

PIResearch

Nederlands
Jeugd
instituut



Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht

Eindrapport met opbrengsten en aanbevelingen

Utrecht, mei 2009

Mariska van der Steege
Nederlands Jeugdinstituut

© 2009 Nederlands Jeugdinstituut

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht

Eindrapport met opbrengsten en aanbevelingen

Projectleiding:

Mariska van der Steege (Nederlands Jeugdinstituut)

Medewerker:

Cécile Chênevert (Nederlands Jeugdinstituut)

Ondersteuning schrijvers:

Marjan de Lange (Nederlands Jeugdinstituut)

Marc Delsing (Praktikon)

Marie-Christine van der Veldt (PI Research)

Beoordeling beschrijvingen:

Tom van Yperen (Nederlands Jeugdinstituut)

Jan Willem Veerman (Praktikon)

Bas Bijl (PI Research)

In opdracht van:

Provincie Utrecht (contactpersoon: Jochem Stoll)

Bestuurlijk trekker programmalijn 6 'Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing':

Ans van de Maat (bestuurder De Rading)

Betrokken zorgaanbieders:

Centrum voor Wonen, Zorg en Welzijn Midden-Nederland (Leger des Heils), JooZT (Leo Stichting Groep), Lijn 5 Meerwijk, De Rading, Timon, Trajectum en Maatschappij Zandbergen.

Utrecht, mei 2009

Contact:

Nederlands Jeugdinstituut

Mariska van der Steege

Postbus 19 221 (Catharijnesingel 47), 3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 68 65

E-mail m.vandersteege@nji.nl

Website <http://www.nji.nl>

Inhoud

Inleiding.....	5
1. Opzet en uitvoering project.....	9
2. Opbrengsten en resultaten	15
3. Conclusies en aanbevelingen	21
Literatuur.....	25
Bijlage 1 Selectie te beschrijven modules.....	27
Bijlage 2 Aandachtsfunctionarissen en schrijvers per zorgaanbieder.....	28

Inleiding

Voor u ligt het eindrapport van het project 'Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht'. Voordat het verloop en de opbrengsten aan de orde komen, geeft deze inleiding als eerste de aanleiding van het project weer en een schets van de bredere context waarin de opbrengsten te plaatsen zijn.

De jeugdzorg in de provincie Utrecht

In 2006 verscheen het onderzoeksrapport *Diagnose Doelmatigheid Jeugdzorg provincie Utrecht* dat de Lysias Consulting Group opstelde in opdracht van Gedeputeerde staten. Een belangrijke bevinding in dit onderzoek was dat de provincie met meer kracht moest gaan sturen op de jeugdzorg (Lysias Consulting Group, 2006). De provinciale rol bleef in dit onderzoek echter buiten beschouwing. Daarop besloten de Provinciale Staten een beleidsaudit uit te voeren naar de aansturing van het bureau jeugdzorg en de zorgaanbieders door de provincie. De beleidsauditcommissie deed in haar rapportage meerdere aanbevelingen over de verhoudingen en de samenwerking tussen de verschillende partijen in de jeugdzorg in de provincie Utrecht. Ten aanzien van de zorgaanbieders was een belangrijke aanbeveling aan de provincie om meer te gaan sturen op kwaliteit en effectiviteit (Provinciale Staten Utrecht, 2007). Om dat te kunnen doen, was meer zicht nodig op de sterke en zwakke kanten van het huidige jeugdzorgaanbod in het Utrechtse. WWRG & Partners voerde een sterke-zwakteanalyse uit waarin ze onder andere de effectiviteit van het zorgaanbod tegen het licht hielden (Van Wijk, Wienke & Slager, 2008). Hieruit kwam naar voren dat in Utrecht de ontwikkeling van de effectiviteit van het zorgaanbod in een beginnend stadium verkeerde. Een situatie die overigens niet noemenswaardig afwijkt van die in andere provincies. De provincie kreeg het advies deze effectiviteit verder te ontwikkelen in een provinciebreed programma dat aansloot bij de landelijke ontwikkelingen op dit terrein. Al tijdens de uitvoering van de sterke-zwakteanalyse besloten de zeven zorgaanbieders in de provincie gezamenlijk op te trekken in het beschrijven en ontwikkelen van de effectiviteit van hun aanbod.

Deze twee ontwikkelingen werden samengebracht in het programma '*Utrechtse Jeugd Centraal (UJC)*' dat de Provinciale Staten van Utrecht op 19 mei 2008 vaststelde. Dit programma geeft de ambities weer van de gezamenlijke partijen in de provincie Utrecht om de zorg voor jeugd in de praktijk te vernieuwen, te ontwikkelen en/of te verbeteren (Provincie Utrecht, 2008). Het programma heeft tot doel opvoed- en opgroei problemen eerder te signalen, vervolgens sneller te handelen en aansluitend kwalitatief betere en snellere hulp te bieden. Aan het programma liggen drie uitgangspunten voor de ontwikkeling van de zorg aan jeugd centraal:

- 1) De vraag en de problemen van het kind dienen centraal te staan en niet het voorhanden zijnde aanbod;
- 2) Empowerment van kind en opvoedingssysteem is de grondslag voor de hulp. Deze is gericht op het vergroten de competenties van de ouders die worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden;
- 3) Werken met bewezen effectieve interventies door professionals die een partnership aangaan met cliënten.

Onder het programma hangen zes programmalijnen die activiteiten bevatten om het uiteindelijke doel te bereiken. Programmalijn 6 'Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing' beoogt de kwaliteit van het zorgaanbod op een hoger plan te brengen door het toepassen en ontwikkelen van aantoonbaar

bewezen effectieve interventies. Daarbij is aandacht voor het versterken van het partnership tussen de professional en de cliënt.

De effectiviteit van het jeugdzorgaanbod voorop

De afgelopen jaren is de effectiviteit van het aanbod binnen de jeugdzorg hoog op de agenda van de sector komen te staan. ‘Evidence-based werken’ werd het nieuwe adagium. Faas (2009) spreekt zelfs van een verschuiving in het centrale paradigma van de jeugdzorg. Tot voor enkele jaren was vraagsturing het maatgevende uitgangspunt, inmiddels is dat effectiviteit geworden. ‘We gaan dus niet meer tegen de cliënt zeggen: ‘wij doen wat u vraagt’. Het nieuwe paradigma wordt: ‘wij doen wat werkt’ (Faas, 2009, p. 11). Het initiatief voor deze verschuiving lag in eerste instantie bij de wetenschap en de politiek. Inmiddels staat het thema effectiviteit op de agenda van zowel de wetenschap, de praktijk als het beleid. In de provincie Utrecht hebben de zorgaanbieders het initiatief om tot een effectiever jeugdzorgaanbod te komen naar zich toe getrokken. Zij willen hulp bieden die werkt en leidt tot daadwerkelijke verbeteringen in de situatie van de cliënt. Voor de provincie is het van belang meer zicht te krijgen op de kwaliteit en de effectiviteit van de jeugdzorg die ingekocht wordt. De wetenschap tot slot heeft de wens dat de beschikbare kennis over elementen van effectief zorgaanbod in de praktijk toegepast wordt. De verschillende belangen verbinden zich op deze manier met elkaar (Faas, 2009; zie ook Van Yperen, Veerman & Bijl, 2008).

De effectladder: ontwikkelingsstadia in effectiviteit

Het kader om te werken aan de effectiviteit van het jeugdzorgaanbod is de zogenoemde ‘effectladder’ dat een ontwikkelingsmodel biedt om de effectiviteit van zorgaanbod stap voor stap te verhogen (Van Yperen & Veerman, 2008). De eerste stap op de effectladder is zorgaanbod te voorzien van een solide theoretische onderbouwing (het bevindt zich dan op tweede niveau van de effectladder). In de volgende stappen wordt de effectiviteit van het zorgaanbod aangetoond met behulp van – al dan niet gecontroleerd onderzoek. De effectladder vormt het kader voor de erkenningen die de Erkenningscommissie Jeugdinterventies afgeeft. Deze commissie ging in juni 2007 van start met het beoordelen van interventies (een verzamelterm voor programma’s, trainingen en behandelmethoden). Het erkennen van interventies beoogt helderheid te bieden over de stand van de ontwikkeling van interventies, een opwaartse druk te creëren in de kwaliteitsontwikkeling en de uitwisseling van kennis te stimuleren. De commissie onderscheidt op dit moment vier erkenningen: I. Theoretisch goed onderbouwd, II. Waarschijnlijk effectief, III. Bewezen effectief en IV. Kosteneffectief (zie Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze niveaus corresponderen met de treden van de effectladder op de volgende manier.

