

Samenwerken om bij middelenproblematiek tijdig te signaleren, door te verwijzen en te behandelen

Voorbeelden van verslavingspreventie en -zorg voor kwetsbare jongeren in de jeugdsector

Chrisje Couwenbergh

Elske Wits

Colofon

Samenwerken om bij middelenproblematiek tijdig te signaleren, door te verwijzen en te behandelen

Voorbeelden van verslavingspreventie en -zorg voor kwetsbare jongeren in de
jeugdsector

Met dank aan allen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, via interviews, het aanleveren van
informatie of deelname aan de Invitational Conference.

Auteurs:

Chrisje Couwenbergh

Elske Wits

Rotterdam, 2013

In opdracht van:



IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T +31 10 425 33 66

F +31 10 276 39 88

E secretariaat@ivo.nl

W www.ivo.nl

Voorwoord

Van zorgaanbieders wordt verlangd dat ze vraaggestuurd gaan werken. Niet hun aanbod, maar de hulpvraag van de cliënt moet centraal staan in de geboden hulp. Dit gegeven is niet nieuw, maar krijgt voor de jeugdsector, waaronder de jeugdverslavingszorg en –preventie een sterke stimulans door de transitie van de jeugdzorg van provincies naar gemeenten. Verschillende jeugd- en preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen zijn de afgelopen jaren (nog) meer naar buiten gericht en integraal gaan werken, samen met verschillende jeugddisciplines en vaak in nauwe samenwerking met partners uit de jeugdsector. Op verzoek van Resultaten Scoren heeft het IVO deze ontwikkeling in beeld gebracht met als doel na te gaan wat goed werkt en welke knelpunten aandacht behoeven. Vier mooie voorbeelden van multi- of interdisciplinaire behandeling worden in dit rapport beschreven.

Dit IVO onderzoek naar samenwerking in de jeugdsector vormt een onderdeel van het brede project “Van kwetsbaar naar weerbaar” dat de Stichting Resultaten Scoren vanaf 2010 voor het ministerie van VWS heeft uitgevoerd. Dit project heeft in samenwerking met andere kennispartners in het jeugdveld veel kennis, verschillende interventies, instrumenten en adviezen opgeleverd rondom preventie, behandeling en zorg voor kwetsbare jongeren met problematisch middelengebruik. Meer hierover is te lezen in het gelijknamige eindrapport op www.resultatenscoren.nl.

Dit rapport is bedoeld voor managers, staf en beroepsgroepen in de jeugdverslavingszorg, jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugdgezondheidszorg, maar ook voor beleidsmedewerkers en bestuurders van gemeenten en ministeries die zich richten op deze doelgroep. Wij hopen dat de voorbeelden in dit rapport hen zullen inspireren om middelenproblematiek bij kwetsbare jongeren nog beter te herkennen en in goede onderlinge samenwerking aan te pakken.

Prof. dr. Dike van de Mheen
Directeur Onderzoek en Onderwijs, IVO

Samenvatting

Achtergrond

Een goede samenwerking tussen instellingen voor jeugdverslavingszorg (JVZ) en jeugdpartners is van belang om kwetsbare jongeren met middelenproblematiek en bijkomende problemen adequaat te helpen. Een combinatie van problemen zoals verslaving, psychiatrische problemen, delinquent gedrag of een licht verstandelijke beperking (LVB) komt regelmatig voor en vergt in de aanpak een samenspel van verschillende disciplines. In opdracht van Resultaten Scoren, Kenniscentrum Verslaving, heeft onderzoeksinstituut IVO aan de hand van een praktijkinventarisatie onderzocht hoe deze samenwerking het beste kan worden vormgegeven. Doelstellingen van het project zijn:

- 1) het geven van een overzicht van samenwerkingsrelaties tussen jeugdvoorzieningen op het gebied van verslavingsproblematiek in Nederland, inclusief knelpunten en succesfactoren;
- 2) het geven van een beschrijving van de aard, inhoud en het werkproces van vier voorbeeldprojecten, uitmondend in enkele criteria waaraan samenwerkingsrelaties zouden moeten voldoen om een integraal, sluitend aanbod te kunnen leveren.

Dit is gedaan via een veldonderzoek naar de opzet en kenmerken van bestaande samenwerkingsverbanden tussen deze partijen. Met deze inventarisatie werden bestaande initiatieven vanuit de JVZ in beeld gebracht en zijn vier voorbeelden van integrale behandeling van middelenproblematiek (risicovol middelengebruik, misbruik en verslaving) bij kwetsbare jeugdigen in detail beschreven. Jeugd- en preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen (in dit rapport beide afgekort onder de algemene noemer JVZ) zijn vaak al bij verscheidene samenwerkingsverbanden op het gebied van jeugd aangehaakt, of hebben zelf een samenwerkingsverband opgezet. In het huidige project is nagegaan hoe deze initiatieven in de praktijk verlopen. Vier veelbelovende projecten zijn beschreven door ze gedurende een periode van enkele maanden te bezoeken en meerdere medewerkers te interviewen. Er is gekozen om te focussen op voorbeeldprojecten binnen de behandelcontext, omdat daar de samenwerkingsvorm vaak zeer intensief en complex is, wat voor de inhoud en organisatie veel vragen opwerpt. De voorlopige resultaten van het gehele onderzoek zijn besproken in de *Invitational Conference Samenwerkingsverbanden JVZ (2012)* waar verschillende experts op het gebied van jeugd aanwezig waren. Toegewerkt is naar criteria waaraan samenwerkingsverbanden zouden moeten voldoen om een integraal, sluitend aanbod te kunnen leveren. Deze zijn in de vorm van aanbevelingen geformuleerd. Onderaan deze samenvatting zijn de beschrijvingen van de onderzochte praktijkvoorbeelden te vinden.

Inventarisatie van bestaande samenwerkingsrelaties

Uit de inventarisatie van bestaande samenwerkingsrelaties blijkt dat instellingen voor JVZ (zowel de behandel- als preventie afdelingen) zeer actief zijn in allerlei vormen van samenwerking met andere jeugdpartners. Omdat deze samenwerkingsverbanden vaak informeel, lokaal, zeer divers en talrijk zijn, is het lastig een compleet beeld op organisatieniveau te krijgen. Uit de inventarisatie komen drie algemene typen samenwerkingsverbanden waar de JVZ in participeert naar voren:

1. Samenwerkingsverbanden om af te stemmen (met name gemeentelijke netwerken);
2. Samenwerkingsverbanden om signalering en verwijzing naar zorg te verbeteren;

3. Samenwerkingsverbanden binnen de behandeling of begeleiding.

Deze drie typen samenwerkingsverbanden hebben ieder hun eigen kenmerkende aandachtspunten maar ook enkele algemene. Een vaak gehoord algemeen knelpunt is dat het gebrek aan integrale landelijke wet- en regelgeving en financiering samenwerking belemmert. De financieringssystematiek is daarnaast in beweging met de transitie van de jeugdzorg naar de gemeente. Op een aantal beleidsmatige aandachtspunten heeft de JVZ zelf meer invloed:

- Het afstemmen van protocollen, richtlijnen en ROM tussen de JVZ en de Jeugd-GGZ en jeugdzorg kan samenwerking vergemakkelijken.
- Een gezamenlijke intersectorale visie op middelengebruik, waarin verschillende perspectieven, normen en waarden wordt overstegen, is van groot belang om de (be)handelingsverlegenheid aan te pakken.
- Er is behoefte aan kennis over signalering en motivering bij verslavingsproblemen bij jeugdpartners van de JVZ. In een co-behandelingsconstructie en met de juiste organisatie bijvoorbeeld, kan de financiële last hiervoor beperkt blijven (zie voor een beschrijving het voorbeeldproject van Tactus en Pactum).
- Samenwerking van JVZ met jeugdpartners kan tot slot worden bevorderd door een goed intern afgestemd aanbod voor jeugd (van preventie tot en met behandeling) binnen verslavingszorginstellingen. De scheiding van preventie, behandelingstaken en verslavingsreclassering is intern vaak duidelijk, maar voor samenwerkingspartners niet altijd helder. Zij willen graag één aanspreekpunt waar ze voor alle problemen terecht kunnen.

Analyse: succesfactoren in voorbeeldprojecten van integrale behandeling

Wat betreft het organisatorisch vormgeven van samenwerkingsverbanden rond de **behandeling** van jongeren met middelenproblematiek komen uit de vier beschreven voorbeeldprojecten enkele relevante succesfactoren naar voren:

- *Onderhouden van relaties*: **korte lijnen** en persoonlijke relaties, zowel intern als extern zijn essentieel. Een duidelijk aanspreekpunt of ‘trekker’ helpt om de lijnen kort te houden.
- *Vernieuwen*: de ruimte, tijd en de middelen om te **pionieren**. Daarvoor is nodig het directe commitment vanuit het bestuur, het selecteren van het juiste type creatieve en ervaren medewerkers, teambuilding en het creëren van een nieuwe gezamenlijke cultuur.
- *Inbedding*: ook de afstemming en integratie van de werkwijze met de eigen organisatie is niet altijd eenvoudig en vraagt **onderhoud**. Vaak wordt binnen de samenwerkingsverbanden onconventioneel en flexibel gewerkt. Dat levert soms spanning op met de werkwijze in de grotere staande organisaties van de samenwerkingspartners. Het initiatief loopt daarmee de kans op een eiland te komen staan. De continuïteit is daarmee in gevaar en het brengt de medewerkers van de samenwerking in een loyaliteitsvraagstuk tussen de verantwoordelijkheden naar hun eigen organisatie en de samenwerking.

Aanbevelingen voor toekomstige initiatieven

Op basis van de resultaten van deze inventarisatie en verdieping kan een aantal aanbevelingen worden geformuleerd voor samenwerkingsinitiatieven tussen de JVZ en haar jeugdpartners:

1. Een inhoudelijke basis: stel vanuit een gezamenlijk gevoelde noodzaak en urgentie een visie op de aanpak en inhoud van de samenwerking vast.

2. Duidelijke afspraken: maak vervolgens afspraken over taken en verantwoordelijkheden, regie, financiering en informatie-uitwisseling. Verlies daarbij niet uit het oog dat alle hulpverleners de plicht hebben 'verantwoordelijkheid' te nemen voor hun cliënt.
3. De juiste mensen: goede persoonlijke relaties en onderling vertrouwen binnen een samenwerkingsverband zijn cruciaal. Om dat te bereiken is - naast een gedeelde inhoudelijke visie en duidelijke afspraken - ook het juiste profiel van medewerkers nodig. Bij complexe problemen die meerdere sectoren bestrijken moet soms worden geïmproviseerd en naar pragmatische oplossingen worden gezocht.
4. Een stevig mandaat en vertrouwen vanuit de eigen organisatie: steun en ruimte vanuit het management en bestuur is noodzakelijk om iets nieuws te kunnen ontwikkelen. Integrale zorg vraagt soms om een andere benadering en organisatie van werken. In plaats van sturing op processen en output (controle en beheersing) zou er meer sturing op outcome (maatschappelijke opbrengst) kunnen plaatsvinden.
5. Een goede inbedding in de eigen organisatie: een samenwerkingsverband kan een positieve *spin off* hebben naar de bredere organisatie. Het kan een inspirerend nieuw perspectief brengen en uitnodigen om ook over de eigen interne schotten heen te kijken en te werken aan de integratie van preventieve en behandelingsactiviteiten en verslavingsreclassering.
6. Inbedding in de bredere keten: om goede en continue zorg te garanderen, moet ook het verdere zorgpad worden gewaarborgd. Te vaak is een (verleden van) verslaving een contra-indicatie voor een vervolgplek in een kamertraining/ begeleid wonen programma. Oplossingsrichtingen zijn bijvoorbeeld om samen met een Ribw een gespecialiseerd aanbod te ontwikkelen voor deze doelgroep of om deze jongeren bij hun uitstroom zelf ambulante te blijven begeleiden.
7. Lange termijnvisie: een samenwerking wordt vaak pas na een aantal jaren productief en rendabel, dus een langere termijn perspectief en regelmatige evaluatie zijn belangrijk. Borging van een bestaande samenwerking blijft ook op de langere termijn tijd vragen.

Voorbeeld: Dubbeldiagnose Jeugd afdeling van GGZ Dimence

Aard & inhoud

Sinds 2009 is binnen GGZ Dimence de Dubbeldiagnose Jeugd afdeling van start gegaan. Deze afdeling richt zich op jongeren tussen de 12 en 23 jaar met gecombineerd problematisch middelengebruik en (een vermoeden van) psychiatrische problematiek met een normale intelligentie (IQ > 85). Binnen de afdeling werken vele disciplines samen.

De afdeling bestaat uit een polikliniek, MDFT-team, dagbehandeling en twee (open) klinische afdelingen. Op de polikliniek wordt individuele en systemische ambulante behandeling geboden. Indien een poliklinische behandeling ontoereikend is vanwege aard of ernst van de problematiek, kan gekozen worden voor een klinische opname. De jongeren gaan gedurende de opname niet standaard naar school/stage/werk.

