de (complexe) problematiek vormt. Justitie is via de functie van programmahoofd direct betrokken bij de uitvoering van het zorgprogramma. Het programmahoofd is namelijk unit-hoofd van de afdeling jeugdbescherming van St. Jeugdzorg.
- In Flevoland (doelgroep ADHD) heeft men halverwege het project alsnog besloten om de gezinsvoogdij direct te betrekken bij de ontwikkeling van het zorgprogramma. Dit gebeurde vanuit de argumentatie dat de gezinsvoogden te beschouwen zijn als vertegenwoordigers van een deel van de doelgroep. Zij kunnen als zodanig goed aangeven hoe toegankelijke zorg eruit ziet.

De knelpunten die zich voordeden in de deelname van de justitiële sector aan de veldprojecten hebben betrekking op de uitvoering van een zorgprogramma. Daarbij gaat het om een tweetal zaken: het casemanagement en de afstemming tussen de systeemeisen van de Toegang enerzijds en het 'toewijzen' van hulp door de rechter binnen een justitieel kader anderzijds. Deze beide knelpunten worden nader beschreven in paragraaf 6.4.3 onder het specifieke thema: het combineren van vrijwillige en niet vrijwillige hulp.

Het daadwerkelijk leveren van modules

Samenwerking bij het ontwikkelen van het zorgprogramma betekent niet dat de kernsectoren ook alle drie daadwerkelijk modules leveren. Bijna altijd gaat het alleen om een combinatie van modules van jeugdhulpverlening en GGZ-jeugd. Dat justitie bijna nooit modules levert heeft twee oorzaken. Het heeft enerzijds te maken met het feit dat de taken van de jeugdbescherming het karakter hebben van casemanagement. Daarnaast is een probleem dat de aansturing van projecten als HALT, 12-minners en taakstraffen vanuit een zorgprogramma niet te regelen is. Een taakstraf wordt opgelegd door het OM/ de rechter, Bureau HALT wordt ingeschakeld door de politie. Initiatieven vanuit Zeeland en Den Haag om deze trajecten als module in te zetten zijn daarom snel vastgelopen.

De stand van zaken binnen de veldprojecten is de volgende.

- Alleen in Zeeland leveren de alle drie jeugdzorgsectoren een of meerdere modules; in één project (het Spoor) leveren de jeugdhulpverlening en justitie modules.
- In 7 projecten leveren de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd modules (Venlo, Utrecht, Flevoland, Drenthe, Gelderland, Den Haag en Brabant).
- In één project levert alleen de jeugdhulpverlening modules (Tussen Wal en Schip); in het laatste veldproject (Den Haag) zijn nog geen modules geselecteerd.

In Zeeland wordt een module sterker maken/ sociale vaardigheidstraining geleverd wordt door de jeugdreclassering; in het Spoor wordt ook een module geleverd wordt door justitie, te weten de module coach. Het gaat om een nieuwe functie op het snijvlak tussen jeugdbescherming en jeugdreclassering. Verder blijft de betrokkenheid van justitie bij de uitvoering van het zorgprogramma beperkt tot de het vervullen van bepaalde taken zoals het casemanagement (plaatser) of programmahoofd.

6.4 Uitwerking van de specifieke thema's

Het was de bedoeling dat men bij de uitwerking van het zorgprogramma specifieke aandacht zou schenken aan kennisvermeerdering met betrekking tot de specifieke thema's. Dat is niet bij alle thema's even goed gelukt. Daarvoor zijn verschillende redenen aan te geven. De projecten laten zich primair leiden door hun eigen ontwikkelingsproces, daar hebben ze hun handen al vol aan. Bij de algemene thema's gaat het veelal om zaken waar de veldprojecten vanzelf wel tegenaan liepen. Voor de specifieke thema's geldt dat in veel mindere mate: sommige specifieke thema's vond men zelf niet echt belangrijk, andere zijn nog niet aan de orde gekomen.

6.4.1 Het regelen van nazorg

Van de veldprojecten die 'nazorg' als specifiek thema meekregen hebben Utrecht en Venlo hun ideeën nog niet concreet uitgewerkt. Voorlopige ideeën wijzen in de richting van: zorgcoördinatie door de casemanager, een module nazorg met elementen van begeleiding en ondersteuning en een zogenaamde overdrachtsmodule. Deze twee projecten gaan overigens verschillend om met het bereiken van de leeftijdsgrens. In Utrecht mag een kind dat wegens het overschrijden van de leeftijdsgrens buiten de doelgroep valt in principe gewoon doorgaan met deelname aan het zorgprogramma; in Venlo heeft men een strictere opstelling: als een kind de leeftijd van 4 jaar bereikt en de behandeling nog niet is afgerond dan wordt het terugverwezen naar het DIC (Diagnostiek en Indicatie Centrum).