Effectladder	Erkenningen
	IV. Kosteneffectief
4. Werkzaam	III. Bewezen effectief
3. Doeltreffend	II. Waarschijnlijk effectief
2. Veelbelovend	I. Theoretisch goed onderbouwd
1. Potentieel	

De erkende interventies worden opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies die door het Nederlands Jeugdinstituut wordt beheerd (<http://www.nji.nl> > Databank Effectieve Jeugdinterventies). Op landelijk niveau is in het project Zicht op Effectiviteit (daaruit kwam later het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland voort, zie <http://www.sejn.nl>) een werkwijze ontwikkeld om in de praktijk onderzoek te doen. Deze werkwijze helpt zorgaanbieders de huidige

effectiviteit van zorgaanbod in kaart te brengen, deze verder te ontwikkelen en daarmee ook de kwaliteit van de geboden hulp te verbeteren (Veerman, Van Yperen, Bijl, Ooms & Roosma, 2008).

Een van de activiteiten binnen programmalijn 6 van de Utrechtse Jeugd Centraal is de 'verbeterslag effectieve interventies'. De ambitie is al het jeugdzorgaanbod in de provincie op niveau 3 van de effectladder te krijgen. Dit betekent dat al het aanbod waarschijnlijk effectief is: de effectiviteit is op grond van reeds bestaand onderzoek aannemelijk. Meer onderzoek is echter gewenst. Aan het einde van het programma is 20% van het aanbod bewezen effectief: op basis van voldoende onderzoek van voldoende kwaliteit is aan te nemen dat het aanbod beter werkt dan de gebruikelijke situatie of werkwijze (niveau 4 van de effectladder). Om het zorgaanbod op niveau 3/4 van de effectladder te krijgen is het eerst nodig deze te voorzien van een solide theoretische onderbouwing. De provincie Utrecht is de eerste provincie waar alle zorgaanbieders het beschrijven en theoretisch onderbouwen van hun zorgaanbod in gezamenlijkheid oppakken.

Het project 'Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht' beoogde 28 modules uit het totale zorgaanbod gereed te maken voor de erkenning 'Theoretisch goed onderbouwd' en de modules daarmee op het tweede niveau van de effectladder te brengen. Tijdens het project werden als eerste alle beschikbare modules in de provincie Utrecht geïnventariseerd. Dit bleken er op dat moment (eind oktober 2008) 106 te zijn van een grote diversiteit. Vervolgens werden 28 modules geselecteerd, het streven was daarbij tot een zo groot mogelijke spreiding over het totaal te komen. Aan ieder module werd vervolgens een schrijver gekoppeld die in drie workshops leerde hoe te komen tot een theoretische onderbouwing. Deze beschrijvingen werden voorzien van feedback en twee keer beoordeeld door een provinciale programmacommissie die een inschatting maakte van de kans op erkenning.

De nodige discussie

Het thema effectiviteit staan dan wel hoog op ieders agenda, tegelijkertijd is de discussie over nut en noodzaak nog niet verstomt. De zorgaanbieders binnen de provincie Utrecht zijn doordrongen van de urgentie de effectiviteit van hun zorgaanbod de komende jaren te verhogen. De maatschappelijke druk op de organisaties om verantwoording af te leggen over de geïnvesteerde middelen is groot (Faas, 2009). De praktijk laat echter ook de nodige spanningen zien. Het uitvoeren van effectieve interventies vraagt een gerichte selectie van cliënten, dit verhoudt zich niet altijd gemakkelijk tot vraagsturing en vraaggerichte hulpverlening. Zo zou een strikte selectie kunnen leiden tot een minder gericht zijn op de vraag of het niet (kunnen) inspelen op de vraag die een cliënt stelt. Anderzijds leidt een ongedifferentieerde instroom van cliënten tot minder effectieve zorg. Daarbij leidt een dergelijke ongedifferentieerde instroom tot een slecht inzicht in de vraag naar jeugdzorg in de provincie. Daarbovenop neemt vraag naar geïndiceerde jeugdzorg de laatste jaren alleen maar toe en kampen de zorgaanbieders met wachtlijsten. De vraag is of de inzet van het meest effectieve zorgaanbod altijd mogelijk is omdat de urgentie om 'iets' te doen voor deze cliënten vaak toeneemt naarmate ze langer moeten wachten. De vraag is dan of het meeste gewenste aanbod altijd beschikbaar is. Managers zijn daarnaast veelal gericht een zo hoog mogelijke bezettingsgraad, ook als het aanbod op dat moment wat minder passend is bij de problemen van de cliënt. Tot slot geeft het werken volgens de vaste, welomschreven werkwijze van een erkende interventie professionals soms het idee dat ze daarvan niet mogen afwijken. Met andere woorden: hun professionele autonomie wordt tot een minimum teruggebracht. Tegelijkertijd is ook bekend dat gestructureerd methodisch handelen leidt tot een grotere professionaliteit van handelen en tot professioneel gedrag.

Leeswijzer

In dit eindrapport doen we verslag van het proces en de resultaten van het beschrijven en onderbouwen van 28 modules van zeven zorgaanbieders in de provincie Utrecht. In hoofdstuk 1 beschrijven we de opzet van het project en hoe de uitvoering verliep. In het tweede hoofdstuk komen de opbrengsten en resultaten aan de orde. Tot slot volgen in hoofdstuk 3 conclusies en aanbevelingen.

Uitvoering

Het project 'Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht' werd uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstuut (dat de projectleiding op zich nam), Praktikon en PI Research. De drie organisaties maken deel uit van het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland.

1. Opzet en uitvoering project

Het project 'Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht' liep van 1 september 2008 tot 1 mei 2009. In dit hoofdstuk komen de uitgangspunten bij de uitvoering aan de orde, de beoogde resultaten, de projectstructuur en de uitgevoerde activiteiten per fase.

Uitgangspunten

Bij de opzet en de uitvoering van het project waren de volgende uitgangspunten leidend.

1. *Beschrijven en onderbouwen als eerste stap.* Het theoretisch onderbouwen van zorgaanbod (niveau 2 van de effectladder, zie Van Yperen & Veerman, 2008) gaat vooraf aan het meten van de effectiviteit van dat zorgaanbod (op niveau 3 of 4 van de effectladder). Immers, om de effecten te kunnen meten moet eerst helder zijn waar het zorgaanbod zich precies op richt, welke doelen het nastreeft. Eerdere ervaringen met het beschrijven van interventies heeft geleerd dat met name die theoretische onderbouwing nogal eens ontbreekt (Bijl, 1996; Delicat, Pijnenburg & Veerman, 2003; Van Yperen, Boendermaker & Hellema, 2004). Of de onderbouwing bestaat uit een opsomming van een aantal theorieën ('er wordt gebruik gemaakt van de leertheorie en de systeemtheorie'). Vaak ontbreekt een expliciete redenering waarom een bepaalde aanpak bij de beoogde doelgroep met bepaalde problematiek tot verbetering van de situatie van de cliënten leidt.
2. *Maak een beperkte start.* Ervaring in andere projecten leerde dat het beschrijven en onderbouwen van zorgaanbod uit de praktijk een flinke klus is. Het valt vaak niet mee een expliciete redenering op te zetten van de problemen van de doelgroep naar de doelen die het aanbod nastreeft en de daarvoor benodigde aanpak. Het dringende advies aan de provincie was dan ook de zorgaanbieders te laten starten met een beperkt aantal modules. Dit om kennis en ervaring op te doen met deze materie.
3. *Effectladder en 'Zicht op Effectiviteit' leidend kader.* Voor het beschrijven van het zorgaanbod is in dit project gebruik gemaakt van het werkblad van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (<http://www.nji.nl> > Databank Effectieve Jeugdinterventies). Daarbij was het denken over effectiviteit zoals dat is ontwikkeld binnen het project 'Zicht op effectiviteit' en de eerder genoemde effectladder het leidende kader (Van Yperen & Veerman, 2008). We maakten gebruik van het ondersteuningspakket 'Beschrijven en onderbouwen van interventies' (Van der Steege, Bijl, Delicat & Wilschut, 2008).
4. *Gericht op professionele empowerment zorgaanbieders.* Het beschrijven en onderbouwen van de geselecteerde modules is gedaan door medewerkers van de zeven zorgaanbieders, zij hebben daarvoor binnen het project de kennis en vaardigheden aangereikt gekregen. Het up-to-date houden van de beschrijvingen en de bijbehorende praktijk kan hiermee onderdeel worden gemaakt van de reguliere zorg voor kwaliteit van het aanbod. Het beschrijven en onderbouwen van modules brengt een kwaliteitsslag met zich mee. Het stimuleert het kritisch beschouwen van het eigen aanbod, onder andere door het te vergelijken met de kennis over wat werkt en soortgelijke interventies. Dit leidt welhaast automatisch tot het signaleren en doorvoeren van verbeteringen (zie ook Bijl, Delicat & Van der Steege, 2008).

Het beschrijven en onderbouwen van een module in het werkblad van de Databank Effectieve Jeugdinterventies betekent niet automatisch dat de module gereed is voor erkenning. Naast de beschrijving in het werkblad dient ook de zogenoemde onderliggende documentatie op orde te zijn. Dit betekent onder andere dat er een uitgewerkte beschrijving van de methodiek dient te zijn. Daarna beoordeelt de onafhankelijke Erkenningscommissie Jeugdinterventies de module en bepaalt of deze

'Theoretisch goed onderbouwd' is en opgenomen kan worden in de Databank Effectieve Interventies. Beide stappen, het op orde brengen van de onderliggende documentatie en het indienen van de interventie bij de Erkenningscommissie beschouwen we als een verantwoordelijkheid van de betreffende zorgaanbieder(s) en zou op zijn vroegst plaats vinden na de projectperiode.