Verwijzing

Alle nieuwe aanmeldingen komen binnen via de polikliniek. Daar wordt met een vaste intake procedure (inclusief standaard instrumenten) onderzocht welke verdere diagnostiek en behandeling geïndiceerd is. De intake procedure bestaat uit twee gesprekken met een poli-behandelaar. Deze gesprekken dienen om de hulpvraag te verhelderen, de motivatie en de systeemproblematiek in te

schatten, en uitleg te bieden. Naar aanleiding van de bevindingen uit deze twee eerste gesprekken wordt in een centraal multidisciplinair overleg (het indicatieberaad) een gezamenlijk advies voor verdere diagnostiek en behandeling opgesteld. Afspraak is om naast een eerste screening op psychiatrische en maatschappelijke problematiek, de verslavingsdiagnostiek prioriteit te geven voorafgaand aan dit indicatieberaad. Daarmee kan een zorgzwaartepakket worden bepaald. Verdere psychiatrische diagnostiek wordt (indien nodig) in een later stadium verder uitgevoerd.

Afspraken over samenwerking

Intern is de Dubbeldiagnose Jeugd ondergebracht binnen het circuit Verslavingszorg van GGZ Dimence. Met de Dubbeldiagnose afdeling voor volwassenen is er een uitwisseling van kennis en kunde. Ook met de Kinder & Jeugd psychiatrie binnen GGZ Dimence zijn er korte lijnen.

Extern wordt samengewerkt met vele samenwerkingspartners, vaak op casusniveau. Met sommige partijen is er een nauwe informele samenwerkingsrelatie (bijvoorbeeld de jongeren RIBW) en soms zijn de afspraken geformaliseerd (zoals bij de alcoholintoxicatiepoli met de kindergeneeskunde en Tactus).

De Dubbeldiagnose Jeugd heeft geen eigen preventie aanbod. Dat heeft tot gevolg dat de Dubbeldiagnose Jeugd weinig outreachend werkt en minder zichtbaar is in het veld. Een intensievere verbinding tussen het behandelaanbod van de Dubbeldiagnose Jeugd en preventief aanbod zou mooi zijn. Ook is bij samenwerkingspartners vraag naar outreachende hulp bij motiveringsproblemen bij verwijzing.

Voorbeeld: Co-behandeling Tactus Verslavingszorg en Pactum Jeugdzorg

Aard & inhoud

Pactum Jeugdzorg werd binnen hun residentiële voorzieningen steeds vaker met bijkomende verslavingsproblematiek geconfronteerd. In 2008 is daarom een officiële samenwerkingsovereenkomst getekend met Tactus Verslavingszorg voor een gezamenlijke integrale aanpak. De samenwerking richt zich vooral op jongeren tussen de 12 en 23 jaar binnen de residentiële jeugdzorg van Pactum, waarbij middelen- of verslavingsproblematiek (bv. gokken en gamen) wordt geconstateerd. Het betreft jeugdigen met een complexe hulpvraag, die behoefte hebben aan het jeugdhulp aanbod van Pactum aangevuld met het specialistisch verslavingshulp aanbod van Tactus.

Binnen de samenwerking is er een gezamenlijke methodiek opgezet voor screening op verslavingsproblematiek bij de intake door Pactum volgens stoplichtmethodiek; er wordt een risico-inventarisatie gemaakt om de fase en ernst van middelengebruik aan te geven, signalering tijdens de behandeling door Pactum en laagdrempelige outreachende co-behandeling door Tactus. Voor integrale zorg wordt behandeling door Tactus opgenomen in behandelplan van jongere bij Pactum, en is eens in 2 maanden evaluatiegesprek tussen behandelaar Tactus, jongere en mentor Pactum.

In de samenwerkingsovereenkomst zijn inhoudelijke, maar ook financiële en bedrijfsmatige taken en verantwoordelijkheden vastgelegd in werkafspraken. Pactum blijft eindverantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg en behoudt de regie over het totale behandelpakket. Tactus is alleen

verantwoordelijk voor de uitvoering van de behandeling gericht op verslavingsproblematiek. Over de informatie-uitwisseling zijn geen verdere afspraken vastgelegd; de dossiers blijven gescheiden.

Het afstemmen van de visie op middelengebruik tussen de twee betrokken organisaties is een punt van aandacht geweest. Binnen de jeugdzorg kijkt men over het algemeen beheersmatig tegen middelengebruik aan. De training van de teams door de preventiewerkers van Tactus hebben op dit vlak tot een kentering in het denken geleid. Er is nu meer aandacht voor de achterliggende reden van het gebruik. In de behandeling van Tactus is veel aandacht voor motivatie van de jongeren. De verschillende benadering bij middelengebruik tussen Pactum en Tactus is in de praktijk verder geen probleem. De jongeren zien de behandelaar van Tactus als onafhankelijk. Soms wordt ook gebruik gemaakt van de verschillende posities (*good cop/bad cop*).

Verwijzing

Als de jongere na screening of via groepsleiding wordt doorverwezen naar Tactus is een aparte indicatie voor de Jeugd-GGZ nodig. De mentor van Pactum begeleidt dit proces en vraagt een verwijsbrief van de huisarts. De mentor brengt ook de jongere en de behandelaar van Tactus in contact en geeft uitleg over de redenen voor doorverwijzing. Vervolgens start de intakeprocedure van Tactus die bestaat uit twee gesprekken: 1) verhelderen hulpvraag en goed algemeen beeld van jongere krijgen, 2) gestandaardiseerde screening op verslavingsproblematiek en psychopathologie. De bevindingen van deze gesprekken vormen de basis van het advies en behandelplan van Tactus. Dit wordt, na overleg met Pactum, opgenomen in het algemene hulpverleningsplan dat uiteindelijk door de jongere en zijn/haar ouders wordt ondertekend.

Afspraken over samenwerking

De samenwerking tussen Tactus en Pactum wordt twee keer per jaar op managementniveau geëvalueerd. Binnen Tactus is deze outreachende werkwijze niet uniek. Door zowel ambulante behandelaars als de preventieafdeling van Tactus wordt veel afgestemd met Pactum en de jongeren. Ook voor Pactum is deze samenwerking niet uitzonderlijk en sluit aan bij de visie van de organisatie om specialistische zorgpartners bij de behandeling te betrekken en kwaliteit voorop te stellen. Er wordt organisatie breed gewerkt vanuit de oplossingsgerichte werkwijze.

Voorbeeld: Gesloten behandelvoorziening DOK3

Aard & inhoud

DOK3 is een in 2011 gestarte behandelvoorziening voor jongeren met meervoudige problematiek. Het is een initiatief van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), Het Poortje Jeugdinrichtingen (expertise: gedrags- en psychiatrische problematiek), en Driever's Dale (expertise: licht verstandelijke beperking (LVB)). Deze samenwerking is ontstaan doordat deze drie organisaties tegen de eigen grenzen aanliepen bij de behandeling van jongeren met een combinatie van deze problemen.

DOK3 is een residentiële gesloten behandelvoorziening voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar met een combinatie van gedragsproblematiek, psychiatrische problematiek of verslavingsproblematiek en/of een licht verstandelijke beperking. Essentieel in het ontwerp van aanpak is het gezamenlijke IDU (Instroom-Doorstroom-Uitstroom) overleg, waar de behandeling van iedere cliënt individueel wordt bepaald en gevolgd. Een multidisciplinair team stelt in overleg met de cliënt en zijn/haar

ambulante behandelaar vast welke problematiek op de voorgrond staat bij deze cliënt en bij welk van de drie beschikbare 'behandelmilieus' hij/zij wordt geplaatst. Het Poortje heeft het voortouw als dit psychiatrische problematiek is, VNN bij verslavingsproblematiek, en Driever's Dale bij LVB. Er wordt weliswaar bepaald welke problematiek op de voorgrond ligt, maar kenmerkend voor de doelgroep van DOK3 is de combinatie van problemen. Binnen de behandelgroepen wordt daarom ook gestreefd naar een bepaalde mate van heterogeniteit van problematiek. Het onderwijs (op locatie beschikbaar via Het Poortje) wordt ook gezamenlijk gevolgd. Het feit dat jongeren kunnen werken aan certificaten is een substantieel onderdeel van de behandeling en het succes ervan.

Binnen de behandelteams werken verschillende disciplines samen, en binnen elk behandelmilieu kan de expertise van alle partners ingezet worden. Deze uitwisseling wordt gestimuleerd op verschillende manieren. Men spreekt intern dan ook niet meer van verschillende organisaties, maar van een gezamenlijke DOK3 aanpak. Tijdens de behandeling doorlopen jongere en gezin vier fases: 1) wederzijdse kennismaking en observatie, 2) competentieanalyse en aanleren vaardigheden, 3) versterken identiteit van jongere, 4) afsluiten behandeling en voorbereiden op vervolg na DOK3.

Verwijzing

Aanmeldingen komen binnen via de samenwerkingspartners in de tweede ring, de eigen moederorganisatie en uit de bredere netwerken van de drie instellingen. Ook heeft DOK3 steeds vaker een bovenregionale functie voor aanmeldingen vanuit het hele land. DOK3 kent geen standaard screening; toewijzing gebeurt door dossierscreening en een gesprek met ouders en jongere.

Afspraken over samenwerking

De juridische basis voor de gesloten behandeling in DOK3 verschilt per jongere. Door de drie verschillende kaders van wet- en regelgeving van de drie betrokken organisaties kunnen jongeren worden opgenomen vanuit verschillende wettelijke kaders. De jongeren worden ingeschreven bij de moederorganisaties waar ze worden aangemeld. Echter, de formele registratie bepaalt niet het behandelmilieu; dat wordt zorginhoudelijk bepaald. Jongeren binnen één behandelgroep zijn dus bij verschillende organisaties ingeschreven met alle een eigen kader van wet- en regelgeving. In de ontwikkeling van DOK3 zijn inhoudelijke, maar ook financiële en bedrijfsmatige verantwoordelijkheden vastgelegd in een projectplan en projectstructuur. De gezamenlijke projectgroep is eindverantwoordelijk voor behandeling en in een stuurgroep zijn alle drie de Raden van Bestuur vertegenwoordigd.

Andere (gesloten) residentiële instellingen verwijzen door naar DOK3 voor een korte detox-opname om daarna zelf verder te behandelen. Om hierbij goede zorgtrajecten en continuïteit van zorg te kunnen bieden zijn afspraken met deze externe ketenpartners nodig. Op het gebied van uitstroom zoekt DOK3 naar samenwerkingsmogelijkheden, maar vervolgaanbod is lastig vanwege de voorgeschiedenis van middelenmisbruik en gesloten opname.

Voorbeeld: MDFT Palmhuis/de Jutters en Parnassia Brijder

Aard & inhoud

De formele samenwerking tussen het Palmhuis, onderdeel van de Jutters Jeugd-GGZ, en de Brijder Verslavingszorg, onderdeel van de Parnassia Bavo Groep, loopt sinds 2003. Voor de Europese INCANT studie (International Cannabis Need of Treatment) was een bundeling van expertise noodzakelijk. Zodoende werd één gezamenlijk MDFT behandelteam gevormd van het Palmhuis en de Brijder, dat momenteel nog steeds werkzaam is.

Het MDFT team biedt ambulante hulp aan jongeren tussen 12 en 23 jaar met forensische problemen en bijkomende middelenproblematiek die op meerdere leefgebieden zijn vastgelopen of dreigen vast te lopen (meervoudige problematiek). Vaak worden de jongeren niet vrijwillig, maar met een OTS of jeugdreclasseringsmaatregel aangemeld, en zijn ze vaak weinig of vooral extern gemotiveerd.

MDFT is een evidence-based en (semi-)geprotocolleerde behandeling. Kenmerkend voor de aanpak is de outreachende aard van het werk. In feite is MDFT een combinatie van therapie en therapeutisch casework. Motivering is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het opbouwen van (therapeutische) relaties met de jongere, ouders, het gezin en belangrijke derden is essentieel, waarbij zoveel mogelijk wordt geprobeerd naast de jongere te staan.

De forensische doelgroep kent veel middelenmisbruik. Het is daarom een meerwaarde om voor deze doelgroep samen te werken in één team en geen afzonderlijke benadering te hebben voor de verslavings- en Jeugd-GGZ problematiek. Aanvankelijk waren er duidelijke cultuurverschillen tussen de medewerkers vanuit de Jeugd-GGZ en de verslavingszorg, waarbij de laatsten informeler en persoonlijker met elkaar omgingen. Het over en weer integreren van elkaars werkcultuur was bevorderend voor de teamvorming. De registratie en administratie van de Brijder en het Palmhuis verloopt geheel gescheiden.

Verwijzing

Aanmeldingen lopen via ketenpartners van het Palmhuis/de Jutters of via de Brijder. De meeste aanmeldingen komen binnen via BJZ als er een OTS of reclasseringsmaatregel is opgelegd. De Brijder en de Jutters hebben ieder hun eigen intakeprocedure en screeningsinstrumenten. Welke screening wordt gedaan hangt af van waar de aanmelding binnenkomt en de cliënt wordt ingeschreven. Voor verdere diagnostiek en medicatie is de psychiater vanuit de organisatie waar de jongere is aangemeld verantwoordelijk. In het kader van het ROM traject zal er mogelijk tot meer afstemming gekomen (moeten) worden.

Afspraken over samenwerking

Bij aanvang zijn de formele afspraken over de samenwerking op papier gezet. Momenteel wordt er vooral gewerkt op basis van vertrouwen en de inhoudelijke methodiek. Afspraken over taken, verantwoordelijkheid en structuur staan niet erg op de voorgrond. De huidige inbedding in de grotere Jutters en Brijder organisaties, speelt geen grote rol in de dagelijkse praktijk en is weinig gedefinieerd. Er wordt vaak gebruik gemaakt van de co-behandelingsconstructie, waarbij de organisatie waar de jongere als eerste is aangemeld de regie en eindverantwoordelijkheid blijft houden voor het gehele behandeltraject. Met de preventieafdelingen is weinig contact, omdat MDFT

meer in de (gedwongen) behandelsetting zit. Er zijn inmiddels meerdere MDFT teams in de regio actief met verschillende inhoudelijke accenten. In contacten met andere betrokken partijen op casusniveau zoeken de MDFT therapeuten zoveel mogelijk de verbinding. Hun laagdrempelige en outreachende werkwijze is daarbij behulpzaam.