In Zeeland is de nazorg als volgt geregeld: de casemanager/ plaatser is verantwoordelijk voor eventuele andere hulp naast of na het zorgprogramma. Als er na het zorgprogramma geen vervolghulp meer is neemt hij/ zij na 3 en na 6 maanden contact op met de jongere, daarbij wordt het uitstroombulformulier van de Intensieve Gezinsbegeleiding gebruikt. Indien aan de orde wordt ook het Speciaal Onderwijs benaderd en ingeschakeld.

In Drenthe heeft men nazorg voor de kinderen met ouders met psychiatrische problematiek geregeld via de MFE waar de ouder wordt behandeld. Men doet dit door kind en gezin met regelmatige tussenpozen te blijven volgen. Hiervoor wordt van te voren schriftelijk toestemming gevraagd aan de ouders.

6.4.2 Het voorkomen van voortijdige uitval

In de twee veldprojecten die aandacht hebben besteed aan het voorkomen van voortijdige uitval wordt de casemanager van het zorgprogramma als belangrijke kracht gezien om voortijdige uitval te voorkomen.

In Zeeland heeft men geconstateerd dat een gebrekkige motivatie een belangrijke reden is voor snelle voortijdige uitval uit het zorgprogramma. Door BJZ is aangegeven dat het ontbreken van voldoende motivatie een reden is om jongeren niet toe te wijzen naar het zorgprogramma. Hiermee wordt voortijdige uitval dus voorkomen. Tegelijkertijd worden hiermee drempels opgeworpen voor instroom in het programma. Ook binnen het zorgprogramma zelf worden daarom activiteiten ontplooid om voortijdige uitval te voorkomen. De zorgprogramma-casemanager zal in het voortraject extra investeren om de cliënt te motiveren. Verder wordt in het kader van de resultaatmeting specifieke aandacht besteed aan het verzamelen van gegevens over kenmerken van cliënten die voortijdig uitstroomden.

In Brabant is geconstateerd dat motiverende begeleiding van de cliënt de rode draad moet zijn binnen het zorgprogramma voor de doelgroep jeugdige verslaafden. De casemanager binnen dit zorgprogramma zal daarom ook uitvoerende taken moeten krijgen, gericht op crisismanagement dicht bij de

cliënt. Een dergelijke taak kan waarschijnlijk het beste uitgevoerd worden door een van de deelnemende instellingen.

6.4.3 Het combineren van vrijwillige en niet vrijwillige hulp

Binnen dit specifieke thema zijn twee verschillende vragen aan de orde, te weten:

- hoe verloopt de instroom in een zorgprogramma van cliënten die hulp in een niet-vrijwillig kader opgelegd hebben gekregen?
- hoe verloopt de uitvoering van niet-vrijwillige hulpverlening binnen het zorgprogramma?

De instroom vanuit een civiel- of strafrechtelijk kader

De ontwikkelde zorgprogramma's zijn mede bedoeld voor kinderen en jongeren die via de jeugdbescherming instromen. Dat zijn dus de kinderen/ jongeren met een OTS. In Utrecht en Zeeland is praktijkervaring opgedaan met deze doelgroep. De instroom van deze kinderen/ jongeren loopt gewoon via BJZ en levert geen specifieke knelpunten op. De plaatser (gezinsvoogd) is actief betrokken bij de instroomprocedure.

Binnen het Spoor en het JDS vindt de instroom van jongeren plaats vanuit een strafrechtelijk kader. Dit levert duidelijk wel knelpunten op. Het gaat om 3 verschillende soorten knelpunten.

- De doelgroep van het Spoor zijn jongeren die in Teylingereind zijn geplaatst (een justitiële jeugdinrichting). De rechter bepaalt of een jongere ofwel in plaats van de laatste fase van detentie/ behandeling ofwel in het kader van schorsing van de voorlopige hechtenis, mag deelnemen aan het zorgprogramma. Deze wijze van instroom in een zorgprogramma heeft twee grote voordelen. Deze doelgroep van veelal allochtone jongeren wordt op andere manieren slecht bereikt door de jeugdzorg. Bovendien wordt de hulp opgelegd binnen een niet-vrijwillig kader en heeft daardoor meer kans van slagen.

Met name bij de deelgroep voorlopig gehechten moet dit strafrechtelijk traject onder grote tijdsdruk plaatsvinden. Er is dus geen tijd voor een indicierend diagnostisch onderzoek. Deze procedure voldoet niet aan de voorwaarden die BJZ stelt; BJZ moet echter wel accoord gaan met de toewijzing van de geïndiceerde hulp die het zorgprogramma biedt.

- Een tweede knelpunt is dat een zorgprogramma voor delinquente jongeren (met instroom via justitiële instellingen) beperkt wordt door een (te) kleine instroom. Een justitiële jeugdinrichting neemt jongeren uit het hele land op; jeugdzorg mag echter alleen geleverd worden aan jongeren die woonachtig zijn in de betreffende jeugdhulpverleningsregio. Dit beperkt de omvang van de doelgroep die in aanmerking komt voor het zorgprogramma. Dat is voor een zorgprogramma voor deze specifieke doelgroep die om specifieke deskundigheid vraagt een extra handicap.
- Een derde knelpunt treedt op in de uitvoering van het casemanagement bij jongeren waarvoor een aanvraag voor een OTS-maatregel loopt. Binnen het JDS, dat forensische diagnostiek en zorgtoewijzing levert, heeft men ervaren dat het totale traject van aanvraag, uitspraak en tot uitvoering brengen van een OTS-maatregel 6 tot 8 maanden in beslag neemt. Voor de jongere betekent dat een wachttijd van 6 tot 8 maanden voor hij/zij een gezinsvoogd/ casemanager heeft. Dit leidt tot ernstige stagnatie in de uitvoering van de hulp.