Tot slot een opmerking over de gehanteerde terminologie. In dit project hebben we zoveel mogelijk gesproken over het zorgaanbod in termen van 'modules', ofwel een afgebakend pakket van hulp (Van Yperen, Carati, Schuppert & Vermunt, 2000). In de landelijke terminologie spreken we van 'interventies', een in tijd en aanpak afgebakende vorm van hulp gericht op een doelgroep met specifieke problemen met als doel deze problemen te verminderen of draaglijk te maken. De eerder genoemde databank bevat louter interventies. Gedurende het project bleken niet alle modules die de Utrechtse zorgaanbieders onderscheidden te passen binnen het concept 'interventies', we komen hier later op terug.

Beoogde resultaten

In samenspraak met de opdrachtgever zijn de volgende vijf resultaten van het project afgesproken.

- 1) De zeven zorgaanbieders beschikken na het project over opgeleide schrijvers. Deze schrijvers weten hoe ze een module theoretisch moeten onderbouwen, zijn vertrouwd geraakt met het werken met wetenschappelijke informatie en zijn op de hoogte van de eisen die de Erkenningscommissie Jeugdinterventies aan de theoretische onderbouwing van zorgaanbod stelt.
- 2) Er is overzicht over het totale zorgaanbod van de Utrechtse zorgaanbieders. Ook is duidelijk welke overlap, hiaten en mogelijkheden tot verbetering er zijn.
- 3) 28 modules zijn beschreven in het werkblad van de Databank Effectieve Jeugdinterventies en voorzien van een theoretische onderbouwing. Daarnaast is per module een advies beschikbaar over de 'indienbaarheid' bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies en wat er eventueel nog nodig is om deze te kunnen indienen.
- 4) Er is commitment en draagvlak bij de betrokken zorgaanbieders over het belang van het werken aan effectiviteit en hoe het theoretisch onderbouwen van modules bijdraagt aan de effectiviteit (en daarmee de kwaliteit).
- 5) Voor alle modules is er een advies hoe de effectiviteit ervan te verbeteren, bijvoorbeeld door het toevoegen van werkzame elementen en wat er nodig is om de theoretische werkzaamheid van interventies aan te tonen. Daarnaast zijn er adviezen hoe de projectresultaten verder te implementeren, hoe de rest van het zorgaanbod ter hand te nemen, hoe het beheer en onderhoud van het interventies te regelen en hoe het meten van de resultaten van de interventies op niveau 3 van de effectladder op te zetten.

Projectstructuur

Voor de uitvoering van het project richtten we als volgt een projectstructuur in.

Platform aandachtsfunctionarissen: Iedere zorgaanbieder stelde een aandachtsfunctionaris aan die met mandaat van de directie bijdroeg aan de beschrijving en onderbouwing van de modules. De aandachtsfunctionarissen kwamen tijdens het project zes keer bij elkaar in een platform dat gecoördineerd werd door de projectleider en de bestuurlijk trekker van de programmalijn 'Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing'. De aandachtsfunctionarissen droegen het project in hun organisatie uit, wierven de schrijvers voor de modules en sommigen beschreven zelf één of twee modules. De zorgaanbieders werden door de provincie financieel gefaciliteerd om de aandachtsfunctionaris vrij te maken voor dit project. Zij spelen na afloop een centrale rol in het verder beschrijven van het totale

aanbod en het verder implementeren van het beheer en het monitoren van de beschreven en onderbouwde modules.

Drie werkgroepen van schrijvers: Per module werd een schrijver geworven die het daadwerkelijk beschrijven en onderbouwen ter hand nam (sommige schrijvers beschreven twee modules). Van belang was dat de schrijver kennis had van de te beschrijven module, academisch opgeleid was, beschikte over schrijfvaardigheden en kennis had van behandeling in de jeugdzorg en van psychologische en orthopedagogische theorieën. In een aantal gevallen was de schrijver als gedragswetenschapper/behandelcoördinator verbonden aan de betreffende interventie. De schrijvers werden verdeeld over drie werkgroepen, per werkgroep ging een ondersteuner aan de slag met het in drie workshops opleiden en begeleiden van de schrijvers, het inbrengen van expertise over onder andere werkzame elementen en het geven van feedback op conceptteksten (Marjan de Lange (Nederlands Jeugdinstuut), Marc Delsing (Praktikon) en Marie-Christine van der Veldt (PI Research)).

Provinciale programmacommissie: In deze commissie namen drie experts op het terrein van effectieve jeugdzorg deel (Prof. Dr. Tom van Yperen, Prof. Dr. Jan Willem Veerman en Dr. Bas Bijl, leden van de projectgroep Zicht op Effectiviteit). Zij kwamen twee keer bij elkaar en dachten mee over de geselecteerde modules, beoordeelden de beschrijvingen en gaven een oordeel over de mate waarin de modules 'indienbaar' waren bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies.

Begeleidingscommissie: De begeleidingscommissie bestond uit de coördinator van programmalijn 6 'Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing' van de Utrechtse Jeugd Centraal (Jochem Stoll, provincie Utrecht), de bestuurlijk trekker van die programmalijn (Ans van de Maat, bestuurder De Rading) en de projectleider (Mariska van der Steege, Nederlands Jeugdinstuut). De commissie kwam zes keer bij elkaar, volgde de voortgang van het project en zocht naar oplossingen voor geconstateerde knelpunten.

Fasering

Het project werd opgedeeld in drie fasen:

1. Start project en selectie modules (september – oktober 2008)
2. Beschrijven en onderbouwen modules (november 2008 – februari 2009)
3. Afronding en samenstelling jeugdzorgcatalogus (maart – april 2009)

Fase 1. Start project en selectie modules

Om te komen tot de selectie van de 28 te beschrijven modules werd tijdens de eerste fase een inventarisatie gemaakt van het totale beschikbare zorgaanbod in modules. Alle zorgaanbieders leverden beschrijvingen aan van de modules die vervolgens door de medewerker van het NJi werden geordend in twee tabellen. In tabel A werden de modules gerangschikt naar zorgaanspraak¹, in tabel B naar leeftijd van de jeugdigen waar het aanbod zich op richt, de problematiek van de jeugdigen/het gezin en de locatie waar de hulp wordt verleend. Op basis van deze inventarisatie maakten de zorgaanbieders vervolgens een keuze voor vier modules die zij in het traject wilden beschrijven. In samenspraak met de aandachtsfunctionarissen en de opdrachtgever zijn de volgende criteria voor deze selectie opgesteld.

1. De modules zijn niet opgenomen in de Databank Effectieve Interventies of daarvoor in voorbereiding;
2. De modules hebben potentie, dit betekende bijvoorbeeld dat er al het nodige beschreven was of dat er enig onderzoek naar het aanbod beschikbaar was:

¹ De acht onderscheiden zorgaanpakken zijn: individuele jeugdhulp thuis, individuele jeugdhulp zorgaanbieder, groepsjeugdhulp, verblijf 24-uurs, verblijf dag, pleegzorg deeltijd, pleegzorg 24-uurs, observatie & diagnostiek.

3. Modules specifiek gericht op doelgroepen van allochtone afkomst kregen voorrang;
4. De modules worden zoveel mogelijk verdeeld over de acht zorgaanspraken én over de verschillende doelgroepen die op dat moment bediend werden (ingedeeld naar leeftijd, problematiek, jeugdige/gezin);
5. De zorgaanbieder had de wens de module verder te ontwikkelen of wilde zich profileren of onderscheiden met de betreffende module;
6. Er is enthousiasme om met het beschrijven van de module aan de gang te gaan, bijvoorbeeld omdat een gedragswetenschapper de meerwaarde ervan in zag.

De aanbieders vroegen we daarnaast een vijfde module achter de hand te houden om een betere spreiding over het totaal te kunnen bewerkstelligen.

Op 23 oktober 2008 vond de startbijeenkomst van het project plaats in Utrecht, de begeleiding van die dag was in handen van een externe voorzitter (Heleen Jumelet). Van de zeven zorgaanbieders waren naast de aandachtsfunctionarissen één of meer van de toekomstige schrijvers aanwezig evenals de overige betrokkenen bij het project (ondersteuners, programmacommissie, projectleider en de bestuurlijk trekker). De bestuurders van de zorgaanbieders en een vertegenwoordiger van de provincie werden in de laatste twee uur van de bijeenkomst geïnformeerd over de gemaakte selectie. Tijdens deze bijeenkomst zijn de samengestelde overzichten van het Utrechtse zorgaanbod bekeken en geanalyseerd, lichtte iedere zorgaanbieder de selectie van de vier modules toe en werd bekeken hoe de totale selectie van 28 modules was verdeeld over de zorgaanspraken en de verschillende doelgroepen.