Voor de toekomst ligt weinig vast. In deze tijden van bezuinigingen wordt er minder urgentie gegeven aan samenwerking; de verhoudingen tussen organisaties zijn formeler. Het is in deze fase van het project de vraag hoe je de samenwerking nu weer meer op de strategische agenda kunt zetten en het initiatief weer te 'voeden'. Steun vanuit het management is belangrijk om de voorwaarden voor continuïteit te behouden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	14
1.1 Toenemend belang van samenwerking met jeugdpartners	14
1.2 Doel en vraagstelling van de inventarisatie	15
1.3 Gehanteerde definities	16
1.4 Werkwijze	16
1.5 Leeswijzer	17
2 Resultaten: samenwerking gericht op middelenproblematiek	18
2.1 Werkwijze en verloop van de inventarisatie	18
2.2 Algemene aandachtspunten bij samenwerkingsverbanden	19
2.3 Samenwerkingsverbanden om af te stemmen	21
2.4 Samenwerkingsverbanden om signalering en verwijzing naar verslavingszorg te verbeteren	24
2.5 Samenwerkingsverbanden binnen de behandeling of begeleiding	28
3 Voorbeeld: Dubbeldiagnose Jeugd afdeling van GGZ Dimence	32
3.1 Inhoud van de samenwerking	32
3.2 Afspraken over samenwerking in algemene zin	36
3.3 Werkwijze bij doorverwijzing	37
3.4 Proces van samenwerking	39
4 Voorbeeld: Co-behandelingsconstructie van Tactus en Pactum	41
4.1 Inhoud van de samenwerking	41
4.2 Afspraken over samenwerking in algemene zin	45
4.3 Werkwijze bij verwijzing	46
4.4 Proces van samenwerking	47
5 Voorbeeld: MDFT Palmhuis/de Jutters en Parnassia Brijder	48
5.1 Inhoud van de samenwerking	48
5.2 Afspraken over samenwerking in algemene zin	52
5.3 Werkwijze bij verwijzing	53
5.4 Proces van samenwerking	54

6	Voorbeeld: gesloten behandelvoorziening DOK3	56
6.1	Inhoud van de samenwerking	56
6.2	Afspraken over samenwerking in algemene zin	62
6.3	Werkwijze bij verwijzing	63
6.4	Proces van samenwerking	64
7	Wat leren we van deze voorbeelden?	66
7.1	Motiveren voor behandeling: duidelijke verantwoordelijkheden	66
7.2	Randvoorwaarden voor formaliseren: is er genoeg steun vanuit de eigen organisatie?	67
7.3	Gezamenlijke visie: ondersteunen we elkaars werk?	67
7.4	Praktische afspraken: sluit de aanpak aan bij de situatie op de werkvloer?	68
7.5	Teambuilding: hoe vormen we een team?	68
7.6	Betrekken van ketenpartners: raken we niet op een eiland?	68
7.7	Evalueren van inhoud en proces: is er ook ruimte voor kritiek?	69
7.8	Uitstroom: is het verdere zorgpad gewaarborgd?	69
8	Conclusies en aanbevelingen	70
8.1	Doel en verloop van het project	70
8.2	Conclusies	71
8.3	Aanbevelingen voor toekomstige initiatieven	73
	Geraadpleegde bronnen	76
	Bijlage 1 De structuur van de Nederlandse jeugdzorg	78
	Bijlage 2 Deelnemerslijst invitational conference	80
	Bijlage 3 Standaard vragenlijst inventarisatie samenwerkingsverbanden	81

1 Inleiding

Vanwege de constatering dat voor de aanpak van middelenproblematiek onder kwetsbare groepen jeugdigen samenwerking onontbeerlijk is, heeft Resultaten Scoren, Kenniscentrum Verslaving, het IVO gevraagd om na te gaan hoe deze samenwerking door de jeugdverslavingszorg (JVZ) en partners in de jeugdsector kan worden vormgegeven. Dit is gedaan via een veldonderzoek naar de opzet en kenmerken van bestaande samenwerkingsverbanden tussen deze partijen. Met deze inventarisatie worden bestaande initiatieven vanuit de JVZ in beeld gebracht en worden vier voorbeelden van integrale behandeling van middelenproblematiek (risicovol middelengebruik, misbruik en verslaving) bij kwetsbare jeugdigen in detail beschreven. Op basis van de bevindingen worden aanbevelingen gedaan voor het bevorderen van toekomstige initiatieven.

Dit inleidende hoofdstuk beschrijft de achtergrond (paragraaf 1.1), de doelstelling, vraagstelling (paragraaf 1.2), gehanteerde definities (paragraaf 1.3) en de werkwijze van het project (paragraaf 1.4). We sluiten af met een leeswijzer (paragraaf 1.5).

1.1 Toenemend belang van samenwerking met jeugdpartners

Doordat middelenproblematiek onder jongeren zo sterk is verweven met problemen op andere leefgebieden (zoals psychiatrische problemen, delinquent gedrag en problematische gezinsomstandigheden), kan er door samenwerking tussen de betrokken zorgverleners nog een grote kwaliteitsverbetering worden bereikt in de behandeling van deze jongeren (Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving, 2011). Onderdeel hiervan is dat de jeugdverslavingszorg (JVZ) haar cliënten letterlijk verder tegemoet komt en haar expertise breed beschikbaar stelt door meer *outreaching* te werken. Jongeren die hulp nodig hebben van verslavingszorg of –preventie bevinden zich vaak in andere instellingen. Dat betekent ook dat verslavingszorg en –preventie meer buiten de eigen organisatie en in samenwerking met andere partijen dienen te worden geleverd. Expertisebevordering bij jeugdpartners is daar in veel gevallen onderdeel van. Vaak ontbreekt het bij jeugdpartners (bijvoorbeeld jeugdzorg en jeugd-ggz) aan de benodigde expertise op het gebied van middelen- en verslavingsproblematiek (Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving, 2011). Middelenproblematiek wordt onvoldoende herkend en als het wel herkend en onderkend wordt, ontbreekt het niet zelden aan een coherente visie en handelswijze. Ook in het voorkomen dat kwetsbare jongeren problemen ontwikkelen met middelengebruik, kan de JVZ een belangrijke bijdrage leveren in samenwerking met de verslavingspreventie. Door hun expertise in te zetten bij zorgpartners in de eerste lijn kunnen de JVZ en de verslavingspreventie deze instanties ondersteunen bij het in een vroeg stadium helpen van deze jongeren. Zo kan escalatie van de middelenproblematiek en doorverwijzing naar de JVZ zoveel mogelijk vermeden worden. De Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving pleit er voor om in de JVZ uiteindelijk alleen de ernstige, complexe problematiek te behandelen.

Samenwerken is reeds een sterke kant van de verslavingspreventie en de (jeugd)verslavingszorg: beide zijn maatschappelijk breed aanwezig (ook buiten de zorg) en hebben veel ervaring en netwerken op lokaal niveau. De toenemende marktwerking en de transitie van de jeugdzorg naar

gemeenten zullen deze lokale samenwerking rondom jeugdigen naar verwachting verder stimuleren. Een overzicht van deze ontwikkelingen, de achtergronden en consequenties hiervan, is te vinden in het rapport Werk in Uitvoering (Yperen en van Woudenberg, 2011) en in de beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel' van de betrokken ministeries (dd 8 november 2011). De traditionele sectoren zullen vervagen. De verslavingszorg vervult wat dit betreft een voortrekkersrol voor de rest van de GGZ (concept visiedocument Verslavingszorg, GGZ NL 2012).

Jongeren die kwetsbaar zijn voor verslaving worden gekenmerkt door een opeenstapeling van problemen. Van de jongeren die met de JVZ in aanraking komen is bijvoorbeeld bijna de helft in aanraking geweest met justitie (IVZ, 2010). Uit de cijfers van IVZ wordt duidelijk dat deze jongeren al veel eerder in beeld waren bij instanties en gescreend hadden kunnen worden op middelenproblematiek. Signaleren en interveniëren kan het beste plaats vinden dicht bij de jongere: op school en in het gezin (Snoek, Wits, Van der Stel & Van de Mheen, 2010). Bij lichte problemen zal het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) idealiter een centrale rol gaan spelen. Wanneer bij matige tot ernstige problemen doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg nodig is, bepaalt de aard van de problematiek welke gespecialiseerde instelling de hoofdrol speelt: JVZ, jeugdzorg (JZ), jeugd-GGZ of jeugdgezondheidszorg (JGZ). Problemen in het gezin of crimineel gedrag van de jongere kunnen ertoe leiden dat hierbij ook justitie (civiel recht of strafrecht) een rol speelt. Al deze partijen dienen hun werkzaamheden onderling af te stemmen om een integrale aanpak, bundeling van kennis en ervaring, continuïteit van zorg en een klantgerichte werkwijze ('1 gezin, 1 plan') te bewerkstelligen.

1.2 Doel en vraagstelling van de inventarisatie

In dit rapport beschrijven we welke verschillende soorten praktijken van vroegsignalering, verwijzing en behandeling van middelenproblematiek bij jongeren in de JZ, jeugd-GGZ of JGZ zijn ontwikkeld. Ook beschrijven we in detail enkele voorbeelden van integrale behandeling van middelenproblematiek. Doelstellingen van het project zijn:

1. het geven van een overzicht van soorten samenwerkingsrelaties op het gebied van verslavingsproblematiek – vroegsignalering, verwijzing en behandeling - tussen jeugdvoorzieningen en
2. het geven van een beschrijving van aard, inhoud en werkproces van vier voorbeeldprojecten, inclusief eventuele knelpunten.

Op deze wijze is inzicht verkregen in de ontwikkelingen die op dit terrein gaande zijn. Er is geen uitputtend overzicht gemaakt van alle - vaak lokale - samenwerkingsverbanden. In de inventarisatie zijn zowel projecten op het gebied van preventie als op het gebied van behandeling gezocht. Inhoudelijk en qua doelgroep lopen preventie en outreachende behandeling steeds meer in elkaar over en in het kader van continuïteit van zorg is een strikte scheiding ook onwenselijk.

De vraagstelling is tweeledig:

1. Op welke concrete wijze wordt in Nederland op lokaal en regionaal niveau samengewerkt door de (jeugd)verslavingszorg en voorzieningen in de jeugd-ggz, jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg bij vroegsignalering van middelenproblematiek, verwijzing en behandeling?
 - 2a. Wat zijn goede voorbeelden van integrale behandeling in verschillende sectoren en settings?

2b. Hoe verlopen deze voorbeeldprojecten ten aanzien van aard en inhoud van de samenwerking? Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?

In de volgende paragraaf verhelderen we enkele centrale begrippen, alvorens in te gaan op de manier waarop de studie is uitgevoerd.

1.3 Gehanteerde definities

Bij samenwerking vallen vaak de begrippen 'integrale zorg' en 'ketenzorg'. Deze begrippen zijn deels overlappend, maar verschillend. Bij ketenzorg gaat het vooral om een op onderdelen afgestemd geheel van processen en activiteiten, elkaar opvolgend in de tijd (dat kan lopen van preventie, diagnose, behandeling tot begeleiding na ontslag). Integrale zorg wordt vaak niet enkel in een verticale keten van opeenvolgende fasen, maar in samenhang en gelijktijdig rondom de cliënt georganiseerd (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2011). Dit vraagt om een andere, verder geïntegreerde samenwerkingsvorm, die om deze reden soms ook binnen een organisatie plaatsvindt en niet tussen organisaties. De inventarisatie (doelstelling 1) richt zich primair op een integrale vorm van samenwerken. Ook in de voorbeeldprojecten (doelstelling 2) is het multidisciplinaire karakter van de samenwerking de kern van hetgeen we willen onderzoeken. Toch zullen de begrippen 'ketenzorg' en 'ketenpartners' regelmatig vallen. Enerzijds omdat ook binnen een integrale samenwerking afstemming met de rest van de zorgketen onontbeerlijk is, maar anderzijds ook omdat een strikt onderscheid in de praktijk niet altijd te maken is. Beide vormen van samenwerken lopen soms in elkaar over.

1.4 Werkwijze

In eerste instantie zijn via relevante overlegstructuren en netwerken de behandel- en preventieafdelingen van de JVZ instellingen benaderd om relevante samenwerkingsverbanden te inventariseren. Aanvullend is een brede internet search gedaan naar bestaande samenwerkingsverbanden op het gebied van jeugd en verslaving.

Vervolgens is een viertal voorbeeldprojecten van samenwerkingsverbanden op het gebied van integrale *behandeling* beschreven om een aantal aanbevelingen en praktische handvatten te bieden aan andere (nieuw op te zetten) initiatieven. Er is gekozen om te focussen op voorbeeldprojecten binnen de behandelcontext, omdat daar de samenwerkingsvorm vaak zeer intensief is, wat voor de inhoud en organisatie veel vragen opwerpt. De selectie van de vier projecten is gemaakt aan de hand van informatie uit de inventarisatie. Belangrijkste criterium hierbij was dat de aanpak vernieuwend in zijn soort is en integrale, multidisciplinaire zorg biedt. Dit kan ook integrale zorg binnen één instelling zijn: centraal staat de manier waarop aan integrale samenwerking tussen verschillende disciplines vorm en inhoud wordt gegeven. De keuze om dit vanuit één team of één organisatie te realiseren is onderdeel van de vraag (Hoe verlopen deze voorbeeldprojecten ten aanzien van aard en inhoud van de samenwerking? Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?) die we in deze rapportage willen beantwoorden.