Uitvoering van niet-vrijwillige hulpverlening binnen een zorgprogramma

De ervaringen met de uitvoering van de hulp die in strafrechtelijk kader is opgelegd, zijn nog erg beperkt. Binnen het Spoor bestaat één module (het daghulpcentrum) waar naast Spoor-jongeren ook jongeren vrijwillig zijn

geplaatst. Er bestonden wel weerstanden tegen het combineren van beide groepen, met name bij ouders. In de praktijk blijken er tot nog toe geen problemen te zijn maar de ervaring is nog heel beperkt. Ervaringen opgedaan binnen het JDS laten zien dat rapportage aan de jeugdreclasserder of rechter, bij hulp die in strafrechtelijk kader is opgelegd, vooral voor de GGZ een lastig punt is. Dat geldt overigens niet voor alle GGZ-instellingen; in sommige instellingen begint zich al een cultuur te ontwikkelen waarin rapportage aan justitie als onderdeel van het werk wordt beschouwd.

Zowel vanuit Utrecht als vanuit Zeeland wordt melding gemaakt van een knelpunt dat betrekking heeft op de rol van de gezinsvoogd die bij kinderen/jongeren met een OTS als casemanager optreedt. In Utrecht signaleert men soms problemen in de onderlinge samenwerking. Bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid voor het aanvragen van een uithuisplaatsing ligt bij de gezinsvoogd. Wanneer het zorgprogramma-team een uithuisplaatsing noodzakelijk acht maar de gezinsvoogd niet, dan stagneert in de praktijk de hulp (zie ook paragraaf 5.5).

In Zeeland wilde men graag met een klein aantal vaste casemanagers het zorgprogramma uitvoeren. Vanuit de afdeling vrijwillig ambulante jeughulpverlening zijn daarom 3 vaste programma-casemanagers aangesteld. Jongeren met een OTS brengen echter een eigen casemanager met zich mee. Het is niet gelukt om met de jeugdbescherming tot de afspraak te komen dat een van de 3 vaste zorgprogramma-casemanagers ook voor een jongere met een OTS optreedt als specifieke zorgprogramma-casemanager en dat de gezinsvoogd als overall-casemanager op de achtergrond functioneert voor de hulpverlening binnen en buiten het zorgprogramma.

Binnen het Spoor is het wel gelukt om met vaste casemanagers (de coaches) te werken voor alle jongeren die in het zorgprogramma instromen. Hier doet zich echter het probleem voor dat er geen financiering is voor inzet van de module coach bij jongeren die een gezinsvoogd hebben (zie ook paragraaf 5.5).

6.4.4 De relatie met aanpalende, lokale en regionale sectoren

In 9 van de 11 veldprojecten zijn contacten gelegd met aanpalende sectoren. Alleen vanuit de veldprojecten voor delinquente jongeren (Het Spoor en het JDS) is dat niet gebeurd. Het speciaal onderwijs (SO) en de sociaal pedagogische dienst (SPD) worden het vaakst genoemd als instellingen of partners waarmee men wil of is gaan samenwerken. Vaak gaat het om een verbreding van de aanpak die men bij de start van het veldproject nog niet voor ogen had. Blijkbaar stimuleert een project dat zich bezig houdt met verbreding van zorg door schakeling van modules, tot verdere verbreding van de aanpak ook buiten de jeugdzorg. We geven een overzicht van de stand van zaken binnen de veldprojecten.

Tussen Wal en Schip: jongeren met gedragsproblemen en beperkte verstandelijke vermogens

Jeugdhulpverlening en SPD werken samen bij de ontwikkeling van het zorgprogramma. R'go (SPD) levert gezinsmedewerkers die ingezet worden bij de ontwikkeling van een module Intensieve Gezinsbegeleiding.

Flevoland: van druk gedrag tot ADHD

Het speciaal onderwijs is als kernpartner betrokken bij de zorgprogrammering omdat er veel overlap is in de doelgroep: ADHD geeft veel problemen op school. Verder is een groot aantal instellingen op onderdelen betrokken bij de zorgprogrammering, waaronder huisartsen, jeugdartsen, wijkverpleging, AMW, schoolbegeleidingsdienst en regulier onderwijs. Deze discipli-

nes worden met name ingezet binnen de 2 zorgprogramma's die niet geïndiceerde (jeugd)zorg leveren.