De zorgaanbieders gaven in grote lijnen de volgende argumenten voor hun selectie:

- Er is al veel geschreven over module, er is voldoende documentatie/bronnen (soms is er al onderzoek beschikbaar), er is een methodiekbeschrijving beschikbaar.
- Het aanbod is net nieuw en er is nieuwsgierigheid naar de effectiviteit.
- De module is een belangrijk aanbod (de zorgaanbieder heeft er veel van beschikbaar of het vervult een 'spilfunctie').
- De doelgroep is redelijk afgebakend of uniek in de provincie (meiden, tienermoeders, specialistische pleegzorg).
- Er spelen discussies en vragen rond het aanbod: is het wel effectief, moet het aanbod op het terrein van de instelling blijven of juist niet?
- De module loopt goed: er is veel instroom en vraag, het wijkt enigszins af van het 'reguliere' (bijvoorbeeld KTC lichte variant).

Nadat het totaalplaatje van de selectie beschikbaar was hebben een aantal zorgaanbieders hun selectie herzien zodat de spreiding over de zorgaanspraken en de doelgroepen beter tot zijn recht kwam. Zo zijn er twee observatiemodules toegevoegd en besloten De Rading en Trajectum een vijfde module toe te voegen. In bijlage 1 is de uiteindelijke selectie opgenomen.

Fase 2: Beschrijven en onderbouwen modules

Na de eerste fase werd aan iedere geselecteerde module een schrijver gekoppeld (zie bijlage 2 voor een overzicht). Deze schrijvers werden verdeeld over drie werkgroepen waarmee ze drie workshops volgden die werden gegeven door de ondersteuners. Deze drie workshops maken onderdeel uit van het eerder genoemde ondersteuningspakket 'Beschrijven en onderbouwen van interventies'. De workshops besloegen ieder een dagdeel en vonden plaats op drie verschillende dagen eind november 2008, half januari en begin maart 2009. In drie stappen leerden de schrijvers de modules te beschrijven in het werkblad van de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Bijeenkomst 1 had als thema 'basiselementen van een interventie met potentie' en ging over de eerste onderdelen: doelgroep, doel en

aanpak/methodiek (onderdelen 1 t/m 4.1 werkblad). In bijeenkomst 2 zetten de schrijvers de stap naar theoretisch onderbouwen en leerden ze een ontstaans- en behandeltheorie te schrijven (onderdelen 4.2 en 4.3). In bijeenkomst 3 volgde tot slot het 'directe en indirecte bewijs' en de overige onderdelen (5 t/m 10). Voor iedere bijeenkomst was een uitgebreid draaiboek beschikbaar, bij de workshops hoorde een werkboek voor de schrijvers. Tussen de bijeenkomsten gingen de schrijvers aan de slag met de betreffende onderdelen van de beschrijving. Een concept van de tekst mailden ze vervolgens naar de ondersteuners die per e-mail feedback gaven. Ook gaven de ondersteuners de schrijvers adviezen voor de verdere aanscherping en verbetering van de module en gaven ze tips over bruikbare literatuur.

De provinciale programmacommissie beoordeelde de beschrijvingen in twee rondes, ze kwamen daarvoor bij elkaar op 12 februari en 26 maart 2009. Tijdens de eerste ronde werden 20 modules aan de commissie voorgelegd. Die maakte op basis van de beschrijvingen per module een inschatting van de kans op indienbaarheid bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies. Daarbij gaf de commissie aan of de module daadwerkelijk een interventie betrof, of de analyse van de problematiek van de doelgroep afdoende was en gaven de leden feedback op de onderbouwing van de methodiek. Eén van de leden van de commissie bereidde de beoordeling voor, tijdens de bijeenkomst werd op basis van consensus de uiteindelijke beoordeling bepaald.

Tijdens de tweede bijeenkomst beoordeelde de commissie 27 modules. De beschrijvingen van de modules werden ingedeeld in vier categorieën:

A: De module is indienbaar bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies op 1 mei 2009;

B: De module is indienbaar bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies tegen het einde van 2009, mits: verdere aanscherping plaats vindt (vaak met name van de doelgroep), dit proces prioriteit krijgt, soortgelijke modules met elkaar gaan samenwerken en er externe ondersteuning beschikbaar komt.

C: De module is mogelijk indienbaar bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies na 2009, mits: de module doorontwikkeld wordt naar een interventie met een duidelijke doelgroep en daarbij passende aanpak, er meer gebruik gemaakt wordt van de beschikbare kennis over wat werkt bij de betreffende doelgroep.

D: De module is niet indienbaar bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventie: De module is geen interventie (bijvoorbeeld observatie/diagnostiek, de module is een voorziening, de module is op dit moment veel te globaal.

Hiermee gaf de commissie een advies over de termijn waarop de module in te dienen. Daarnaast gaf ze de schrijvers adviezen hoe de modules verder te ontwikkelen richting erkenning.

Fase 3: Afronding en samenstelling jeugdzorgcatalogus

Begin april 2009 koppelden de ondersteuners in een laatste ronde de tweede beoordeling van de programmacommissie terug en voorzagen de tekst nog eenmaal van feedback. Op basis hiervan maakten de schrijvers een laatste versie van de beschrijving van hun module in het kader van dit project. Gezien de resultaten (daarover meer in hoofdstuk 2) en in overleg met de begeleidingscommissie is besloten de 29 beschikbare beschrijvingen (De Rading besloot in de loop van het project de beschrijving van CLAS op te pakken met de ontwikkelaar van die interventie, een zorgaanbieder buiten de provincie Utrecht) te bundelen. De wens van de opdrachtgever was een jeugdzorgcatalogus samen te stellen die overzicht geeft van het totale zorgaanbod in de provincie Utrecht en die ook als instrument kan dienen bij de indicatiestelling binnen het bureau jeugdzorg. Het samenstellen van een dergelijke catalogus die op verschillende manier te doorzoeken is, lijkt op dit moment nog een brug te ver. De medewerker van het NJi voerde een lichte redactie over de teksten uit waarna ze werden gebundeld op basis van de vier beoordelingscategorieën van de

programmacommissie. De bundel werd voorzien van een introducerende tekst waarin status van de beschrijvingen werd toegelicht en hoe de bundel te gebruiken. De bundel is als intern werkdokument onder de betrokkenen verspreid (Chênevert & Van der Steege, 2009).

2. Opbrengsten en resultaten

In dit hoofdstuk worden de opbrengsten van het project geschetst aan de hand van de vijf afgesproken resultaten die in het vorige hoofdstuk staan vermeld.

Resultaat 1: Opgeleide schrijvers

24 schrijvers verdeeld over drie werkgroepen volgden vrijwel allemaal alle workshops. Al snel in de tweede fase van het project bleken de workshops veel enthousiasme te generen over het toepassen van de 'effectiviteitsblik' op de eigen te beschrijven module. De schrijvers gaven aan veel te leren tijdens de workshops, de 'kritische blik' van buiten en de schriftelijke feedback op hun beschrijvingen (en daarmee op hun hulpaanbod) te waarderen en aan het denken gezet te worden over het eigen aanbod en wat daarin beter kan. De eerste stappen richting een kwaliteits- en effectiviteitsverbetering van het aanbod waren daarmee gezet. Ook de onderlinge uitwisseling tussen de schrijvers van de verschillende zorgaanbieders werd zeer gewaardeerd.

De evaluatie van de workshops ondersteunen deze bevindingen. We vroegen de schrijvers na afloop een schriftelijk evaluatieformulier in te vullen. De schrijvers beoordeelden de theoretische kwaliteit van de workshops en de ondersteuners als goed, gaven aan vaardigheden geleerd te hebben die bruikbaar zijn voor hun werk en de inhoud sloot aan op hun leerbehoefte. Het gemiddelde rapportcijfer lag tussen 7,6 en 8,0. Wel dachten veel schrijvers na de workshops nog ondersteuning nodig te hebben bij het toepassen van de geleerde vaardigheden. De tijdsplanning was volgens velen te krap, het leerrendement had hoger kunnen zijn door meer korte bijeenkomsten aan te bieden over een langere periode. Het maken van een beschrijving en theoretische onderbouwing vraagt ook tijd voor herschrijven en uitdenken. Een aantal schrijvers had graag een keer individueel met de ondersteuner naar de eigen beschrijving gekeken.

Resultaat 2: Overzicht totale Utrechtse aanbod en eerste analyse

Het totale aantal modules dat in de provincie Utrecht wordt aangeboden door de zeven zorgaanbieders bleek op het moment van de inventarisatie 106 te zijn. Gezamenlijk werd geconstateerd dat dit aanbod een grote diversiteit kent. Sommige modules zijn zeer afgebakende hulpvormen (bijvoorbeeld een netwerkverkenning), andere modules zijn eerder te typeren als een zorgprogramma bestaande uit meerdere onderdelen. Daarvan zijn vijf modules reeds opgenomen in de Databank Effectieve Interventies:

1. Beter met Thuis (J)²;
2. STOP 4-7 (Samen Sterker Terug op Pad) (Tr);
3. Families First (L);
4. PMTO (Parent Management Training Oregon) (R);
5. Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) (R).