Binnen die selectie zijn de voorbeeldprojecten vervolgens zo gekozen dat er een gelijke spreiding ontstond over de settings justitieel/ niet-justitieel en ambulante/ klinisch. Ook met andere lopende projecten, zoals de praktijken van vroegsignalering die gelijktijdig door het IVO werden gevolgd (Barendregt & Wits, in ontwikkeling), is rekening gehouden om geen dubbelingen te creëren. Van ieder project zijn de aard en inhoud, de afspraken over het behandelbeleid, de werkwijze bij verwijzing, en het proces van samenwerking in kaart gebracht. Hiervoor zijn projecten door de onderzoeker op locatie bezocht. Waar mogelijk is meegelopen met de behandeling en zijn één en zo nodig meer overlegmomenten van de teams bijgewoond om de samenwerking 'in actie' te kunnen observeren. Aanvullend zijn steeds ook verschillende teamleden apart geïnterviewd over de inhoud en het proces van de samenwerking. Er is gezocht naar een goede verdeling van interviews tussen behandelaars en leidinggevendenden om beide perspectieven vertegenwoordigd te kunnen hebben in de beschrijving. Tot slot zijn relevante stukken opgevraagd en bestudeerd. De beschrijvingen zijn ter verificatie en aanvulling aan de betrokkenen voorgelegd alvorens ze in deze rapportage zijn opgenomen.

Tijdens een *invitational conference* zijn de bevindingen uit het onderzoek gepresenteerd aan een brede kring van betrokkenen uit de JVZ, jeugdzorg, jeugd-GGZ, en beleidsmakers. Vertegenwoordigers van de jeugdgezondheidszorg zijn in dit stadium nog niet betrokken. Een verdere verkenning van de eigen mogelijkheden voor het ontwikkelen van een integraal aanbod binnen de specialistische zorg (tweede en derde lijn) was een eerste prioriteit. Nu deze randvoorwaarde is ingevuld, is het van groot belang dat vertegenwoordigers uit de eerste lijn (zoals de jeugdgezondheidszorg) betrokken worden bij het verder ontwikkelen van aanbod. Naast verificatie en aanvulling van de bevindingen, was het doel van deze middag om gezamenlijk te bepalen hoe een brede samenwerking gericht op preventie, signalering en behandeling van middelenproblematiek het beste verder kan worden vormgegeven en welke factoren hierbij van belang zijn. De resultaten van deze middag zijn verwerkt in hoofdstuk 7 (Wat leren we van deze voorbeelden?) en hoofdstuk 8 (Conclusie en aanbevelingen).

1.5 Leeswijzer

Het rapport is opgebouwd uit acht hoofdstukken. In hoofdstuk twee worden de resultaten van de inventarisatie beschreven en geplaatst binnen de bestaande literatuur. Hoofdstuk 3, 4, 5 en 6 beschrijven vier voorbeeldprojecten op het gebied van integrale behandeling. Van ieder project worden de aard, de afspraken over het behandelbeleid, de werkwijze bij verwijzing, en het proces van samenwerking in kaart gebracht. In hoofdstuk 7 gaan we na wat we van deze vier voorbeelden kunnen leren. In hoofdstuk 8 volgen de conclusies en aanbevelingen die op basis van het gehele onderzoek zijn geformuleerd. In de bijlagen is een toelichting op het werkveld van de jeugdpartners opgenomen, de standaard vragenlijst voor het opvragen van informatie over de samenwerkingsverbanden en de lijst van genodigden van de *Invitational Conference Samenwerkingsverbanden JVZ (2012)*.

2. Resultaten: samenwerking gericht op middelenproblematiek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de landelijke inventarisatie van samenwerkingsverbanden tussen de jeugdverslavingszorg (JVZ, inclusief preventie) en jeugdpartners beschreven. Doel is om zicht te krijgen op de ontwikkelingen die op dit terrein gaande zijn. Een inhoudelijke beoordeling van de kwaliteit en effectiviteit van de geboden interventies valt buiten de reikwijdte van deze rapportage.

Om in de veelheid van gevonden samenwerkingsverbanden houvast te creëren, zijn de gevonden samenwerkingsverbanden ingedeeld in drie typen die uit de inventarisatie naar voren kwamen:

- 1) Samenwerkingsverbanden om af te stemmen (bv. netwerken, casusoverleggen);
- 2) Samenwerkingsverbanden om signalering en verwijzing naar zorg te verbeteren;
- 3) Samenwerkingsverbanden binnen de behandeling of begeleiding.

De indeling loopt grofweg van minder naar meer intensievere vormen van samenwerking. Een gezamenlijke behandeling vraagt vaak meer integratie op inhoudelijk, logistiek en financieel gebied dan een eenmalig casusoverleg. Toch is het niet de bedoeling de samenwerkingsverbanden type 1 en 2 als 'makkelijker' te kwalificeren. Juist de diversiteit aan partijen binnen een dergelijk samenwerkingsverband en de hogere mate van vrijblijvendheid maken het complex om samen te werken.

Allereerst worden in paragraaf 2.1 de werkwijze en verloop van de inventarisatie toegelicht. In paragraaf 2.2 wordt een aantal algemeen geldende en vaak genoemde aandachtspunten bij het aangaan van een samenwerking beschreven. De hierboven genoemde drie typen samenwerkingsverbanden worden in de paragrafen 2.3, 2.4 en 2.5 omschreven. Waar mogelijk worden de resultaten aangevuld met kennis uit eerder onderzoek en achtergrondliteratuur.

2.1 Werkwijze en verloop van de inventarisatie

In eerste instantie is door de projectleider aangeschoven bij het Platform Jeugdverslavingszorg met alle vertegenwoordigers van de jeugdafdelingen van de verslavingszorginstellingen om het project toe te lichten en een oproep te doen relevante samenwerkingsverbanden aan te melden. Via deze route zijn uiteindelijk alle JVZ instellingen via e-mail benaderd om te inventariseren welke formele en informele samenwerkingsrelaties zij onderhouden met jeugdpartners gericht op middelenproblematiek bij jongeren. De instellingen zijn daarna ook telefonisch benaderd. De preventieafdelingen zijn tevens telefonisch benaderd (via de ledenlijst van het Hoofdenoverleg Preventie). Daarnaast is via bestaande contacten van het onderzoeksteam binnen de JVZ geïnformeerd naar lopende samenwerkingsverbanden. Tot slot is een brede internet search gedaan.

Randvoorwaarden voor het opnemen van projecten in de inventarisatie waren:

1. de samenwerkingsverbanden richten zich (evt. naast andere zaken) primair op middelenproblematiek.
2. de samenwerkingsverbanden richten zich op jeugdigen tussen de 12 en 24 jaar.
3. de samenwerkingsverbanden zijn op het moment van de inventarisatie actief.

Voor het opvragen van informatie over de geïnventariseerde samenwerkingsverbanden is gebruik gemaakt van een standaard vragenlijst (bijlage 3).

Bij het uitvoeren van de inventarisatie vielen twee zaken op:

I. De zeer grote hoeveelheid en diversiteit aan samenwerkingsverbanden

De eerste bevinding bij de uitvoering van de inventarisatie was de grote hoeveelheid en diversiteit van samenwerkingsverbanden waarin de JVZ participeert. Om goede zorg te kunnen bieden is samenwerking met de verschillende jeugdpartners van steeds groter belang voor de JVZ. Met de jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg en binnen gemeentelijk georganiseerde netwerken (bv. op wijkniveau of in Veiligheidshuizen met politie/justitie) wordt steeds meer samengewerkt om een sluitende aanpak voor jongeren te realiseren. Dit vertaalt zich in een groot en divers aantal samenwerkingsverbanden waarin de JVZ participeert. Dat biedt een grote kans voor verbetering van zorg, maar ook nieuwe uitdagingen. Zoals een betrokkene verzuchtte: *“Het is bijna niet bij te houden in welke netwerken we allemaal deelnemen...en die netwerken verschillen weer allemaal per gemeente in onze regio. We kunnen een dagtaak hebben aan het bijwonen van alle overlegstructuren.”*

II. Het ontbreken van een overzicht binnen organisaties

Binnen een instelling ontbreekt door deze hoeveelheid en diversiteit niet zelden een totaaloverzicht van alle samenwerkingsverbanden waar men als organisatie in participeert. Vaak zijn er verschillende afdelingen betrokken en er vindt onderling niet altijd afstemming plaats. Voor veel instellingen is dit wel een punt van aandacht en zijn totaaloverzichten wel in een voorbereidend stadium.

In de volgende paragrafen zal eerst een aantal algemene aandachtspunten bij het aangaan van een samenwerking worden beschreven.

2.2 Algemene aandachtspunten bij samenwerkingsverbanden

Hieronder volgen de belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking die in deze inventarisatie door betrokkenen het meest werden genoemd.

1) Verschillende kaders van wet- en regelgeving (incl. verwijzings- en indicatieroutes)

Om een integrale aanpak te realiseren voor jongeren met verslavingsproblematiek zijn vaak samenwerkingspartners uit verschillende sectoren nodig, bv. jeugd-GGZ, jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg. Een gevolg van intersectorale samenwerking zijn de verschillende kaders van wet- en regelgeving van deze verschillende sectoren waar men mee te maken krijgt. Zeker tussen de justitiële en vrijwillige vormen van zorg bestaan grote verschillen. Deze verschillen zijn niet alleen institutioneel, maar weerspiegelen ook verschillende prioriteiten en belangenafwegingen tussen beide sectoren. Specifiek aandachtspunt hierbij is de informatie uitwisseling. Het wettelijk kader hiervoor ligt vast in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Deze wet beschermt de rechten van het individu en zorgt dat informatie die is verstrekt om hulp te verlenen niet zonder meer te gebruiken is voor andere doelen, zoals opsporing. Het blijft voor zorgprofessionals in de praktijk

echter een dilemma welk belang het zwaarst moeten wegen. Het is niet altijd duidelijk of jeugdigen en hun gezinnen in sommige situaties gediend zijn met uitwisseling van zorggegevens met justitie. Bovendien kan de vertrouwensrelatie met de jeugdige hierdoor onder druk komen te staan. Naast de privacybescherming is er dus ook een belangrijk inhoudelijk argument om informatie zorgvuldig te delen tussen partijen met verschillende taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Nu er steeds meer intersectoraal wordt samengewerkt om maatschappelijke problemen integraal aan te pakken, komen dit soort lastige belangenafwegingen vaker voor.¹

2) Cultuurverschillen tussen de samenwerkingspartners uit verschillende sectoren

Bij samenwerkingsverbanden tussen verschillende sectoren moeten flinke cultuurverschillen tussen organisaties overbrugd worden (van Ojen, 2009). Bovendien kennen de verschillende sectoren ook hun eigen visie op de juiste handelswijze bij verslavingsproblematiek. Er moet een gezamenlijke instellingsoverschrijdende identiteit en vertrouwen ontstaan tussen samenwerkingspartners. Een lange adem is in ieder geval gewenst. Uit onderzoek komt naar voren dat het doorgaans lang duurt voordat samenwerkingsverbanden vruchtbaar worden (van Delden, 2009). De echte resultaten van een integrale aanpak komen na jaren pas goed op gang.

3) Afhankelijkheid van personen

Een samenwerking is in belangrijke mate afhankelijk van de goede onderlinge verhoudingen en wederzijds vertrouwen van de samenwerkingspartners. Dat zijn moeilijk af te dwingen factoren. Een vaak gehoorde factor is de aanwezigheid van een persoonlijke 'klik' tussen de betrokkenen. Verbinding en vertrouwen zijn essentieel voor succesvolle samenwerkingsrelaties (van der Aa, 2008; van Delden, 2009). Daarvoor moeten partners elkaar kennen en een positief gevoel hebben bij de samenwerking. In samenwerkingsverbanden bepaalt de groepsdynamiek het succes van de aanpak, want in essentie is samenwerking niet afdwingbaar (van Delden, 2009). Deze aspecten zijn moeilijk te vatten in een projectplan of handreiking. Het grote belang van de kwaliteit van de onderlinge relaties, maakt een samenwerkingsverband kwetsbaar voor persoonlijke stijl en het verloop van medewerkers. Onderhoud op lange termijn vraagt ook tijd en aandacht. Aansluiten bij al bestaande relaties kan het onderhouden van samenwerkingsverband vergemakkelijken (Handleiding integrale zorg, 2012).

4) Geen financiering van overhead en indirecte tijd

Een samenwerkingsverband vraagt behoorlijk wat tijd en flexibiliteit. In de opstartfase is dit zeker zo, maar ook het onderhouden van een bestaande samenwerking vraagt veel tijd en aandacht. De tijd om dit soort zaken op managementniveau en in de dagelijkse praktijk af te stemmen, wordt vaak niet gefinancierd. Dat maakt de gevraagde investering niet gemakkelijk voor alle betrokkenen. Zij worden niet 'afgerekend' op deze inspanningen en dat kan frustrerend zijn. Bovendien bestaat het risico in samenwerkingsverbanden dat medewerkers dubbel moeten registreren en verantwoorden (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 6). Het beperken van de administratieve last is een belangrijk aandachtspunt bij het inrichten van een samenwerkingsverband.