Zeeland: 13 en 14 jarigen met meervoudige complexe problematiek

Het speciaal onderwijs is als kernpartner betrokken bij het zorgprogramma. De directeur van een ZMLK-school is lid van de projectgroep. Het speciaal onderwijs levert een eigen module voor jongeren op de ZMLK-school en ondersteuning aan het regulier onderwijs voorzover jongeren dat volgen en ondersteuning nodig blijkt te zijn.

Inzet van het speciaal onderwijs is schriftelijk vastgelegd; een samenwerkingsovereenkomst werd niet nodig geacht.

Drenthe: kinderen (8 -12 jaar) uit KOPP-gezinnen; kinderen 0-4 jaar die te maken krijgen met (dreigende) kindermishandeling

Binnen het KOPP-programma wordt samengewerkt met het speciaal onderwijs en de thuiszorg. Bij het zorgprogramma kindermishandeling fungeren de zogenaamde brede netwerken kindermishandeling als klankbordgroep. Hierin hebben onder ander zitting; het welzijnswerk, Humanitas, ziekenhuis, kinderopvang en buurtnetwerken.

Utrecht: jonge kinderen uit multi-probleemgezinnen

In het eindrapport van dit veldproject wordt aangekondigd dat men in de nabije toekomst wil gaan samenwerken met de jeugdgezondheidsdienst, het speciaal onderwijs en mogelijk ook de verslavingszorg.

Venlo: baby's en peuters met psychosociale en/of psychiatrische problematiek; nadere indicerende diagnostiek voor eerder genoemde doelgroep

Men wil het zorgprogramma 'nadere diagnostiek' in de toekomst ook inzetten voor andere doelgroepen, namelijk bij verstandelijk gehandicapten, revalidatie en spraak en taalstoornissen. De eerste activiteiten zijn gericht op samenwerking met de doelgroep verstandelijk gehandicapten. De contacten tot nog toe maken duidelijk dat een verschil in hulpverleningscultuur overbrugd zal moeten worden en dat men tot overeenstemming zal moeten komen over de duur van de nadere diagnostiek. Het is de bedoeling dat alle gezinnen via BJZ gaan instromen.

Brabant: jongeren 12+ met autistische stoornissen; jongeren 12+ met verslavingsproblemen

Bij de ontwikkeling van het zorgprogramma voor jeugdige verslaafden wordt samengewerkt met de verslavingszorg. De samenwerking tot nog toe heeft duidelijk gemaakt dat verschillen in visies overbrugd zullen moeten worden: de verslavingszorg is gericht op hulpverlening aan volwassenen (horizontale relatie), de jeugdzorg op de relatie volwassene jongere (verticale relatie). Voor een goede indicatiestelling wordt het noodzakelijk geacht dat de specifieke deskundigheid van de verslavingszorg in BJZ is vertegenwoordigd.

Gelderland: kinderen 3 - 12 jaar met PDD-NOS die op school zitten

Eerst was alleen het speciaal onderwijs (interne school) bij het zorgprogramma betrokken. Later zijn ook de SPD en de SAD (schooladviesdienst) aangeschoven. Dat heeft ertoe geleid dat ook een deelprogramma 'preventie' is ontwikkeld. Dit deelprogramma bevat vrij toegankelijke hulp gericht op voorlichting, vragen en ondersteuning van ouders en school.

De ervaringen met de samenwerking zijn positief. De SPD en de SAD leveren ook modules. Vooral voor de SAD was het in eerste instantie niet gemakkelijk hun aanbod in modules te beschrijven.

Den Haag: Marokkaanse kinderen in het speciaal onderwijs

Dit veldproject neemt een aparte positie in. Het speelt zich af op het snijvlak van speciaal onderwijs, lokaal jeugdbeleid en jeugdzorg. Het aantal

kernpartners van buiten de jeugdzorg is groter dan het aantal jeugdzorg-kernpartners. Kernpartners buiten de jeugdzorg zijn onder andere: de gemeente Den Haag, St. Spel en Opvoeding, GGD-jeugdgezondheidszorg, St. ontmoeting voor buitenlandse vrouwen, schooladviesdienst en het welzijnswerk. De lokale welzijnsinstelling werkt wijkgebonden, dat kan een knelpunt opleveren. Zonodig kan gezocht worden naar een functionaris die op stedelijk niveau opereert.

De brede samenstelling van de projectgroep maakt de ontwikkeling van een breed zorgprogramma mogelijk. Eerder in deze rapportage werd echter ook aangegeven dat de brede samenstelling van de projectgroep als nadeel heeft dat het niet gemakkelijk is om een gezamenlijk denkkader te ontwikkelen.

De ervaringen met het daadwerkelijk inzetten van modules die door aanpalende sectoren geleverd worden, zijn nog beperkt. In Zeeland zijn positieve ervaringen opgedaan met de uitvoering van een module onderwijs (in verschillende varianten) binnen het zorgprogramma. Een potentieel knelpunt blijft dat de school een eigen toelatingsbeleid hanteert en geen plaatsen kan openhouden omdat de feitelijke instroom niet te voorspellen is.