Vijf modules waren in voorbereiding voor die Databank of stonden 'op de drempel' (dat betekent dat ze nog niet aan alle erkenningscriteria voldoen):

² De letters tussen haakjes achter de modules verwijzen naar de verschillende zorgaanbieders: C = Centrum voor Wonen, Zorg en Welzijn Midden Nederland (onderdeel Leger des Heils) voorheen: UJL), J = JooZT (onderdeel Leo Stichting Groep, voorheen: Valkenheide), L = Lijn5/ Meerwijck, R = De Rading, Ti = Timon, Tr = Trajectum, Z = Maatschappij Zandbergen.

1. Videohometraining (bij AIT in voorbereiding) – in Utrechtse zorgaanbod: VHT (C), VIB voor pleeggezinnen (R);
2. MKD (C; in voorbereiding bij Yorneo (voorheen Jeugdzorg Drenthe), zijn voornemens deze in te dienen bij de Erkenningcommissie);
3. Tien voor toekomst (C);
4. Pretty Women (R);
5. Ambulante Spoedhulp – in Utrechtse zorgaanbod: Spoedeisende gezinsinterventie (L);
6. CLAS-methodiek

Van de meeste beschikbare ambulante modules in het Utrechtse zorgaanbod werd de inschatting gemaakt dat deze grote overlap vertoonden met de interventies op dit terrein die reeds zijn opgenomen in de Databank (zoals: Gezin Centraal, IOG, Jeugdhulp Thuis en PPG).

De modules zijn geordend in twee tabellen naar zorgaanpakken (tabel A) en naar leeftijd/problematiek en locatie waar zorg werd verleend (tabel B). De tabellen zijn tijdens de startconferentie in een eerste ronde door de aanwezigen bekeken en geanalyseerd. In de tabellen vielen toen de volgende zaken op:

- Er zijn veel intensieve ambulante modules voor gezinnen beschikbaar die sterk op elkaar lijken en ook gelijkenis vertonen met soortgelijke interventies die reeds zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.
- Veel modules richten zich ongedifferentieerd op jeugdigen van 0 tot 18 jaar en hun gezinnen.
- Veel modules zijn gericht op jongeren boven de 12 jaar, daarbij is het merendeel van dit aanbod residentieel (in allerlei variaties).
- Er zijn veel verschillende variaties van pleegzorg beschikbaar.
- Er is opvallend weinig zorgaanbod specifiek gericht op kinderen en hun ouders in de leeftijd van 6-12 jaar. Dat wat er beschikbaar is betreft voornamelijk daghulp.
- Er is geen specifiek aanbod beschikbaar voor allochtone cliënten.
- Er is weinig hulpaanbod beschikbaar waarin een combinatie wordt geboden met onderwijs of met zorgaanbod uit andere sectoren.
- Regelmatig komen dezelfde modules bij verschillende zorgaanbieders voor.

Bij deze constatering moet de volgende kanttekening gemaakt worden. Om deze opvallende zaken daadwerkelijk te kunnen beoordelen is een vergelijking nodig met de behoefte aan ofwel vraag naar jeugdzorg in de provincie Utrecht nodig. De vraaganalyse die bureau jeugdzorg Utrecht jaarlijks opstelt biedt daarvoor nog onvoldoende handvatten.

Tijdens de startbijeenkomst werden 30 modules geselecteerd om te beschrijven en te onderbouwen (zie bijlage 1 voor een overzicht). Die selectie bevatte uiteindelijk nog de nodige overlap, zo werden meerdere modules dagbehandeling, kamertraining en crisisopvang geselecteerd en verschillende variaties van residentiële leefgroepen. Daarmee vormde de selectie een afspiegeling van het totale Utrechtse zorgaanbod. Aangetekend moet worden dat de selectie enigszins beïnvloed is doordat een beperking is aangebracht in de inbreng van ambulante modules. De zorgaanbieders kregen bij de selectie het advies geen modules in te brengen die enigszins overeenkwamen met de zeven modules Intensief Pedagogische Thuishulp die reeds zijn opgenomen in Databank Effectieve Jeugdinterventies (zie ook Van der Steege, 2007).

Resultaat 3: 29 beschreven modules; niet allemaal afdoende theoretische onderbouwde interventies

Gedurende het project werd duidelijk dat het niet simpel is modules die in de praktijk zijn ontstaan en ontwikkeld theoretisch te onderbouwen. Veel van de te beschrijven modules in dit project waren voorzieningen die al jarenlang bestonden en eind jaren '90 van de vorige eeuw zijn 'opgeknipt' of benoemd als modules. Een goede afbakening van de problematiek en kenmerken van de doelgroep bleek voor deze modules niet eenvoudig. Veel van de modules kennen een ongedifferentieerde instroom van kinderen en jongeren met allerlei problemen. Dit verhoudt zich slecht tot de notie van effectiviteit van interventies: het scherp hebben van de problematiek van de cliënten is nodig om de na te streven veranderingen te bepalen evenals welke aanpak/methodiek daarvoor nodig is. Immers, voor jongeren met ernstige gedragsproblematiek zijn andere methodieken/interventies nodig dan voor jongeren die kampen met de gevolgen van traumatische ervaringen of internaliserende problematiek. Om de effectiviteit van het Utrechtse jeugdzorgaanbod te verhogen is een nadere afbakening van de doelgroep van de verschillende modules nodig. In haar tussentijdse beoordeling gaf de programmacommissie aan dat de ontstaanstheorie van veel module onvoldoende was uitgewerkt. Een ontstaanstheorie houdt in dat duidelijk is welke problemen de jeugdigen precies hebben, welke factoren een rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding ervan en welke problemen de module beoogt de beïnvloeden. Veel beschrijvingen hadden volgens hen nog het karakter van 'voorzieningendenken' waarbij het bestaande zorgaanbod leidend is in plaats van de problematiek van de cliënten. De programmacommissie gaf aan dat er bij veel modules een kanteling nodig is naar doelgroep- en hulpvraaggericht denken: welke elementen van de module zijn nodig om de problemen te verminderen/ tegemoet te komen aan de hulpvraag van de cliënt? Dit betekent ook het formuleren van indicatiecriteria (en het hanteren hiervan in de praktijk).

Ook kostte het de schrijvers veel moeite de module te voorzien van een heldere behandeltheorie: waarom zou deze aanpak werken om de geconstateerde problemen op te lossen? De programmacommissie onderkende dit probleem: veel modules ontberen een heldere redenering die loopt van de kernproblematiek van de doelgroep met de instandhoudende risicofactoren, een focus op de problemen die de module aanpakt, een vertaling van deze problemen naar te bereiken doelen en een schets van de activiteiten/aanpak/methodiek die vervolgens wordt ingezet om de doelen te bereiken en daarmee de problemen te verhelpen. Als er sprake was van een (zorg)programma bestaande uit meerdere modules ontbrak vaak een aanduiding wanneer welke module wordt ingezet en hoe de relaties tussen deze onderdelen worden gelegd (transfer). De behandeltheorie werd daarnaast vaak eclectisch genoemd. Hiermee werd bedoeld dat er gebruik werd gemaakt van verschillende theorieën, daarbij ontbrak echter vaak een duidelijke koppeling van de activiteiten/middelen aan de doelen. Tot slot ontbrak de legitimatie van de (vaak lange) verblijfsduur nogal eens. Uit de beschrijving bleek dan onvoldoende waarom een behandelduur van 1,5 tot 2 jaar nodig is gezien de problematiek van de cliënten. Van een aantal modules was nog geen onderliggende documentatie, zoals een methodiekbeschrijving, beschikbaar. Vaak was dit terug te zien in de beschrijving van de methodiek, die was dan meestal weinig concreet.

Gedurende het project werd tot slot ook duidelijk dat niet alle modules te typeren zijn als een interventie gericht op verandering of verbetering van de situatie waarin de cliënt zich bevindt en het verminderen of draaglijk maken van problematiek. Dit gold in ieder geval voor de twee observatiemodules die observatie van de problematiek tot doel hebben en niet zozeer een verandering beogen. Ook bij andere modules is dit geconstateerd. Zo is het de vraag of een gezinshuis te typeren is

als een interventie. Dit lijkt eerder een meer 'care-achtige' module waarbij het bieden van een goed opvoedingsklimaat voor de kinderen die er wonen centraal staat.

Resultaat 4: Commitment en draagvlak

Er ontstond gedurende het project bij de zorgaanbieders draagvlak voor het werken aan de effectiviteit van het jeugdzorgaanbod in de provincie Utrecht. Het beschrijven en onderbouwen van modules is daarvoor een eerste stap. De schrijvers en aandachtsfunctionarissen zijn enthousiast over de gevolgde werkwijze en hebben zich het denken in termen van effectiviteit eigen gemaakt. Er is een ontwikkeling van de beschikbare jeugdzorgaanbod in gang gezet richting meer kwaliteit en effectiviteit.