¹ Voor meer informatie: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Samenwerken in de jeugdketen; Een instrument voor gegevensuitwisseling, Den Haag, of de site: http://www.cbweb.nl/Pages/inf_va_samenwerkingsverbanden.aspx.

In de volgende paragrafen worden drie typen samenwerking omschreven, met daarbij telkens een reflectie op de specifieke bevorderende en belemmerende factoren. Om de verschillende typen samenwerkingsverbanden verder te illustreren en concreter te maken wordt ook een praktijkvoorbeeld gegeven van ieder type samenwerkingsverband. Waar mogelijk worden de resultaten aangevuld met kennis uit eerder onderzoek en achtergrondliteratuur.

2.3 Samenwerkingsverbanden om af te stemmen

Huidige praktijk

Op gemeentelijk niveau bestaan verschillende soorten netwerken waarin partijen die actief zijn rondom jongeren met meervoudige problematiek hun activiteiten onderling afstemmen. In deze overlegstructuren schuift de JVZ op verzoek aan als hun expertise bij een casus nodig blijkt. Iedere gemeente is verantwoordelijk voor het opzetten van een aantal van dit type netwerken, en voor de regie over deze netwerken. Doel is om partijen rondom jeugdigen met meervoudige problemen samen te brengen om de jeugdigen en hun gezinnen zodoende beter en sneller te kunnen helpen. De uitwisseling van gegevens binnen en tussen deze netwerken wordt verder gefaciliteerd en gestimuleerd door de Verwijsindex Risicjongeren (VIR). Dit is een digitaal systeem dat risicosignalen van hulpverleners over jongeren (tot 23 jaar) binnen een gemeente bij elkaar brengt. De belangrijkste netwerken zijn:

a) Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG is een laagdrempelige wijkgerichte plek, waar kinderen en hun opvoeders terecht kunnen voor informatie, advies en hulp bij opgroeien en opvoeden (incl. de jeugdgezondheidszorg). De centra zijn vanaf 2008 opgericht om de samenhang in het lokale jeugdbeleid te verbeteren. De CJG professionals geven opvoedingsondersteuning en bieden preventie op het terrein van gezond en veilig opgroeien (gemeentelijke WMO prestatieveld 2 financiering). Zij hebben ook als taak – indien nodig – door te verwijzen naar intensievere en gespecialiseerdere vormen van zorg of jeugdbescherming (tweede en eventueel derde lijn). Bij meervoudige problematiek wordt integraal zorg geboden, waarbij één organisatie de zorg coördineert (1 gezin, 1 plan). Hoe dat in de praktijk precies is geregeld verschilt per gemeente.

Het rapport 'Behoeften in samenwerking tussen Instellingen voor Verslavingszorg en Centra voor Jeugd en Gezin' (Trimbosinstituut, 2010) laat zien dat er nog ruimte en behoefte is voor het verbeteren van de samenwerking tussen de JVZ en CJG. Middelengebruik heeft over het algemeen nog weinig aandacht binnen de CJG.

b) Zorg en Advies Teams (ZAT)

ZATs zijn actief binnen het onderwijs. Het doel is om scholen hulp en ondersteuning te bieden bij door hen gesignaleerde problemen onder hun leerlingen. Het zijn multidisciplinaire teams waarin professionals uit (speciaal) onderwijs samenwerken met andere jeugdpartners (bv. leerplicht, jeugdzorg, JVZ en politie/justitie). Het ZAT vormt zo de schakel tussen onderwijs en de jeugdzorgketen. Op deze manier hoopt men dat problemen via school vroegtijdig, efficiënt en effectief kunnen worden gesignaleerd en dat er tijdig kan worden doorverwezen.

c) Veiligheidshuizen

In een Veiligheidshuis werken verschillende organisaties en zorgverleners samen vanuit een justitiële invalshoek. Aanleiding voor een traject is vaak een strafbaar feit van de jongere. Maar meestal zijn er ook problemen op andere terreinen, zoals huisvesting, verslaving, werk en inkomen. Het Veiligheidshuis richt zich op de aanpak van deze multi-problematiek. Het doel is een integrale aanpak voor (dreigend) criminele jongeren te creëren en zo criminaliteit, overlast en huiselijk geweld terug te dringen. Het concept is in de gemeente Tilburg ontwikkeld en heeft landelijk navolging gekregen. Het Openbaar Ministerie is binnen de Veiligheidshuizen de procesverantwoordelijke voor de strafrechtketen. De gemeente heeft de regie op de verbinding tussen de verschillende andere ketens, de preventieve aanpak en de zorgketen (waaronder jeugdverslavingszorg, CJG, jeugd-ggz).

Meer informatie over deze drie gemeentelijke netwerken en hun onderlinge afstemming is te vinden in het rapport 'De jeugdketens sluitend verbinden' (Rijksoverheid, 2010).

Daarnaast hebben veel gemeentes, vooral de grotere steden, ook een eigen aanpak rondom gezinnen waar veel problemen tegelijkertijd spelen en voor veel zorgen en/of overlast zorgen ('multi problem gezinnen'). Een voorbeeld hiervan is *Wraparound care* in de gemeente Amersfoort, waar Centrum Maliebaan in participeert. De basis van deze aanpak is een plan met een aantal concrete en haalbare doelen dat het gezin samen met een gezinswerker opstelt. Deze doelen worden zo veel mogelijk binnen de eigen (sociale) omgeving gerealiseerd. Alleen als dat zonder extra hulp niet lukt worden professionele instanties en zorgverleners ingeschakeld. De partijen hoeven niet veelvuldig te overleggen en de bureaucratie blijft tot een minimum beperkt. De gezinswerker organiseert bilaterale contacten met 'aanschuivende' partijen.

Analyse en reflectie

Organisatie en procesmanagement: Wie doet wat?

Vanwege de grote diversiteit in aard en ernst van de problematiek is vooral **regie** een vaak genoemd punt van aandacht binnen dit type samenwerkingsverband. Met een groot aantal deelnemers is het duidelijk beleggen van taken en verantwoordelijkheden belangrijk. Ook de uiteindelijke 'doorzettingsmacht' of beslissingsbevoegdheid moet helder zijn. Het gevaar is dat het bij praten blijft en er weinig resultaat geboekt wordt. Voor het invullen van de regie kunnen verschillende vormen worden gekozen. Dit kan variëren van een relatief 'lichte' vorm van coördinatie (bv. alleen daar waar het noodzakelijk is om tot één gezamenlijk plan te komen en dit niet vanzelf tot stand komt) tot een 'zwaardere' vorm van regie waar standaard alle werkprocessen en bevoegdheden zijn vastgelegd. Verdere achtergronden en sturingsmodellen voor het effectief invullen van de gemeentelijke regie zijn te vinden in het rapport 'Richting geven aan jeugdbeleid, De rol van de gemeente in een complex veld' (Steketee et al., 2010).

Inhoud & doelstelling: Zitten we op één lijn?

Belangrijke voorwaarde voor een effectief functionerende netwerksamenwerking is een **gezamenlijke probleemdefiniëring en doelstelling** en een daaruit voortvloeiende visie (van Delden, 2009). De Handreiking Integrale Zorg (2012) raadt aan hierbij te starten met een goede analyse van de aard en omvang van de zorgbehoefte en ook de doelgroep zelf te betrekken bij het formuleren van hun vraag. Hoe concreter en praktijkgericht het doel en beoogde resultaat (bv. SMART

geformuleerd), des te beter. Deze doelen moeten op managementniveau, maar ook in de dagelijkse praktijk duidelijk en richtinggevend zijn. Het verdient aanbeveling om de resultaten van de samenwerking tussentijds te evalueren.

Afspraken over de investeringen: Strategische keuzes en profilering?

Omdat de vergadertijd die nodig is om af te stemmen veelal niet vergoed wordt voor de aanschuivende zorgaanbieders, is het iedere keer een afweging hoeveel tijd men in dergelijke netwerken kan investeren. Zeker gezien het feit dat veel zorgaanbieders regionaal werken – en soms zelfs een bovenregionale functie hebben - is het een (te) grote **tijdsinvestering** om deze lokaal georganiseerde netwerken bij te wonen. Er zullen door de JVZ dus duidelijke keuzes gemaakt moeten worden in wat wel en wat niet te doen binnen deze netwerken. In de toekomst zal het belang van gemeentelijke netwerken alleen maar toenemen in het licht van de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten (van Yperen en Woudenberg, 2011). Dat biedt nieuwe kansen voor de JVZ, maar ook uitdagingen. Een strategische keuze en een helder (intern afgestemd) aanbod zal helpen om bij een gemeente in beeld te komen. De JVZ kan zich daarbij profileren als een organisatie die van oudsher sterk naar buiten gericht is en goed is ingevoerd in de verschillende onderdelen van het veld. Voor de gemeenten kunnen zij in die rol een bredere taak hebben in de signalering van risicosituaties in het algemeen. Binnen het jongerenloket van de gemeente Rotterdam, een project gericht op zwerfjongeren, lijken de jongerenwerkers van Youz van grote waarde als signaleerders van allerlei relevante risicosituaties.

Een voorbeeld: de bijdrage van Novadic-Kentron binnen het Zorg- en Veiligheidshuis Tilburg

Het Zorg- en Veiligheidshuis Tilburg is een samenwerkingsverband van 21 organisaties, waaronder Novadic-Kentron, die vanuit een gemeenschappelijke fysieke locatie werken aan een integrale aanpak voor veiligheid en zorg. Het Zorg- en Veiligheidshuis in Tilburg is op lokaal niveau ontwikkeld en kan zo snel inspelen op de specifieke behoeften ter plekke. Jongeren worden er besproken in twee overlegstructuren: het Justitieel Casusoverleg Jeugd (JCO) voor jeugdigen tot 18 jaar die via Justitie worden aangemeld (vanwege een strafbaar feit of overtreding van de leerplichtwet) en het Hulpverlening Casusoverleg Jeugd (HCO) voor individuele risicojongeren tot 23 jaar en problematische jeugdgroepen. De overleggen wisselen van samenstelling al naar gelang de problematiek.

De gemeente heeft de regie over (de samenstelling van) het overleg en zit het overleg voor. De jeugdzorg en politie zijn standaard aanwezig. Novadic-Kentron participeert op verzoek. Per jongere wordt in het JCO of HCO overleg een regiehouder aangewezen die aansluit bij de primaire problematiek. Deze ketenpartner is dan verantwoordelijk voor het realiseren van het verdere integrale traject. In principe blijft de regie op casusniveau bij die zorgaanbieder, maar bij escalatie kan het Zorg- en Veiligheidshuis het overnemen.

Vanuit Novadic-Kentron is ervoor gekozen een behandelaar standaard aanwezig te laten zijn in het Zorg- en Veiligheidshuis. Vanuit deze vaste werkplek doet deze medewerker intakes en toeleidende gesprekken in het kader van behandelingen die voortkomen uit het JCO en HCO overleg. Per week zijn er ook ca. 12 uur voor overleg en hulp bij verwijzing en motivering die Novadic-Kentron financiert vanuit de eigen middelen. Doordat de aanwezigheid is gebundeld in een vaste persoon met een eigen werkplek is de reistijd minimaal en werkt het efficiënt. Door deze opzet met een behandelaar in huis zijn de lijnen kort en kan er ook snel even iemand bij geroepen worden als expertise gewenst is.

Op dit moment wordt gekeken of deze constructie verbreed kan worden met een medewerker jeugd van de preventieafdeling. Nagegaan wordt of dit inhoudelijk nodig is voor de toeleiding naar passende zorg en of er daadwerkelijk meer aanmeldingen uit voort zouden kunnen komen. De behandeling van middelenproblematiek begint altijd (ambulant outreachend) op locatie van het Zorg- en Veiligheidshuis. Als uit het JCO of HCO overleg blijkt dat jongeren problemen hebben met middelengebruik, worden ze officieel ingeschreven voor verdere behandeling en diagnostiek bij Novadic-Kentron. Na de intake wordt de behandeling vaak voortgezet op een locatie van Novadic-Kentron, maar kan, bv. i.v.m. de veiligheid, ook in het Zorg- en Veiligheidshuis plaatsvinden. Vanaf de officiële aanmelding loopt de financiering via de reguliere kanalen van zorgverzekeraars of Justitie. Het screeningsinstrumentarium is niet afgestemd tussen de zorgaanbieders in het Zorg- en Veiligheidshuis. In de praktijk start de verdere screening en diagnostiek pas na het indicatie-overleg door de toegewezen regiehouder, waardoor een gemeenschappelijk instrumentarium niet nodig is. Zeer belangrijk voor de samenwerking zijn de fysieke aanwezigheid van de verslavingszorg in het Zorg- en Veiligheidshuis en de korte lijnen. Dat leidde tot een goede onderlinge bekendheid en vertrouwen, evenals begrip voor elkaars uitgangspunten, want iedere organisatie heeft zo zijn eigen regels en richtlijnen. Het heeft ook wel tijd nodig gehad om elkaar goed te leren kennen daarin en te weten 'wie doet wat'. Novadic-Kentron participeert nu al ruim vier jaar in het Zorg- en Veiligheidshuis. Onderzoek van Twynstra Gudde uit 2009, in opdracht van de provincie Noord-Brabant, bevestigt dat deze korte lijnen in Tilburg een belangrijke succesfactor vormen. Naast de korte lijnen zijn er duidelijke afspraken over de regie. Het werkt goed dat bij de overleggen één samenwerkingspartner als regiehouder aangewezen wordt, die verantwoordelijk is voor de casus. Het helpt daarbij dat de gemeente de overkoepelende regie houdt en zorgt dat er hoe dan ook hulp van de grond komt. Deze onderlinge afspraken (zeker wat betreft informatie-uitwisseling) liggen vast in een convenant. Ook wordt de samenwerkingsrelatie onderhouden door deze eens in de zoveel tijd te evalueren. Onlangs zijn de 20 lastigste casussen gezamenlijk besproken. Vaak betreft dit casussen waarbij sprake is van zware gedragsproblematiek en weinig ziekte-inzicht en/of motivatie. De zorgpartijen binnen het Zorg-Veiligheidshuis zijn dan niet altijd kundig of bereid (vanuit behandelinhoudelijke overwegingen) een gedwongen kader op te zetten. Justitiële partners vinden dat wel wenselijk. Hierbij speelt ook dat zorg en reclassering werken binnen een totaal verschillend kader van wet- en regelgeving. Met deze gezamenlijke evaluatie wordt onderzocht naar wat beter kan en wat men van elkaar kan leren.