Binnen het speciaal onderwijs worden zogenaamde regionale expertisecentra (REC's) ontwikkeld. Concreet betekent dit dat een bundeling van scholen in het speciaal onderwijs ondersteunend gaat werken naar het regulier onderwijs. Aanwezige deskundigheid wordt overgedragen via info-overdracht, ambulante begeleiding e.d. Het speciaal onderwijs wordt aldus gestimuleerd om het eigen aanbod goed te beschrijven. Deze ontwikkeling binnen het speciaal onderwijs sluit goed aan bij zorgprogrammering. In Flevoland heeft men ervaren dat de bijdrage van het speciaal onderwijs aan het ontwikkelen van de zorgprogramma's daardoor veel beter uit de verf komt. Hier gaat het speciaal onderwijs inventariseren welke onderdelen van het aanbod voor de doelgroep ADHD beschikbaar zijn. Achterliggende doelstelling is dat zichtbaar wordt welk aanbod een kind dat instroomt in het zorgprogramma al van het speciaal onderwijs krijgt. Hierdoor is afstemming mogelijk en wordt overlap voorkomen. Een beperking is dat toewijzing van een speciaal onderwijsmodule via een eigen indicatie-commissie loopt.

6.4.5 Resultaatmeting

DSP heeft in opdracht van- en samenwerking met de Projectgroep Zorgprogrammering richtlijnen ontwikkeld voor resultaatmeting door de veldprojecten (Notitie: Richtlijnen resultaatmeting veldprojecten; Amsterdam DSP; mei 1999). In de notitie worden de volgende vragen uitgewerkt:

- wat moet het zorgprogramma opleveren voor de individuele cliënt?
- wat moet het zorgprogramma opleveren voor de instellingen?
- in hoeverre worden de beoogde resultaten bereikt?

Het is de bedoeling dat de verschillende innovatietrajecten in de jeugdzorg zoveel mogelijk op elkaar aansluiten. Er is daarom voor gekozen om de opzet van de resultaatmeting aan te laten sluiten bij de systematiek van KWIS, ontwikkeld binnen het innovatietraject Kwaliteitszorg. Een tweede voorwaarde was dat de opzet van de resultaatmeting simpel en eenvoudig moest blijven zodat deze zonder al te veel moeite door de instellingen zelf zou kunnen worden uitgevoerd.

Om de beoogde meerwaarde van zorgprogrammering voor de cliënt uit te drukken zijn 4 van de 6 kwaliteitsaspecten van KWIS nader geoperationaliseerd, te weten:

- continuïteit/samenhang : is de beoogde samenhang in de hulp via het zorgprogramma gerealiseerd?
- selectiviteit: behoren de cliënten inderdaad tot de doelgroep en blijven zij ook in behandeling (geen voortijdige uitval)?

- doelrealisatie: worden de gestelde behandeldoelen bereikt?
- klantgerichtheid: is de klant tevreden en worden zijn hulpvragen beantwoord?

Om de resultaten voor de instellingen te meten is een vragenlijst gemaakt die voor de start van de uitvoering van het zorgprogramma én na een periode waarin feitelijke ervaring is opgedaan met de uitvoering, dient te worden afgenomen. In deze vragenlijst zijn de verbeterdoelen die kunnen worden afgeleid uit de notitie 'Richtlijnen veldprojecten' nader geoperationaliseerd. Deze verbeterdoelen zijn onder andere: ontschotting van sectoren, transparantie van zorg en het opbouwen van kennis en expertise rond complex doelgroepen.

Alle veldprojecten hebben een globale opzet voor een resultaatmeting gemaakt. Meestal heeft men de eigen opzet gebaseerd op de richtlijnen van DSP/ de Projectgroep. In Den Haag heeft men een extern onderzoeksbureau ingeschakeld dat onderzoek doet naar resultaten bij de verschillende doelgroepen.

Het ontwikkelen van een zorgprogramma heeft veel langer geduurd dan men had verwacht en bleek ook veel complexer te zijn dan men had gedacht. Daarom zijn de meeste veldprojecten niet toegekomen aan een concrete uitwerking en uitvoering van de resultaatmeting.

In enkele veldprojecten zijn wel beperkte of uitgebreide activiteiten in gang gezet voor de resultaatmeting:

- In Drenthe worden reeds bestaande beoordeling/effectformulieren gebruikt bij afsluiting van de (preventieve) modules;
- In Utrecht zijn, gerelateerd aan de doelstelling van het zorgprogramma, 3 soorten gegevens verzameld: CBCL-gegevens voor weergave resultaten van de hulpverlening; registratiegegevens om na te gaan of continuïteit in de hulpverlening wordt gerealiseerd; Casebeschrijvingen om te illustreren hoe hulpverlening door verschillende instellingen vanuit een gezamenlijke visie wordt ingevuld.
- In Zeeland wordt de resultaatmeting uitgevoerd conform het model dat door DSP/ de Projectgroep is ontwikkeld, inclusief een vragenlijst voor ouders en jongeren. Resultaten van deze resultaatmeting worden in het najaar 2000 verwacht.