De schrijvers hadden bij de start van het project de opdracht gekregen de beschrijving van de module te baseren op het bestaande zorgaanbod. In de loop van de tijd begon dit op gespannen voet te staan met de verbeterkansen die de schrijvers begonnen te zien. Graag wilden ze allerlei verbeteringen van het zorgaanbod in de beschrijving opnemen die op korte termijn doorgevoerd konden worden. Ook begonnen ze allerlei kansen te zien de module door te ontwikkelen en te verbeteren, bijvoorbeeld door werkzame elementen toe te voegen. De zorgaanbieders zijn hier uiteindelijk verschillend mee omgegaan. Zo hebben Timon en de Rading zich gericht op het beschrijven van het huidige aanbod om dit van daaruit verder te ontwikkelen. Andere zorgaanbieders hebben een aantal van hun beschrijvingen aangepast aan de verkregen inzichten en met het doel de effectiviteit te verbeteren. Het vraagstuk van de programma-integriteit komt hiermee aan de orde. Bekend is dat interventies die 'volgens het boekje' worden uitgevoerd betere effecten bereiken. Verbeteringen aanbrengen in de beschrijving van een module betekent nog niet dat deze verbeteringen ook in de praktijk zijn weerslag krijgen. Vaak vraagt het implementeren van deze verbeteringen nog de nodige aandacht.

Een belangrijk aandachtspunt bleef het verankeren van de ervaring die de schrijvers opdeden in de organisatie, eigenlijk gold dit voor alle zorgaanbieders. De schrijvers vonden het nogal eens lastig andere medewerkers van de module bij hun beschrijving te betrekken, de consequenties van de verbeteringen te agenderen bij het middenkader en ervoor te zorgen dat de beschrijving 'gedragen' werd door alle uitvoerders van die module. De relatief korte duur van het project was hier ook deels debet aan. De schrijvers gaven aan onvoldoende tijd te hebben tussen de workshops om hun beschrijving en de praktische consequenties van aangebrachte verbeteringen met anderen binnen de organisatie te bespreken. Sommige constatering bij het beschrijven konden immers verregaande consequenties hebben. De brede instroom van jongeren op een residentiële leefgroep versmallen tot specifieke problematiek heeft ook organisatorische consequenties, bijvoorbeeld voor de bezettingsgraad (zeker in de overgangperiode).

Het borgen van de opbrengsten van het project in de organisatie was ook voor de aandachtsfunctionarissen een vraagstuk waarover tijdens de platformbijeenkomsten regelmatig werd uitgewisseld. Hoe kunnen zij ervoor zorgen dat de consequenties van doorgevoerde verbeteringen geïmplementeerd worden, hoe de beschrijvingen levend te houden en de opgedane kennis over effectiviteit breder te verspreiden binnen de organisatie? Ook bij de Utrechtse zorgaanbieders moest dit project uitgevoerd worden naast allerlei andere vernieuwingen die eveneens de aandacht vroegen van de aandachtsfunctionarissen en de bestuurders.

Resultaat 5: Oordeel 29 modules op mate van 'indienbaarheid' bij Erkeningscommissie Jeugdinterventies en bijbehorend advies

De programmacommissie beoordeelde de modules in twee rondes en deelde ze als volgt in bij de eerder genoemde categorieën.

A: De module is indienbaar bij de Erkeningscommissie Jeugdinterventies op 1 mei 2009

1. Onderwijszorgarrangement De Optimist (4 – 7 jaar) (Tr)
2. Dagbehandeling kinderen met een ASS (3 – 7 jaar) (Tr)

B: De module is indienbaar bij de Erkeningscommissie Jeugdinterventies tegen het einde van 2009, mits: verdere aanscherping plaats vindt (vaak met name van de doelgroep), dit proces prioriteit krijgt, soortgelijke modules met elkaar gaan samenwerken en er externe ondersteuning beschikbaar komt.

1. Residentiële Behandelgroep de Jol (4-12 jaar) (C)
2. Lang Verblijfgroep De Reiger (9 – 18 jaar) (J)
3. MentorFaseHuis (15 – 18 jaar) (J)
4. Residentiële behandelgroep (12 – 18 jaar) (L)
5. Naschoolse dagbehandeling (4 – 12 jaar) (L)
6. Kamertrainingscentrum Basis (L)
7. Kamertrainingscentrum lichte variant (R)
8. Residentiële behandelgroep OP4 (4 – 12 jaar) (Tr)
9. IAG bij hechtingsproblemen (0 – 12 jaar) (Tr)
10. Baby en oudertraining (Tr)
11. Crisisopvang, observatie en ambulante crisis hulp (9-15 jaar) (Z)
12. Gefaseerde zelfstandigheidstraining (Z)

C: De module is mogelijk indienbaar bij de Erkeningscommissie Jeugdinterventies na 2009, mits: de module doorontwikkeld wordt naar een interventie met een duidelijke doelgroep en daarbij passende aanpak, er meer gebruik gemaakt wordt van de beschikbare kennis over wat werkt bij de betreffende doelgroep.

1. Klavertje 4 (6 – 13 jaar) (C)
2. Crisisopvang (12 – 18 jaar) (L)
3. Fides, meidenbehandelingsgroep (R)
4. Specialistische pleegzorg (R)
5. Leefgroep Bunnik (12 – 18 jaar) (Ti)
6. Talita, tienermoeders (16 – 23 jaar) (Ti)
7. Crisisopvang (12 – 22 jaar) (Ti)
8. Intensief specialistische behandeling Scheltemalaan (Z)

D: De module is niet indienbaar bij de Erkeningscommissie Jeugdinterventie: De module is geen interventie, de module is een voorziening, de module is op dit moment veel te globaal.

1. Perspectiefbiedende Gezinshuizen (4 t/m 18 jaar) (C)
2. Observatie/diagnostiek Nieuw Maliesteyn (2 – 9 jaar) (C)
3. Gezinshuis (0 – 18 jaar) (J)
4. Dagbehandeling 'Radar' (12 – 18 jaar) (J)
5. PIOP (Pedagogische Interventie en Observatie in Pleeggezinnen) (R)
6. Begeleidingscentrum (15 – 22 jaar) (Ti)
7. Gezinsgroep (0 – 18 jaar) (Z)

Twee modules waren aan het einde van het project gereed voor indiening bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies (A-categorie).

De programmacommissie was van mening dat bij de twaalf modules in de B-categorie nog een flinke investering nodig is, bij een aantal modules in deze categorie was ook de onderliggende documentatie nog niet op orde. Vaak is met name de doelgroep waar de module zich op richt nog te breed waardoor de ontstaanstheorie onvoldoende uitgewerkt is. Ook pleitte de commissie er sterk voor de beschrijving en onderbouwing van soortgelijke modules gezamenlijk op te pakken. Dit gold met name voor de drie modules rond crisisopvang en de verschillende modules die zich richten op kamertraining respectievelijk zelfstandig wonen. De commissie maakte de inschatting dat een gezamenlijke inspanning hierop tot een indienbare interventie moet kunnen leiden in de loop van 2009.

De modules in categorie C moeten volgens de programmacommissie eerst nog doorontwikkeld worden. Vaak betreffen deze voorzieningen die door een brede instroom van cliënten en geen duidelijke behandeltheorie onvoldoende theoretisch onderbouwd konden worden gedurende de projectperiode. Van belang bij deze modules is de cliëntenpopulatie nog eens goed onder de loep te nemen, te komen tot een afbakening van de doelgroep en een daarbij passende aanpak. Het dringende advies is bij deze doorontwikkeling gebruik te maken van de beschikbare kennis over wat werkt bij de betreffende doelgroep en/of gebruik te gaan maken van een reeds erkende interventie.

Het merendeel van de modules in categorie D zijn geen interventies, maar eerder te typeren als observatieprogramma's of 'care-achtige' vormen van zorg.

3. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de ervaringen opgedaan in het project 'Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht' en de in het vorige hoofdstuk geschetste opbrengsten en resultaten trekken we de volgende conclusies.