2.4 Samenwerkingsverbanden om signalering en verwijzing naar verslavingszorg te verbeteren

Huidige praktijk

Het ontbreekt de verschillende maatschappelijke partijen (zoals hulpverleningsinstellingen, scholen, politie) die zich bezig houden met jeugd, aan de benodigde expertise om middelenproblematiek vroegtijdig te signaleren en hierop in te spelen. In het voorkómen dat jongeren die kwetsbaar zijn of anderszins risico lopen op het ontwikkelen van problematisch middelengebruik kan de JVZ een belangrijke bijdrage leveren. Door hun expertise in te zetten bij partners in de eerste lijn kan de JVZ deze instanties helpen deze jongeren in een vroeg stadium te helpen. In de Richtlijn Vroegsignalering

(Snoek e.a., 2010) wordt beschreven hoe een samenwerking gericht op vroegsignalering kan worden opgezet.

Een kant en klaar breed inzetbaar instrument om de expertise van de JVZ verder te verspreiden is de geprotocolleerde deskundigheidsbevordering Open en Alert, die de sector in samenwerking met het Trimbos-instituut heeft ontwikkeld. Dit programma richt zich op middelenpreventie in verschillende settings, zoals de residentiële jeugdhulpverlening, het jongerenwerk, justitiële jeugdinrichtingen en settings voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB). De aanpak beoogt (problematisch) gebruik van alcohol en drugs door jongeren in deze settings te voorkomen of zo goed mogelijk te begeleiden. Het voorziet in het opzetten van een organisatie-breed gedragen handelswijze bij middelengebruik en expertisebevordering in signalering en motivering voor de betrokken professionals. Open en Alert is door het Centrum Gezond Leven erkend als theoretisch goed onderbouwd. Voor meer informatie zie: www.openenalert.nl. Een ander voorbeeld is het protocol voor signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij jongeren van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) (Risselada & Schoenmakers, 2010).

Ook met een bredere kring van maatschappelijke partners kan worden samengewerkt. De gemeentelijk gefinancierde pilot die IrisZorg Preventie samen met het twee ziekenhuizen in de Achterhoek heeft opgezet, is een voorbeeld van outreachende preventie die inspeelt op een actuele maatschappelijke vraag. Dit zogeheten ZAT programma is ontwikkeld voor jongeren onder de 16 jaar, die opgenomen zijn geweest vanwege een alcoholintoxicatie. Het biedt deze jongeren en zijn/haar opvoeder(s) een nazorgtraject over alcohol en het alcoholgebruik om herhaling te voorkomen. Een ander voorbeeld zijn de regionale alcoholmatigingsprojecten. In deze samenwerkingsverbanden werken gemeenten binnen een regio samen met de diverse betrokken partijen (bv. zorg, politie, horeca) om alcoholgebruik onder jongeren in de regio te verminderen. Zo werkten binnen het project 'Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek' van de GGD Gelre-IJssel acht Achterhoekse gemeenten, IrisZorg, politie en GGD Gelre-IJssel samen. Doel was om het op jonge leeftijd, vele en frequente alcoholgebruik van jongeren te matigen, voornamelijk door de perceptie van dit alcoholgebruik door hun ouders te veranderen. Voor de aanpak is gebruik gemaakt van onderzoek, bestaande (effectieve) interventies en aanbevelingen voor alcoholpreventie van het Nationaal Kompas van het RIVM. Ook is er veel energie gestoken in het ontwikkelen van (bestuurlijk) draagvlak. De aanpak richtte zich op locaties waar jongeren komen en waar alcohol een rol speelt (bv. op sportverenigingen en uitgaansgelegenheden). Per setting zijn activiteiten gekozen op het vlak van voorlichting, regels/regelgeving en handhaving. De activiteiten zijn verdeeld onder de samenwerkingspartners en onderling afgestemd. Financiering kwam van de betrokken gemeenten, een provinciale subsidie en uit de eigen instellingsmiddelen van de GGD en IrisZorg. De aanpak is door onderzoek van het CCV in 2010 geëvalueerd en door het Centrum Gezond Leven is als theoretisch goed onderbouwd beoordeeld.

Analyse en reflectie

De langere termijn: Wat gebeurt er als het project stopt?

Samenwerkingsverbanden die zich richten op het verbeteren van het signaleren en verwijzen bij middelenproblematiek hebben vaak een projectmatig tijdelijk karakter en financiering. Het zorgen voor **continuïteit** nadat het project is afgelopen is daardoor een punt van extra aandacht. Het vraagt

tijd en aandacht om nieuw opgedane kennis bij te houden en de opgezette infrastructuur voor verwijzen te behouden. Een goede inbedding in aanpalend beleid en in andere bestaande overlegstructuren kan hierbij helpen. Dan wordt de aandacht voor middelengebruik bij kwetsbare groepen jongeren of risicosettings standaard onderdeel van het gemeentelijke preventieve aanbod.

Theorie versus praktijk: Wordt de nieuwe kennis ook toegepast?

Deskundigheidsbevordering die via trainingen of informatievoorziening door de JVZ worden ingezet om de expertise over verslaving bij ketenpartners te vergroten, heeft niet altijd een effect op het daadwerkelijk handelen (*Invitational Conference Samenwerkingsverbanden JVZ, 2012*).

Gedragsverandering bereiken gaat (meestal) niet zo simpel. Er is soms sprake van **handelingsverlegenheid** bij bijvoorbeeld jeugdzorg, jeugd-GGZ, en huisarts. Deze handelingsverlegenheid dient te worden aangekaart binnen nieuwe initiatieven voor deskundigheidsbevordering en via de verschillende opleidingen.

Balanceren tussen preventie en behandeling: Is het duidelijk waar de grenzen liggen?

Inhoudelijk is het in deze outreachende type projecten voor de JVZ wel eens lastig te bepalen waar (met name geïndiceerde) preventie ophoudt en een behandelverantwoordelijkheid begint. Binnen een behandelrelatie zijn er andere (zwaardere) verantwoordelijkheden en wet- en regelgeving die nageleefd moeten (kunnen) worden. De randvoorwaarden hiervoor zijn niet altijd aanwezig binnen de preventieve projecten. Dit vraagt ook om een goede **afstemming tussen de preventie- en behandelafdelingen** binnen de JVZ. Doordat behandelafdelingen op verzoek steeds meer outreachend werken, komen ze steeds dichterbij het werkgebied van hun collega's van preventie. Omgekeerd is de afgelopen jaren binnen preventieafdelingen de geïndiceerde preventie sterk ontwikkeld, welke dicht bij het verlenen van zorg staat. Vanuit de inhoud van preventie en zorg zijn dit logische ontwikkelingen, maar binnen de interne organisatieprocessen nog niet altijd. Met het komende adolescentenstrafrecht zijn ook de afdelingen voor verslavingsreclassering zich aan het oriënteren op hun aanbod voor de doelgroep van 16-23 jaar met delinquent gedrag en middelenproblematiek. Het is verstandig te waken voor interne concurrentie binnen een instelling voor verslavingszorg.

De **financiering** is vanwege deze positionering ook niet gemakkelijk. Door hun intermediaire positie tussen de gemeentelijke (Wmo gefinancierde) zorgnetwerken enerzijds en de gespecialiseerde 2^e lijns (vooral zorgverzekeraar gefinancierde) zorg anderzijds, is financiering van deze outreachende activiteiten voor de JVZ niet altijd eenvoudig. Wie financieel verantwoordelijk is, zal per project (en soms per projectonderdeel) uitgezocht moeten worden aan de hand van de uitgevoerde activiteiten en beoogde doelgroep. Vaak worden er projectsubsidies aangevraagd bij provincies of andere overheidsinstanties. Soms komt een deel van de financiering ook uit de instellingsmiddelen van de betrokken JVZ instelling.

Een voorbeeld: de samenwerking van Youz (het jongerenmerk van Bouman GGZ) in het ROC Aanvalsplan Alcohol en Drugs in Rotterdam

Aanleiding voor het ROC Aanvalsplan was het grote gebruik van alcohol en drugs onder ROC-studenten. Vanuit hun gezamenlijke zorg om deze groep jongeren hebben de bestuurders van gemeente Rotterdam, politie en OM en twee ROC's besloten de handen ineen te slaan. Samen hebben zij een preventieprogramma opgezet om het drugs- en alcoholgebruik onder studenten terug te dringen. Het aanvalsplan voorziet in voorlichting voor en door studenten en deskundigheidsbevordering en ondersteuning voor docenten, beveiligers en conciërges, zodat zij jongeren met problemen beter signaleren. Ook ouders van probleemgebruikers worden in de aanpak betrokken. Vernieuwend aspect aan dit samenwerkingsverband is om op scholen standaard de deskundigheid uit de JVZ in te zetten. Problemen bij jongeren worden zo eerder ontdekt en jongeren krijgen eerder, efficiënter en effectiever zorg.

De Aanpak maakt gebruik van bestaande (bewezen effectieve) methoden zoals structurele voorlichting vanuit De Gezonde School en Genotmiddelen. Ook staat het project niet op zich, maar is georganiseerd in samenhang en consistent met het overig beleid op het gebied van middelen van de samenwerkingspartners. Hiervoor wordt de procesmethode Veilig Rond en In de School gebruikt. De scholen werken daarbij met een gedragscode. Hierin staan afspraken tussen de school, gemeente en politie, waarbij de school het gebruik en bezit van drugs altijd meldt aan politie en ouders.

Vanuit Youz zijn er in het kader van het Aanvalsplan wekelijks een aantal uren 'gezondheidscoaches' aanwezig op vaste locaties van de ROC's. Deze structurele aanwezigheid maakt hen persoonlijk herkenbaar voor de docenten en verdere zorgstructuur (ZAT team) op die locatie. Dat blijkt van groot belang. Als de medewerkers van Youz alleen op afroep beschikbaar zijn, is de drempel toch te hoog en komt het er niet van om hun hulp in te roepen. Er wordt bewust tijd geïnvesteerd in het opbouwen van een relatie door bv. altijd even de moeite te nemen om langs docentenkamer te lopen.

Er zijn twee typen van deze gezondheidscoaches, die verschillen wat betreft hun rol en takenpakket. Gezondheidscoaches type 1 richten zich specifiek op jongeren waarbij sprake is van problematisch middelengebruik. Zij doen intakes op de schoollocaties en voeren gesprekken met deze jongeren in het kader van een lichte behandeling. De type 1 coaches worden door de zorgverzekering via de DBC systematiek gefinancierd. Jongeren worden doorverwezen via het ZAT team naar gezondheidscoaches type 1 aan deelnemen of direct via docenten. Indien nodig wordt doorverwezen naar verdere passende behandeling binnen Youz.

Gezondheidscoaches type 2 zijn preventiewerkers die zich meer richten op de deskundigheidsbevordering. Zij leren de onderwijsprofessionals om middelenmisbruik te signaleren en indien nodig begeleiden naar zorg. Ook worden zij incidenteel gevraagd voor consultatie en verwijzen zij door naar gezondheidscoaches type 1. Gezondheidscoaches type 2 worden gefinancierd vanuit gemeentelijke subsidie.

Inhoudelijk is deze splitsing in gezondheidszorgcoaches type 1 en 2 niet nodig of wenselijk. Een allround gezondheidscoach zou gemakkelijker zijn. De achterliggende reden voor de splitsing ligt in de financieringsgrondslag. Als gezondheidscoaches type 1 zich teveel gaan toeleggen op algemene werkzaamheden, komen zij niet aan hun productie. Voor de samenwerkingspartners zijn deze verschillen tussen de typen coaches weinig zichtbaar en relevant.