7 Conclusies

Eind 1998 en begin 1999 zijn de 9 veldprojecten van de eerste tranche van start gegaan. In september 1999 volgden de resterende 2 veldprojecten (tweede tranche). De veldprojecten hebben dus respectievelijk anderhalf jaar en één jaar ervaring opgedaan met het ontwikkelen van zorgprogramma's.

Dit heeft met name kennis opgeleverd over:

- de kenmerken van intersectorale zorgprogramma's in de jeugdzorg: hoe zien de programma's er in de praktijk uit;
- het ontwikkelproces: waar loopt men in de praktijk tegenaan als men een zorgprogramma wil gaan ontwikkelen.

Over de uitvoering van een zorgprogramma: hoe het primair proces verloopt, welke feitelijke samenhang in zorg wordt gerealiseerd en welke resultaten met de zorg worden behaald, valt nog weinig te zeggen. Slechts enkele zorgprogramma's zijn al geheel of gedeeltelijk operationeel en het aantal cliënten dat is tot nog toe heel beperkt gebleven.

Op basis van de praktijkervaring die is opgedaan binnen de veldprojecten hebben we de stand van zaken opgemaakt en de belangrijkste conclusies op een rij gezet.

De ontwikkeling van zorgprogramma's: voorwaarden en ervaringen

- Een zorgprogramma komt het best tot zijn recht en is veel sneller te maken als instellingen hun aanbod gemodulariseerd hebben. Daarbij gaat het om twee zaken:
 - het aanbod van de instelling is in modules beschreven;
 - de organisatie is zodanig ingericht dat de modules flexibel (afzonderlijk of in combinatie) kunnen worden ingezet.
- Zowel van achter de tekentafel als via de gecombineerde werkwijze (deels van achter de tekentafel en deels werkenderwijs) zijn binnen de veldprojectperiode goede en afgeronde resultaten bereikt (ofwel een kwalitatief goede programmabeschrijving en/of een goed functionerend operationeel zorgprogramma). Het werkenderwijs ontwikkelen blijkt een werkwijze die zich niet goed leent voor het ontwikkelen van een zorgprogramma.
- De opstelling van de stuurgroep (van directeuren of door hen gemandateerde functionarissen) is bepalend voor het welslagen van een zorgprogramma. Zij moeten bereid zijn om de 'kar te trekken'.
- De programmastructuur dient in nauwe afstemming tussen inhoudelijk ontwikkelaars van het zorgprogramma en de (midden)managers, die zicht hebben op de mogelijkheden en beperkingen van de (bestaande) organisatiestructuren, te worden vastgesteld. Het is van cruciaal belang dat het (midden)management een positieve opstelling heeft ten opzichte van het zorgprogramma. Zij moeten de benodigde flexibiliteit en creativiteit leveren om de uitvoering van een instellingoverstijgend zorgprogramma mogelijk te maken.
- Een aantal veldprojecten heeft de weg gevolgd die de Projectgroep had aangegeven. Zij hebben hun probleemgroep afgeperkt of opgesplitst in deelgroepen om tot een homogene hulpvraag te komen. Dit blijkt een goede benadering om programma's met specialistische kenmerken te ontwikkelen. Een strakke afperking van de doelgroep kan echter betekenen dat het aantal cliënten op regionaal niveau te klein wordt voor een zorgprogramma. Zolang goede registratiegegevens ontbreken zal alleen de ervaring kunnen uitwijzen of dat inderdaad het geval is. Dergelijke gegevens zullen door BJZ verzameld moeten gaan worden.

- Het maken van een zorgprogramma is veelal een aangelegenheid waar alleen vertegenwoordigers van de aanbodzijde (professionals en management) bij betrokken zijn. De cliënt komt onvoldoende aan het woord. Redenen zijn: de beperkte organisatiegraad van de cliënten; de cliëntenorganisaties die er zijn, zijn veelal overbevraagd en hebben dus nauwelijks tijd; de inhoudelijk deskundigen zijn in aantal dominant en het ontwikkelen van een zorgprogramma is een vrij ingewikkelde exercitie waar professionals zich vaak meer bij thuis zullen voelen dan cliënten.
- De intersectorale ervaringen in de samenwerking tussen jeugdhulpverlening en GGZ-jeugd zijn over het algemeen positief. In regio's waar de GGZ niet of slechts gedeeltelijk meedoet in de Toegang blijken de onderlinge relaties een gevoelig onderwerp. Zorgprogrammering, mits strategisch en inhoudelijk goed uitgevoerd, kan in een dergelijke situatie bijdragen aan een verbetering van de onderlinge relaties en leiden tot een structurele samenwerking via het zorgprogramma.
- Justitie (jeugdbescherming, jeugdreclassering, justitiële jeugdinrichtingen) is op een ander manier betrokken bij de ontwikkeling van zorgprogramma's dan de jeugdhulpverlening en de GGZ-jeugd. Vaak is de participatie van justitie indirect (via andere afdelingen van dezelfde MFO waar de jeugdbescherming/ jeugdreclassering ook onderdeel van uitmaakt). In het verlengde hiervan ligt het feit dat justitie ook nauwelijks modules levert. Dat heeft twee redenen: de taken van de jeugdbescherming hebben het karakter van casemanagement. Daarnaast is een probleem dat de aansturing van projecten als HALT, 12-minners en taakstraffen vanuit een zorgprogramma niet te regelen is.