Conclusies

- 1) Met het project 'Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht' zijn de eerste stappen gezet om de effectiviteit van het zorgaanbod in deze provincie te verhogen. Het project genereerde bij de aandachtsfunctionarissen en de schrijvers veel enthousiasme voor deze manier van denken en een kritische blik naar de eigen modules. Ook verplaatste de focus van de betrokkenen zich gedurende het project steeds meer van het eigen aanbod (de bestaande voorzieningen) naar de problematiek van de cliënten waarop de module een antwoord moet bieden.
- 2) Het is niet eenvoudig modules die zijn ontstaan en ontwikkeld in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg te beschrijven en te voorzien van een theoretische onderbouwing. Het jeugdzorgaanbod in de provincie Utrecht is – zoals in veel andere provincies ook nog het geval is - ingericht naar voorzieningen/hulpsoorten en niet gericht op duidelijke afgebakende doelgroepen met specifieke problemen. In vrijwel alle modules is een ongedifferentieerde instroom van cliënten te zien die allerlei verschillende problemen hebben. Dit maakt de uitwerking van een ontstaanstheorie vrijwel ondoenlijk. Ook de aanpak/methodiek van de modules is vaak nogal ongedifferentieerd en eclectisch: ze bevatten allerlei theorieën en uitgangspunten, vaak slechts enkele elementen daaruit die niet of te weinig terugkomen in de concrete methodiek. Daarbij is er weinig verbinding tussen aanpak/methodiek, de doelstelling van de module (vaak is die onhelder en vaag) en de problematiek van de cliënten.
- 3) De oorspronkelijke ambitie van het project om 28 modules gereed te hebben voor indiening bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies is achteraf te ambitieus geweest. Het uiteindelijke resultaat is dat twee modules aan het einde van het project indienbaar zijn, bij de overige modules is een verdere aanscherping van de theoretische onderbouwing en/of een doorontwikkeling van de module nodig.
- 4) Opvallend is dat in de modulebeschrijvingen de beschikbare kennis over wat werkt bij bepaalde problematiek van cliënten weinig terug te zien is. Met name de kennis over wat werkt bij (ernstige) gedragsproblemen, ADHD, angst, depressie en multiprobleemgezinnen is bij veel modules uiterst bruikbaar om de aanpak te verbeteren (zie daarvoor de kennisdossiers bij deze problemen via <http://www.nji.nl> > Kennis > Onderwerpen).
- 5) Het totale zorgaanbod in de provincie Utrecht vraagt om een herordening en indikking. Op het moment van de inventarisatie in oktober 2008 onderscheidden de zorgaanbieders gezamenlijk 106 modules. Hierin is veel diversiteit en overlap te zien, veel modules hebben ongeveer dezelfde aanpak maar worden onder een andere naam gepresenteerd. Een oriëntatie die meer uitgaat van doelgroepen en minder van bestaande voorzieningen/hulpsoorten zal ook een herordening en indikking met zich mee brengen. De problemen en zorgbehoeften van cliënten laten zich hoogstwaarschijnlijk in een minder aantal categorieën/profielen onderscheiden waardoor het aantal modules waarschijnlijk aanzienlijk zal worden teruggebracht.
- 6) Niet alle modules bleken gedurende het project te typeren als een interventie. Sommige modules waren gericht op observatie en diagnostiek van de problemen van cliënten. Andere modules zijn als meer 'care-achtig' te typeren en beogen geen doelgerichte verandering in de situatie van de jeugdige. Deze modules bestaan bijvoorbeeld uit het bieden van een stabiel en langdurig

opvoedingsklimaat waarbinnen de jeugdige zich kan ontwikkelen. Het is van belang onderscheid te maken tussen interventies (die expliciet op verandering zijn gericht) en meer ‘care-achtige’ modules. Aan deze laatste zijn ook kwaliteitseisen te stellen, maar die zijn van een andere orde dan de criteria voor de mate van effectiviteit die aan interventies gesteld worden.

Hoe verder: enkele aanbevelingen

Aanbeveling 1: Werk verder aan de 29 modules waarvan de beschrijving en onderbouwing tijdens het project gestart is.

Hierbij kunnen de zorgaanbieders de volgende stappen zetten:

- Volg de adviezen van de programmacommissie op: werk verder aan de modules in categorie B, neem de modules in de categorieën C en D nog eens kritisch onder de loep. En stop met het beschrijven en onderbouwen van modules die eigenlijk geen interventie betreffen volgens het werkblad van de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Aan deze modules zijn andere eisen te stellen (zie aanbeveling 2).
- Breng vervolgens de onderliggende documentatie op orde. Van belang is vooral dat er een overdraagbare methodiekbeschrijving is.
- Meld de module aan voor erkenning bij het Nederlands Jeugdinstituut. Een medewerker van het NJi bekijkt samen met de ontwikkelaar/beschrijver of de module voldoet aan de inclusiecriteria. Daarna volgt indiening bij de Erkenningscommissie Jeugdinterventies volgt (zie voor de precieze procedure: <http://www.nji.nl> > Databank Effectieve Jeugdinterventies > Erkenning).
- Veranker het onderhouden en borgen van de uitvoering van de erkende module vervolgens in het kwaliteitsbeleid van de organisatie: hoe wordt de integriteit van de uitvoering bewaakt, hoe wordt een cyclus ingebouwd waarmee de uitvoering van de hulp (en daarmee de beschrijving) wordt aangepast op basis van praktijkervaringen, nieuwe wetenschappelijke inzichten of veranderingen in de problematiek van de doelgroep.

Aanbeveling 2: Maak onderscheid tussen interventies (cure) en meer ‘care-achtige’ modules die voornamelijk gericht zijn op het bieden van een langdurig, stabiel en kwalitatief goed opgroei- en opvoedklimaat.

Hierbij kunnen de zorgaanbieders de volgende stappen zetten:

- Start met het beschrijven van de ‘basiswerkwijze’ van de modules die voornamelijk zijn gericht op het bieden van een langdurig en stabiel opgroei- en opvoedklimaat. Beschrijf daarbij wat er nodig is om een kwalitatief afdoende opgroei- en opvoedingsklimaat te scheppen in bijvoorbeeld een pleeggezin, een gezinshuis of in een residentiële langverblijfgroep, en schets de criteria waaraan dit klimaat dient te voldoen.
- Houd de populatie en de instroom van dergelijke ‘care-achtige’ module continu scherp in de gaten. Is er bij deze jeugdigen echt geen doelgerichte verandering meer mogelijk? Of is de inschatting dat de inzet van een interventie kan leiden tot verbetering in de situatie of het gedrag van de jeugdige? Zodra er zich toch weer mogelijkheden aandienen om de problematiek van de jeugdigen en hun gezinnen te verhelpen dient de inzet van interventies overwogen te worden.
- Maak hierbij gebruik van kennis over wat werkt in kennisdossiers rond doelgroepen en rond werksoorten. Bij het Nederlands Jeugdinstituut zijn plannen in ontwikkeling om in 2009 en 2010 de ‘basismethodiek’ van een aantal van deze ‘care-achtige’ modules te ontwikkelen (gedacht wordt nu aan: gezinshuis, leefgroep langverblijf en de opvoedingsvariant pleegzorg).

Aanbeveling 3: Om de effectiviteit van het jeugdzorgaanbod in de provincie Utrecht te verhogen is het wenselijk dat de zorgaanbieders hun zorgaanbod op elkaar afstemmen, de overlap minimaliseren en zich specialiseren in een aantal afgebakende doelgroepen. Neem vervolgens de beschrijving van het resterende zorgaanbod gezamenlijk ter hand.

Hierbij kunnen de zorgaanbieders de volgende stappen zetten:

- Start met modules die inhoudelijk lijken op interventies die reeds zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies dezelfde naam te geven en ze volgens de richtlijnen uit te voeren. Dit is de meest eenvoudige manier om de effectiviteit van het zorgaanbod te verhogen.
- Het is nodig de modules van de verschillende zorgaanbieders onderling op elkaar af te stemmen, start daarvoor als eerste met soortgelijke modules dezelfde naam te geven. Trek vervolgens gezamenlijk op in het starten van een proces gericht op het minimaliseren van de overlap en het komen tot een grotere mate van specialisatie (doe niet allemaal meer van hetzelfde).
- Stel een 'top 10' op van de meest voorkomende problemen in de provincie Utrecht of laat iedere zorgaanbieder de drie belangrijkste probleemgroepen benoemen en beschrijven. Dit is niet eenvoudig, zoek hierbij ondersteuning. Mogelijke manieren om dit te doen zijn: het laten benoemen en beschrijven van de drie belangrijkste probleemgroepen door iedere zorgaanbieder, het (laten) uitvoeren van dossieronderzoek of vanuit concrete casuïstiek beeld opbouwen van doelgroep binnen bestaande module/werksoort. Hiervoor is ook de jaarlijkse vraaganalyse nodig van het bureau jeugdzorg die systematisch de belangrijkste probleemgroepen en hulpvragen in kaart brengt.
- Match deze doelgroepen/problemen aan het benodigde aanbod: welke jeugdzorgaanbod is nodig om op deze problemen een effectief antwoord te bieden? Leg dit benodigde aanbod vervolgens naast het beschikbare aanbod: welke aanbod is passend, welk aanbod is overbodig en waar zitten hiaten?
- Voer voor de geconstateerde hiaten in het zorgaanbod waar mogelijk bestaande interventies in die reeds bewezen effectief zijn of erkend, ga geen aanbod ontwikkelen dat elders al bestaat.
- Trek gezamenlijk op in het beschrijven en onderbouwen van het aanbod dat dan nog nodig is. Maak daarbij in belangrijke mate gebruik van de beschikbare kennis over wat werkt.
- Geef bij dit beschrijven en onderbouwen bij elke module aan hoe het resultaat zichtbaar moet worden in doelrealisatie, uitval, cliënttevredenheid en probleemreductie en neem de nodige maatregelen die de evaluatie van de modules ook daadwerkelijk op gang te brengen.
- Spreek hierbij ook af hoe op basis van uitkomsten van de evaluatie de modulebeschrijving bijgesteld gaat worden, zorg daarbij dat de onderbouwing en beschrijving gezamenlijk geborgd worden zodat er op den duur geen versnippering ontstaat en iedere zorgaanbieder toch weer zijn eigen module uitvoert.
- Trek als zorgaanbieders bij de voorgaande stappen gezamenlijk op. Spreek differentiatie in uitvoering af: laat elke zorgaanbieder die modules/interventies uitvoeren die passend zijn bij missie en visie. Met andere woorden, streef ernaar de verschillende problemen en bijbehorende modules te verdelen over de zorgaanbieders, ofwel probeer te komen tot enige 'herverdeling' van het aanbod of kom tot specialisatie. Betrek het bureau jeugdzorg hierbij als partner, ook de indicatiestelling moet op dit proces worden afgestemd.
- Een dergelijke omslag en herverdeling van aanbod heeft tijdelijke organisatorische consequenties zoals een niet-volledige bezetting en daardoor minder productiviteit.
- Werken met erkende interventies betekent dat zorgaanbieders cliënten zullen gaan 'selecteren' voor deze modules. Immers, niet alle cliënten kunnen van deze interventies profiteren. Soms is het om