Succesfactor in het project is de structurele deelname van alle samenwerkingspartners in het ZAT team. Daardoor ontstaat een bundeling van de verschillende kanalen waar problemen gesignaleerd worden. Ook de helder omschreven lange termijn visie en projectplan van het Aanvalsplan Alcohol en

Drugs zijn bevorderend voor de samenwerking. Het neemt echter niet weg dat er cultuurverschillen zijn tussen de zorg en het onderwijs en daardoor zijn er voor de korte termijn soms toch verschillen in accenten en prioriteiten. Zo kan het perspectief op problematisch middelengebruik verschillen. Voor het onderwijs wordt het middelengebruik vooral een probleem bij overlast of onderpresteren en uitval. Soms levert het stoppen met middelengebruik (vooral bij cannabisgebruik) in eerste instantie zelfs meer overlast op in een klassikale situatie en stelt dat docenten weer voor nieuwe uitdagingen. Een belangrijk knelpunt wordt gevormd door de eigen bijdrage GGZ. Deze eigen bijdrage bemoeilijkt de doorverwijzing van leerlingen die verdere hulp nodig hebben. Jongeren willen/kunnen dit vaak niet betalen. De richtlijn is officieel dat gezondheidscoach type 1 niet langer dan 2 maanden met jongere gesprekken voert. In werkelijkheid is het lastig deze grens zo duidelijk te trekken. Daardoor is er een trend dat de gezondheidscoach type 2 (vanuit preventie en geen eigen bijdrage voor de jongere) steeds meer gaat doen wat anders in de behandeling zou worden gedaan. Vanwege deze onwenselijke effecten heeft Bouman GGZ besloten de eigen bijdrage voor jongeren te vergoeden.

2.5 Samenwerkingsverbanden binnen de behandeling of begeleiding

Huidige praktijk

Bij problematisch middelengebruik ontbreekt het bij jeugdpartners vaak aan kennis en kunde hoe te (be)handelen. Doordat middelenmisbruik en afhankelijkheid vaak voorkomt in combinatie met andere ernstige (psychiatrische, LVB, justitiële) problematiek, is er vraag naar samenwerking binnen lopende behandelingen in de tweede en derdelijns jeugdzorg. Bij de inventarisatie van vormen van samenwerking om integrale behandeling vorm te geven is ook gekeken naar goed uitgewerkte vormen van samenwerking tussen verschillende disciplines (bv JVZ en jeugd-ggz) binnen één reeds bestaande organisatie. Ook deze constructies zijn interessant om in beeld te brengen, omdat ze nog relatief schaars zijn. Gezien de hoge prevalentie van dubbele diagnoses en multiproblematiek bij jongeren met middelenproblematiek sluit het aanbod dus onvoldoende aan op de vraag. Behalve samenwerking met jeugdpartners kunnen JVZ-instellingen ook kiezen voor het binnenhalen van (extra) expertise op een bepaald terrein, bijvoorbeeld die van de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG-zorg). Omgekeerd zouden jeugd-ggz of VG-instellingen hun verslavingsdeskundigheid kunnen uitbreiden. Voorbeeld hiervan is het aanbod van GGZ Dimence (zie hoofdstuk 3).

De meest voorkomende samenwerking van dit type is ambulante hulp en expertise door de JVZ die op aanvraag wordt geboden binnen de setting van collega instellingen (bv. binnen de residentiele jeugdzorg of bij een justitiële voorziening). Dat biedt de mogelijkheid van laagdrempelige consultatie van de JVZ op casusniveau binnen een lopende behandeling. Dit type samenwerkingsverband loopt uiteen van een eenmalige tot een volledige behandeling van de cliënt op locatie van de samenwerkingspartner. Vaak is het lastig om een duidelijke grens te trekken met de outreachende geïndiceerde preventie zoals eerder beschreven en loopt het een logischerwijs over in het ander. Omdat deze samenwerking meestal in de behandelsetting van de samenwerkingspartner plaatsvindt zal eerder de jeugdbehandelafdeling van de verslavingszorginstellingen hierin een rol spelen.

Een andere vorm van samenwerken binnen de behandeling is het creëren van een gezamenlijke voordeur, zoals is gedaan bij de JoVopoli, een initiatief van een aantal Haagse GGZ instellingen (www.jovopoli.nl). De JoVopoli biedt een ingang voor adolescenten en jong volwassenen met

complexe combinaties van problemen (JVZ, jeugd-GGZ, forensische problematiek). Bij aanmelding volgt een triage door deskundigen vanuit verschillende sectoren die hun expertise combineren om te bepalen welke zorg (met prioriteit) wenselijk is. Samen wordt er één behandelplan opgesteld waarbij de instelling die de primaire problematiek behandelt de hoofdverantwoordelijkheid krijgt.

Een stap verder gaat de zorg die geboden wordt in geïntegreerde ambulante teams, zoals van *Multi-Dimensional Family Therapy* (MDFT) of het *Assertive Community Treatment* (ACT) zorgmodel. Het ACT model voorziet in het organiseren van intensieve zorg die aan huis geleverd wordt op een actieve, outreachende wijze. In de Functie-ACT (FACT) variant, in Nederland veel toegepast, wordt deze intensieve zorg als een gemakkelijk opschaalbare optie aangeboden binnen een afgebakend gebied, vaak een wijk (van Veldhuizen et al., 2008). Als intensieve zorg niet nodig is, wordt er 'een vinger aan de pols' gehouden en basale sociaal-psychiatrische zorg, behandeling en begeleiding geboden. In een FACT team zijn verschillende disciplines en achtergronden vertegenwoordigd, en zijn allerhande interventies te integreren. Om als officieel (F)ACT team geaccrediteerd te worden, is een audit van de Stichting Centrum en Certificering ACT en FACT noodzakelijk (www.ccaf.nl).

Een FACT team wordt vaak door één organisatie samengesteld, maar kan ook ontstaan door een samenwerking van verschillende organisaties. Een verslavingsdeskundige is in alle gevallen een belangrijke aanvulling voor ieder FACT team.

Wanneer in een residentiële setting gekozen wordt voor een geïntegreerde behandeling is het opzetten van een geheel gezamenlijk behandeltraject vaak de logische consequentie. Een voorbeeld hiervan is DOK3 in Groningen, een initiatief waar de JVZ, gesloten jeugdzorg en LVB-zorg samenwerken. Onder gezamenlijke sturing wordt een totaal nieuw plan van aanpak ontwikkeld. Meestal kiezen organisaties voor deze vorm van samenwerking als ze tegen de grenzen van hun eigen expertise aanlopen bij het behandelen van een doelgroep met meervoudige complexe problemen. Vaak betreft het een doelgroep waarbij de problemen ernstig zijn, sprake is van comorbiditeit en transgenerationale overdracht. Dit vraagt om een intensieve integrale aanpak waarbij meerdere sectoren bij zijn betrokken. In deze samenwerkingsverbanden wordt daarom vaak aangelopen tegen verschillende kaders van wet en regelgeving (bv. Justitie, GGZ, LVB-zorg, en jeugdzorg). Zo loopt de leeftijdsgrens van het hulp en steun voor jongeren met justitiële problemen momenteel nog tot 18 jaar, terwijl (jeugd)zorg de leeftijdsgrens van 24 jaar hanteert. Het rapport Van Kwetsbaar naar Weerbaar acht het daarom verstandig de groep tussen 12 tot 24 jaar te benoemen als de gezamenlijke doelgroep. Ook kennen de verschillende sectoren hun eigen verwijzings- en indicatieroutes (Bureau Jeugdzorg, huisarts, Centrum indicatiestelling zorg), behandelrichtlijnen en protocollen en inspecties die afgestemd moeten worden binnen een gezamenlijk project. Dat vraagt ook om een gedegen inhoudelijke en juridische afstemming wat betreft de methode, diagnostiek, en juridische kaders. Dit is geen gemakkelijke of snelle klus. Niet zelden wordt hiervoor ook een projectstructuur opgericht en een ervaren procesbegeleider aangesteld. Iemand die 'de juiste (inhoudelijke) mensen op de juiste momenten op de juiste plek neerzet'. Samenwerkingsverbanden hebben meestal een niet-hiërarchische structuur. Voor een dergelijke trekker is het dus vooral van belang oog te hebben voor de bestaande verhoudingen en weinig statusgevoelig te zijn (van Delden, 2009). Ervaring is belangrijk, maar ook de charisma en enthousiasme spelen een belangrijke rol.

Tenslotte kan een instelling kiezen om zelf zwaarder in te zetten op integratie van een behandeling vanuit verschillende disciplines, zoals bij de Dubbeldiagnose Jeugd afdeling van GGZ Dimence is gebeurd.

Een voorbeeld: Make up your Mind, een samenwerking van Verslavingszorg Noord Nederland, Jeugdhulp Friesland en Behandelcentrum Woodbrookers

Jeugdhulp Friesland, een jeugdzorgaanbieder voor opvoedings-, ontwikkelings- en gedragsproblemen, werd steeds vaker geconfronteerd met (problematisch) middelengebruik onder hun cliënten. Ook begint dit middelengebruik op steeds jongere leeftijd. Om hier beter mee om te kunnen gaan en meer expertise in huis te halen, is op Raad van Bestuur niveau contact gezocht met Verslavingszorg Noord Nederland (VNN). Dit resulteerde in een gezamenlijk project voor de vroegtijdige signalering en behandeling van problematisch middelengebruik onder de cliënten van Jeugdhulp Friesland. Ook behandelcentrum Woodbrookers, een gesloten residentiële setting in oprichting, sloot zich bij de samenwerking aan. Op basis van literatuur anticipeerden zij op veel verslavingsproblematiek binnen hun doelgroep met meervoudige gedrags- of psychiatrische problematiek. De Provincie Fryslân honoreerde een gezamenlijke subsidieaanvraag voor dit project met twee ton subsidie voor het ontwikkelen van een passend zorgaanbod.

Begin 2009 is gestart door een projectleider aan te stellen en een projectstructuur te creëren. De stuur- en projectgroep werden samengesteld uit managers en inhoudelijk deskundigen van de drie samenwerkingspartners. Binnen de jeugdzorg bleek er vooral behoefte aan een goed screeningsinstrument voor alle nieuwe aanmeldingen en passend vervolg zorgaanbod. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een nieuwe korte vragenlijst over alcohol, drugs, gokken en gamen, de (ADG2) en een kortdurende behandelmodule Make up your Mind. De Make up your Mind module is gebaseerd op het Protocol leefstijltraining (CGT) middelenonafhankelijk voor jongeren, het cannabisprotocol, weet wat je doet en motiverende gesprekvoering. Er is er een handleiding geschreven voor behandelaars en een werkboek voor jongeren. Ook heeft iedere jongere een maatje voor steun en is er een informatiebijeenkomst voor ouders, die beide integraal deel uitmaken van de module. Bij het doorlopen van het hele programma, krijgen de jongeren een kleine beloning. De aanpak kent een individuele en een groepsvariant.

VNN is verantwoordelijk voor de uitvoering van Make up your Mind en wordt gefinancierd door de zorgverzekeraar. De screening en doorverwijzing (vooral het motiveren is hierbij belangrijk) is de verantwoordelijkheid van de jeugdzorginstellingen. Het was aanvankelijk ook een optie om de uitvoering van Make up your Mind ook bij de betrokken jeugdzorginstellingen te beleggen. Daarvoor bleek in de praktijk echter meer specifieke verslavingsexpertise wenselijk en is VNN verzocht dit op zich te nemen. De behandeling is outreachend en wordt aangeboden op een locatie die afhankelijk is van de situatie van de jongere: thuis, een locatie van de (gesloten) jeugdzorg of een enkele keer bij VNN.

In 2010 en 2011 zijn de ADG2 screeningsvragenlijst en de individuele- en groepsvariant van Make up your Mind gepilot. Inhoudelijk bleek dat de groepsvariant het beste paste bij relatief lichte problematiek in ambulante setting en de basishuizen/kamertraining. Bij de gesloten setting van BC Woodbrookers was het beter de individuele aanpak in zetten, omdat de problematiek daar te zwaar bleek voor een groepstraining.

Verder bleek dat de screeningsvragenlijst vaak vooral werd ingezet bij een vermoeden van middelenproblematiek, terwijl het doel was om alle nieuwe aanmeldingen standaard te screenen.

Ook het bespreken van de scores op de vragenlijst en motiveren voor doorverwijzing, kwam naar voren als een knelpunt. Kennis en expertise, maar ook attitude en behandelcultuur t.a.v. middelengebruik zijn in de Jeugdzorg nog niet altijd aanwezig voor het uitvoeren van deze taken. Er bleek eerst nog een verandering van het instellingsbrede beleid op het gebied van middelengebruik nodig. Uitgangspunten als 'een drugsvrije omgeving' of uitsluiting van behandeling bij middelengebruik moeten worden aangepast en dat vraagt een andere visie van de instelling, maar ook van de individuele medewerkers. Preventiewerkers van VNN hebben met hun expertise op dit gebied geholpen bij deze nieuwe visie- en beleidsontwikkeling. Om dit proces verder te ondersteunen is vanuit VNN preventie een trainingscyclus opgezet voor speciale aandachtsfunctionarissen bij de jeugdzorginstellingen. Deze sleutelfiguren zijn getraind in vroegsignalering van middelengebruik en motiverende gesprekstechnieken en zijn een aanspreekpunt voor vragen in hun eigen organisatie. Om deze kennis en vaardigheden ook over de tijd te borgen, bv. bij verloop van medewerkers, is gekozen voor een relatief lang, driejarig traject. Een attitude op de werkvloer verandert niet van het ene op het andere moment. Binnen het project had dit aspect uiteindelijk het meeste tijd en aandacht nodig. Belangrijke bevorderende factor in deze ontwikkelingen was dat het project goed ingebed was in de drie betrokken organisaties. De projectstructuur met een speciale projectleider en vertegenwoordigers van alle drie de samenwerkingspartners en de steun van de Raden van Bestuur, maakten dat het project niet vrijblijvend was. Nu de pilot is afgerond, bezint men zich op hoe nu verder. De afgelopen jaren zijn ca. 80 jongeren naar het project doorverwezen. De samenwerkingspartners zijn tevreden en de volgende stap is om het netwerk van de aandachtsfunctionarissen verder uit te breiden naar alle locaties en procesafspraken duidelijk vast te leggen in de eigen organisaties.