Kenmerken, inrichting van- en instroom in de zorgprogramma's

- De ervaringen van de veldprojecten laten zien dat men flexibiliteit binnen een programma van groot belang acht. In 'Definitie van Kernbegrippen' wordt een specialistisch programma gezien als een programma met allemaal vaste onderdelen. Een dergelijk programma komt binnen de veldprojecten niet voor. Alle programma's zijn variabel wat betreft in te zetten modules maar de mate waarin varieert.
- Een meerderheid van de veldprojecten blijkt de voorkeur te geven aan een generalistisch programma. Daar zijn drie belangrijke redenen voor aan te geven.
 - Het ontbreken van voldoende instrumenten (wetenschappelijke inzichten en vaardigheden) om op basis van een inhoudelijke analyse tot een selectie van deelgroepen en in te zetten modules te komen.
 - De grote variatie in problematiek en hulpvragen binnen de gekozen doelgroep gekoppeld aan de wens om de doelgroep en daarmee de instroom niet te veel af te perken.
 - De behoefte om zoveel mogelijk maatwerk te leveren op cliëntniveau.
- De zorgprogramma's die door de veldprojecten zijn ontwikkeld, zijn veelal geënt op een combinatie van doelgroepkenmerken, problematiek en hulpvragen. De gemeenschappelijke hulpvraag fungeert niet als uitgangspunt of leidend criterium bij de invulling van het zorgprogramma. Versterking van de participatie van de cliënt is ons inziens een noodzakelijke voorwaarde om het vraaggestuurde karakter van zorgprogrammering verder te ontwikkelen.
- De ontwikkelde zorgprogramma's hebben vooral een beschrijvend karakter. Er wordt meestal geen kritische relatie gelegd tussen hulpvraag en aanbod, met andere woorden de vraag of het bestaande aanbod wat betreft inhoud, aanpak en methodiek wel (voldoende) aansluit op de hulpvraag wordt meestal niet expliciet aan de orde gesteld. De ervaringen met de uitvoering van het zorgprogramma in Zeeland laten zien dat het moeilijk is om vanuit het bestaande aanbod hulpvraaggericht te werken voor de gekozen doelgroep.

- Sommige veldprojecten hebben hun zorgprogramma's zo ingericht dat een overkoepelende organisatie wordt gecreëerd. Dit gebeurt via een overkoepelende behandelbespreking en een extra functionaris die de uitvoering van de hulp aan cliënten coördineert. Hierdoor lijkt de zorg in eerste instantie alleen maar duurder te worden. De ervaringen in Utrecht laten echter zien dat de behandelbesprekingen op instellingsniveau blijken te kunnen vervallen en dat de coördinatie van de uitvoering van het zorgprogramma voor de cliënt waarschijnlijk ook door een van de behandelcoördinatoren kan gebeuren. Hiermee wordt het bezwaar van de extra kosten van de overkoepelende organisatie ondervangen.
- De meeste veldprojecten voldoen niet volledig aan de gestelde voorwaarden: 'alle indicerende diagnostiek binnen BJZ' en 'toewijzing op module-niveau of op het niveau van het specialistische programma'. Professionals en management menen veelal dat de cliënt beter af is als aanvullende indicerende diagnostiek binnen het zorgprogramma zelf kan worden uitgevoerd en professionele werkers zelf (in samenspraak met BJZ) een selectie kunnen maken van in te zetten modules.
- De instroom van jongeren in een zorgprogramma via de rechter heeft twee grote voordelen: hiermee wordt een doelgroep (van veelal allochtone jongeren) bereikt die op andere wijze moeilijk bereikbaar is voor de jeugdzorg. Bovendien is deze vorm van hulp in een dwingend kader opgelegd en dus minder vrijblijvend. In de praktijk levert deze constructie echter grote knelpunten op: de kleinschaligheid van de jeugdhulpverleningsregio beperkt de omvang van de doelgroep en de instroomprocedure kan niet voldoen aan de voorwaarden van BJZ. Deze knelpunten zullen opgelost moeten worden anders zijn zorgprogramma's vanuit de jeugdzorg voor delinquente jongeren waarschijnlijk gedoemd te mislukken.
- Zorgprogramma's voor de zogenaamde ongemotiveerde jongeren/ zonder hulpvraag moeten intensieve individuele begeleiding aan jongeren bieden teneinde de jongeren in het zorgprogramma te houden danwel door het zorgprogramma te loodsen. Daarvoor zijn verschillende mogelijkheden aan te geven die verdere uitwerking behoeven, te weten:
 - via de casemanager van BJZ/ de plaatsende instantie;
 - via enkele vaste specifieke ZP-casemanagers die speciaal ten behoeve van het zorgprogramma zijn aangesteld en door een van de deelnemende instellingen worden geleverd;
 - via een aparte module coach of casemanagement waarbij de begeleiding als specifiek zorgaanbod is uitgewerkt en beschreven.