bepaalde redenen nodig uitzonderingen te maken voor cliënten, van belang is deze goed te registreren en de voortgang van de hulp nauwkeurig te volgen.

Literatuur

- Bijl, B. (1996). *Innovaties in de jeugdhulpverlening. Over het rendement en de soliditeit van nieuwe programma's*. Academisch proefschrift. Leiden: DSWO Press.
- Bijl, B., Delicat, J.W. & Steege, M. van der (2008). Kennis naar boven brengen: voorbeelden uit de praktijk. In: Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Chênevert, C. & Steege, M. van der (2009; red.). *Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht*. Bundeling van de beschrijvingen van 29 modules. Intern document. Utrecht
- Delicat, J.W., Pijnenburg, H.M. & Veerman, J.W. (2003). *Op weg naar zorgprogrammering in Gelderland. Een eerste beoordeling van de kwaliteit van ontwikkelde jeugdzorgmodules*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, ACSW / Praktikon.
- Faas, M. (2009). *Meten = weten? Bouwen aan een wetenschappelijke en effectieve jeugdzorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Lysias Consulting Group (2006). *Diagnose doelmatigheid jeugdzorg provincie Utrecht*. Amersfoort: Lysias Consulting Group.
- Provinciale Staten Utrecht (2007). *Sturen in vertrouwen. Eindrapport van de beleidsauditcommissie van Provinciale Staten van Utrecht naar de rol van de provincie in de aansturing van de jeugdzorg*. Utrecht: Provinciale Staten.
- Provincie Utrecht (2008). *Utrechtse Jeugd Centraal. Vernieuwingsagenda van samenwerkende partners in de jeugdzorg, het lokale jeugdbeleid en de jeugdbescherming*. Utrecht: Provincie Utrecht.
- Steege, M. van der (2007). Intensief Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom. Naar een gouden standaard. *Jeugd en Co Kennis*, 4, p. 23-36.
- Steege, M. van der, Bijl, B., Delicat, J.W. & Wiltschut, M. (2008). *Werkboek: Beschrijven en onderbouwen van interventies. Ondersteuningspakket 4 Zicht op Effectiviteit*. Zie: <http://www.sejn.nl>.
- Veerman, J.W., Yperen, T. van, Bijl, B., Ooms, H. & Roosma, D. (2008). Praktijkgestuurd effectonderzoek maakt hulpverlening beter. Bouwen aan een effectievere jeugdzorg. *Jeugd en Co Kennis*, 4, p. 8-18.
- Wijk, P.J.Th. van, Wienke, D. & Slager, H.G. (2008). *Onderzoek sterkte zwakte analyse jeugdzorgaanbod provincie Utrecht*. Sliedrecht: WWRG & Partners.
- Yperen, T.A. van, Boendermaker, L. & Hellema, M. (2004). *Indicatie, modules en bekostiging*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T.A. van & Bommel, M. van (2009). *Erkenning interventies: criteria 2009-2010. Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies*. Utrecht/Bilthoven: NJi/RIVM.
- Yperen, T. van, Carati, C., Schuppert, J. & Vermunt, Chr. (2000). *Modules en programma's in de jeugdzorg. Eindadvies*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit : handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon
- Yperen, T.A., Veerman, J.W. & Bijl, B. (2008). *Praktijk, beleid en wetenschap verbinden*. In: Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- <http://www.sejn.nl>
- <http://www.nji.nl> > Databank Effectieve Jeugdinterventies
- <http://www.nji.nl> > Kennis > Onderwerpen

Bijlage 1 Selectie te beschrijven modules

Lijn 5 Meerwijck

Crisisopvang
Residentiële behandelgroep
Kamertrainingscentrum basis
Naschoolse dagbehandeling

De Rading

Kamertrainingscentrum lichte variant
Fides, meidenbehandelgroep
CLAS
Specialistische pleegzorg
PIOP (Pedagogische Interventie en Observatie in Pleeggezinnen)

Timon

Talita, tienermoeders
Begeleidingscentrum
Crisisopvang
Leefgroep Bunnik

Trajectum

Baby en oudertraining
Onderwijszorgarrangement De Optimist
Residentiële behandelgroep OP4
IAG bij hechtingsproblemen
Dagbehandeling kinderen met een ASS

Centrum voor Wonen, Zorg en Welzijn midden-Nederland

Residentiële behandelgroep de Jol
Perspectiefbiedende gezinshuizen
Klavertje 4
Observatie/diagnostiek

JooZT/ Leo Stichting Groep

Dagbehandeling Radar
Gezinshuis
Lang Verblijfgroep De Reiger
MentorFaseHuis

Zandbergen

Intensief specialistische behandeling Scheltemalaan
Gefaseerde zelfstandigheidstraining
Crisisopvang, observatie en ambulante crisishulp
Gezinsgroep

Bijlage 2 Aandachtsfunctionarissen en schrijvers per zorgaanbieder

Aandachtsfunctionarissen:

Centrum voor Wonen, Zorg en Welzijn Midden-Nederland (C):	Yvonne Meijer
De Rading (R):	Angenieta van Giessen
JooZT/ Leo Stichting Groep (J):	Evert Hendriksen
Lijn 5 Meerwijck (L):	Lydia Spobeck
Timon (Ti):	Robert Booij
Trajectum (Tr):	Ans van Wijk
Maatschappij Zandbergen (Z):	Erik Klaassen

<i>Naam module (aanbieder)</i>	<i>Schrijver</i>
1. Residentiële behandelgroep (L)	Lydia Spobeck
2. Crisisopvang (L)	Lydia Spobeck
3. Residentiële behandelgroep OP4 (Tr)	Pinie Smits
4. Leefgroep Bunnik (Ti)	Natasja Hoogendijk
5. Fides, meidenbehandelgroep (R)	Hanny van der Sluijs
6. Residentiële behandelgroep de Jol (C)	Judith Jonkers
7. Klavertje 4 (C)	Joke Dingemans
8. Intensief specialistische behandeling Scheltemalaan (Z)	Ivonne Maas-Lamberix
9. Lang Verblijfgroep De Reiger (J)	Janneke de Heus
10. Gezinshuis (J)	Janneke de Heus

<i>Naam module (aanbieder)</i>	<i>Schrijver</i>
1. Naschoolse dagbehandeling (L)	Kirsten Wennemers
2. Kamertrainingscentrum basis (L)	Hannie Vermeulen
3. IAG bij hechtingsproblemen (Tr)	Anja van der Marel
4. Talita, tienermoeders (Ti)	Joan Pieter Kraaijeveld
5. PIOP (Pedagogische Interventie en Observatie in Pleeggezinnen) (R)	Danielle Oomen
6. CLAS (R)	Danielle Oomen
7. Crisisopvang, observatie en ambulante crisishulp (Z)	Emy van Kessel
8. MentorFaseHuis (J)	Ester Vollenbroek
9. Dagbehandeling Radar (J)	Ester Vollenbroek
10. Gezinsgroep (Z)	Larissa Houwer

<i>Naam module (aanbieder)</i>	<i>Schrijver</i>
1. Onderwijszorgarrangement De Optimist (Tr)	Yvonne Kooijman
2. Dagbehandeling kinderen met een ASS (Tr)	Yvonne Kooijman
3. Baby en oudertraining (Tr)	Jitty Runia
4. Begeleidingscentrum (Ti)	Anja Frederikze

5. Kamertrainingscentrum lichte variant (R)	Angenieta van Giessen
6. Specialistische pleegzorg (R)	Angenieta van Giessen
7. Perspectiefbiedende gezinshuizen (C)	Josephine van Heusden
8. Observatie/ diagnostiek (C)	Marjo Henkens
9. Gefaseerde zelfstandigheidstraining (Z)	Petra Vaessen
10. Crisisopvang (Ti)	Robert Booij