Meerwaarde van (intersectorale) zorgprogrammering

- Van de kant van de overheid is aangegeven dat zorgprogrammering vooral gericht moet zijn op de cliënten met ernstige, meervoudige problematiek, dus op de complexe doelgroep. Dit zijn namelijk de cliënten die met het aanbod uit één instelling of één sector niet goed geholpen kunnen worden. Het veldproject in Flevoland heeft echter laten zien dat programmering van de totale zorg voor een brede doelgroep ook een specifieke meerwaarde biedt. Hiermee kan namelijk het principe 'zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijk en op de juiste plaats' worden gerealiseerd.
- Een groot winstpunt van zorgprogrammering is dat transparant gemaakt wordt welk aanbod (zo mogelijk concreet beschreven in modules) beschikbaar is voor welke hulpvragen van welke probleemgroep. Dat biedt alle betrokken partijen (instellingen, overheid en cliëntenorganisaties) mogelijkheden om te beoordelen of men de zorg wel of niet voldoende vindt.
- Het ontwikkelproces leidt tot gedragswetenschappelijke uitwisseling tussen instellingen/ sectoren, meer openheid en verbreding van het eigen professionele perspectief.

- De fragmentatie van de zorg wordt verbroken. In een programmabeschrijving wordt het beschikbare aanbod vanuit verschillende sectoren in onderlinge samenhang beschreven en gekoppeld aan een doelgroepprofiel. De toewijzing van zorg wordt daarmee verbeterd.
- Het inzetten van verschillende combinaties van hulp wordt mogelijk. Vooral de mogelijkheid van een gecombineerde inzet van JHV-modules én GGZ-modules voor complexe doelgroepen leidt tot meerwaarde van de bestaande zorg.
- Met zorgprogrammering wordt stapeling van zorg gecoördineerd ingezet omdat modules in onderlinge samenhang worden uitgevoerd. Er wordt een instellingsoverstijgend behandelplan gemaakt op basis van specifieke uitgangspunten of een gemeenschappelijke behandelvisie die in het zorgprogramma is vastgelegd.
- In het gezamenlijke behandelplan wordt vastgelegd welke modules, welke bijdrage leveren om het gezamenlijk geformuleerde behandel doel te bereiken en hoe daarbij wordt samengewerkt.
- Zorgprogrammering blijkt een goede weg om tot samenwerking met aanpalende sectoren te komen. Blijkbaar stimuleert een project dat zich bezig houdt met verbreding van zorg door schakeling van modules, tot verdere verbreding van de aanpak ook buiten de jeugdzorg.

Beperkingen van (intersectorale) zorgprogrammering

- Intersectorale zorgprogrammering is een complex proces dat niet alleen gericht is op inhoud maar met name ook op de onderlinge betrekkingen tussen functionarissen van verschillende instellingen en verschillende sectoren. Daardoor duurt het relatief lang en kost het relatief veel tijd en geld om een zorgprogramma te ontwikkelen.
- Met een instellingsoverstijgend zorgprogramma komt deskundigheid uit verschillende instellingen beschikbaar voor een complexe doelgroep. Elke instelling heeft zijn eigen werkers. De cliënt krijgt dus te maken met meerdere hulpverleners en meerdere hulpverleningslocaties. Bij een zorgprogramma dat binnen één instelling wordt uitgevoerd kan het aantal hulpverleners beperkt worden door hulpverleners met een brede deskundigheid in te zetten. Dat geldt in mindere mate voor instellingsoverstijgende zorgprogramma's.
Het is onvoldoende bekend hoe juist de complexe doelgroepen hulp die door meerdere hulpverleners en vaak op meerdere locaties wordt gegeven, waarden. Het zou kunnen zijn dat sommige doelgroepen (bijvoorbeeld allochtone jongeren/ jongeren met beperkte verstandelijke vermogens) meer gebaat zijn met één vaste vertrouwenspersoon of één instelling die hen zoveel mogelijk bij alle problemen ondersteunt.
- Zorgprogrammering biedt geen dwingende stimulans aan instellingen om hun aanbod te modulariseren. De invloed van zorgprogrammering op het proces van modularisering is beperkt. Het operationele zorgprogramma in Utrecht functioneert naast de bestaande organisatie van de zorg en tast deze niet aan. Om instellingen te stimuleren tot modularisering zullen andere initiatieven ontplooid moeten worden.
- Wanneer instellingen gemodulariseerd zijn mag verwacht worden dat module-uitvoerders flexibeler ingezet kunnen worden zowel binnen als buiten de eigen instelling. Dat verandert echter in wezen niets aan het probleem dat de behandelcoördinator die de uitvoering van de zorg op cliëntniveau coördineert een zwakke positie heeft. Hij/ zij valt buiten de hiërarchische lijn van de instellingen en heeft dus geen formele bevoegdheid om module-uitvoerders van verschillende instellingen aan te sturen.