Uitdiepen van praktijkvoorbeelden

Zoals uit deze paragraaf blijkt, moet het opzetten en onderhouden van een samenwerkingsverband binnen een behandeling of begeleidingstraject niet onderschat worden. Het vraagt veel logistiek, (onbezoldigde) tijdsinvestering en inhoudelijke aandacht. Hier doorheen spelen achterliggende cultuurverschillen en belangenafwegingen tussen sectoren, op instellings- en/ of afdelingsniveau. Dat het toch zeker mogelijk is om buiten de gebaande paden te treden en een vernieuwende integrale behandelapproach op te zetten, illustreren de in de volgende hoofdstukken beschreven voorbeeldprojecten op het gebied van integrale behandeling: de afdeling Dubbeldiagnose Jeugd van GGZ Dimence (hoofdstuk 3), de co-behandelingsconstructie van Tactus Verslavingszorg en Pactum Jeugdzorg en Educatie (hoofdstuk 4); het MDFT team (MultiDimensionele FamilieTherapie) van het Palmhuis/de Jutters en Parnassia Brijder (hoofdstuk 5) en DOK3 (hoofdstuk 6), een initiatief van Verslavingszorg Noord Nederland, Het Poortje Jeugdinstellingen, en orthopedagogisch behandelcentrum Driever's Dale. In hoofdstuk 7 volgt een analyse en reflectie op deze voorbeelden.

3 Voorbeeld: Dubbeldiagnose Jeugd afdeling van GGZ Dimence

In de volgende paragrafen is de beschrijving en analyse van het eerste voorbeeldproject te vinden: de afdeling Dubbeldiagnose Jeugd van GGZ Dimence. Zoals we in hoofdstuk 1 hebben toegelicht staat in dit onderzoek niet alleen de samenwerking tussen verschillende instellingen centraal, maar ook die tussen verschillende disciplines. De manier waarop aan integrale samenwerking tussen verschillende disciplines vorm en inhoud wordt gegeven vormt de focus.

3.1 Inhoud van de samenwerking

Achtergrond van het initiatief

GGZ Dimence heeft een traditie in de verslavingspsychiatrie, vanuit de visie dat verslaving moet worden behandeld als alle andere psychiatrische ziektebeelden en in samenhang daarmee. Er bestond daarom al geruime tijd een dubbeldiagnose kliniek voor volwassenen. Er bleek een toenemende vraag te zijn naar een dergelijk initiatief voor jongeren. Om in deze vraag te kunnen voorzien is in 2009 de Dubbeldiagnose Jeugd afdeling van start gegaan.

Doelgroep

De afdeling Dubbeldiagnose Jeugd richt zich op jongeren met gecombineerd problematisch middelengebruik en (een vermoeden van) psychiatrische problematiek met een normale intelligente (IQ >85). Jongeren tussen de 12 en 23 jaar kunnen worden aangemeld. Voor opname vormt de mate waarin de jongere geïndividueerd en gesepareerd leeft van zijn ouders/opvoeders een leidraad. De gemiddelde leeftijd bij aanmelding was de eerste jaren rond de 17 jaar, maar daalt recent wat. Er worden meer jongens dan meisjes aangemeld (circa 4:1). Mogelijk komen jongens door externaliserend gedrag eerder in beeld van de hulpverlening. De afdeling Dubbeldiagnose Jeugd heeft een bovenregionale functie en aanmeldingen komen vanuit het hele land.

Beschrijving van de aanpak

De afdeling Dubbeldiagnose Jeugd biedt een volledig geïntegreerde systemische behandeling. De visie is dat de psychische problematiek en het problematisch middelengebruik op een ingewikkelde wijze met elkaar samenhangen, en niet los van elkaar te behandelen zijn. Beide aspecten worden dus tegelijkertijd aangepakt, waarbij wel wisselend het een of het ander meer op de voorgrond kan staan. Meestal is er sprake van kenmerken van diverse comorbide stoornissen (Hansman, en West, 2012). De afdeling Dubbeldiagnose Jeugd afdeling doet gemiddeld vier intakes per week en heeft ongeveer 100 jongeren in behandeling, waarvan 16 opname plaatsen, acht dagbehandelingsplekken en twaalf MDFT² gezinnen.

De afdeling bestaat uit een polikliniek, MDFT-team, dagbehandeling en twee (open) klinische afdelingen (Detox-Diagnostiek en Vervolgbehandeling). Pijlers van de aanpak zijn: systemisch werken (deelname van relevante systeemleden is een voorwaarde voor behandeling), motiverende gespreksvoering, en competentiegericht werken. Het behandelaanbod is gericht op stabiliseren en

² MultiDimensionele FamilieTherapie, zie voor meer informatie hoofdstuk 5.

resocialiseren. De behandeling dient aan te sluiten bij het motivatiestadium en de mogelijkheden van de jongere en zijn systeem. Klinische opname wordt zo kort mogelijk gehouden en er wordt zo snel mogelijk gestart met het oefenen van vaardigheden in de eigen leefsituatie. Ook begeleiding om tot maatschappelijke re-integratie te komen en terugval te voorkomen, worden zo snel mogelijk ingezet (Hansman en West, 2012).

Binnen het behandelteam werken vele disciplines samen: kinder- en jeugdpsychiater, psychiater, A(N)IOS psychiatrie, verslavingsarts, GZ-psychologen, systeemtherapeuten, MDFT-team (therapeuten en supervisor), sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, trajectbegeleider, vaktherapeuten (muziektherapie, creatieve therapie beeldend, psychomotorische therapie), psychiatrisch verpleegkundigen (niveau vier en niveau vijf) SPH-ers en SPW-ers, sportleraar. Ook is er een vrijwilliger die de jongeren op vrijwillige basis twee maal per week begeleidt bij praktische zaken als budgetteren, boodschappen doen, en koken.

Behandeling

Op de polikliniek wordt individuele en systemische ambulante behandeling geboden, zoals leefstijltraining, Cognitieve gedragstherapie (CGT), ouderbegeleiding, MDFT, systeemtherapie, EMDR³, psycho-educatie, en psychofarmaca. Er wordt getracht zo nauw mogelijk aan te sluiten bij bestaande richtlijnen (NVvP, Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Resultaten Scoren) en er wordt gebruik gemaakt van de Leefstijltraining (zowel individueel als in de groep) en de niet middel-specifieke richtlijn Cognitieve gedragstherapie Jeugd.

Indien een poliklinische behandeling ontoereikend is vanwege aard of ernst van de problematiek, kan gekozen worden voor een klinische opname. Er is een voorbereidingsfase van enkele weken met een psychiatrisch consult en een consult bij de verslavingszorg arts. Ook is er zo de tijd om informatie en uitleg te geven, zodat alle betrokkenen weten waar men voor kiest en de onderlinge afspraken duidelijk zijn. Opnames vinden plaats op vrijwillige basis. Samen met alle systeemleden wordt de behandelovereenkomst opgesteld. In de behandelovereenkomst wordt afgesproken wie de jongere ophaalt wanneer problematisch gedrag van de jongere op de afdeling de voortzetting van de klinische behandeling in gevaar brengt en waar de jongere dan heen gaat (time-outconstructie). De behandelovereenkomst wordt door alle systeemleden ondertekend (ongeacht de leeftijd van de jongere) (Hansman en West, 2012).

Een reguliere opname op de afdeling Detox-Diagnostiek duurt viereneenhalve week, een opname op de Vervolgbehandeling één of meerdere cycli van 8 weken. Op de afdeling Detox-Diagnostiek wordt naast de reguliere opnames ook gewerkt met ontgiftings- en crisisopnames. Ontgiftingsopnames zijn opnames van 2 weken van jongeren die eerder opgenomen zijn geweest en zijn teruggevallen. Crisisopnames betreft jongeren voor wie een opname noodzakelijk is om excessief middelengebruik te doorbreken. De jongere wordt dan 1 week opgenomen. Men is terughoudend met crisisopnames, omdat daarmee gemakkelijk de verwachting bij jongere en systeem kan worden gewekt dat de problemen snel en zonder veel eigen inspanning van jongere en systeem te verhelpen zijn (Hansman en West, 2012), leidend tot opvallend verhoogd risico op drop-out als het tegendeel blijkt.

³ Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Er is een duidelijk omschreven dagelijkse routine binnen de kliniek en dagbehandeling (vanaf het moment van opstaan tot naar bed gaan). De jongeren volgen in groepen per dag 4 blokken van een uur, zoals: weekend voor- en nabespreking, middelengroep, cognitieve gedragstherapie, themagroep, eigen leefsituatie, terugvalpreventie, psycho-educatie seksualiteit, sociale vaardigheidstraining, emotie regulatie training (ERT), agressie regulatie training (ART), cursus omgaan met negatieve gedachten, maatschappij en actualiteit, vrije tijdsinvulling, groepsoverleg, vaktherapieën, zelfwerktijd. Drie maal per week is er sport. Er wordt geprobeerd zo veel mogelijk aan te sluiten bij de individuele mogelijkheden en behoeften van iedere jongere (Hansman en West, 2012).

Een belangrijk verschil met de behandeling van volwassenen is het klimaat op de afdeling en de benadering door de groepsbegeleiding. Er wordt een huiselijkere sfeer neergezet en er wordt minder uitgegaan van, bij volwassenen vanzelfsprekende, eigen verantwoordelijkheid. De benadering van de jongeren is persoonlijker van aard. De groepsdynamiek kan ingewikkeld zijn door de combinatie van verschillende soorten psychiatrische problematiek en middelenproblematiek (Hansman en West, 2012).

Terugvalpreventie is uiteraard een belangrijk aspect van de behandeling. Er wordt een voor- en nadelenbalans van middelengebruik opgesteld met de jongere en een risicoanalyse gemaakt voor hoog risico situaties. Tijdens de opname wordt gewerkt met ademanalyse en urinecontroles. Dit dient als hulpmiddel om een terugval te voorkomen of als drukmiddel voor de jongere om een terugval zelf te melden. Ook ligt er een draaiboek voor weggelopen op de afdeling en/of gebruik tijdens de opname. Uitgangspunt is niet te moraliseren, maar binnen duidelijke grenzen te proberen om de jongere (zo veel mogelijk met hulp van de systeemleden) te motiveren de behandeling voort te zetten.

De jongeren gaan gedurende de opname niet standaard naar school/stage/werk. Er is wel veel aandacht voor deze aspecten (bijvoorbeeld organiseren van een beroepskeuzetest) en het vinden van een richting na de opname. Indien logistiek mogelijk stromen de jongere geleidelijk door naar een opleiding of werk met ondersteuning vanuit de afdeling. Binnen de dagbehandeling is de combinatie met school uiteraard wel mogelijk en deze wordt ingezet zodra dat mogelijk is. Er wordt onderzocht of school verder geïntegreerd kan worden in het behandelaanbod.

Juridische aspecten van de behandeling

Binnen de afdeling werkt men (ongeacht de leeftijd van de jongere) in een vrijwillig kader met de jongere en ouders. Soms is er achterliggend wel sprake van een Ondertoezichtstelling (OTS) en/of een (jeugd)strafrechtelijke maatregel. Tenslotte komt het soms voor dat de Raad voor de Kinderbescherming een onderzoek start (al dan niet na melding door het team). Het is soms manoeuvreren in de afstemming en informatie-uitwisseling met deze partijen i.v.m. de balans tussen het beroepsgeheim, goed hulpverlenerschap en behandelvisie.

Ook voor het toepassen van eventuele (dwang en) drang maatregelen is een duidelijke meldingsprocedure gemaakt met taken en verantwoordelijkheden voor de betrokken medewerkers.

Verantwoordelijkheden en taakverdeling

Voor het hele proces van aanmelding tot en met ontslag is een stroomschema ontworpen dat de verantwoordelijkheden voor alle betrokkenen tot in detail omschrijft.

Er is ook veel aandacht voor een heldere taakverdeling. Recent is de taakverdeling, met name ten aanzien van zorgcoördinatie en ketenzorg bij interne doorverwijzing, herzien. De poli-behandelaar bleef eerder te nauw betrokken bij de behandelingen op de opname afdeling. Het idee hierachter was dat de poli-behandelaar op die manier de rode draad vast kon houden. In de praktijk bleek het de poli-behandelaar (te) veel tijd te kosten en de verantwoordelijkheden van de behandelaars op de afdelingen te compliceren. Het werd onduidelijk wie wanneer wat moest doen. Nu zijn de rollen van poli- en afdelingsbehandelaar meer gescheiden en voert de behandelaar van de afdeling de regie bij opname. De afdelingsbehandelaar houdt de poli-behandelaar tussentijds op de hoogte. Ook hebben de poli-behandelaars regelmatig een rol op de opname afdeling (bijvoorbeeld het geven van een groepstherapie of het uitvoeren van systeemtherapie), zodat ze zijdelings betrokken blijven. Alle veranderingen in taken en bevoegdheden zijn vastgelegd in een matrix en er is een knelpuntenanalyse gemaakt voor de implementatie om problemen in de uitvoering voor te zijn.

Doelen

Er worden individuele doelen gesteld in het behandelplan van iedere jongere. Deze richten zich op het uitbreiden van vaardigheden, het omgaan met blijvende vaardigheidstekorten en het bewerken van systeemfactoren.

Onderlinge afspraken en visie

Er is bij aanvang in 2009 een beleidsplan (inmiddels wel wat gedateerd) geschreven. De visie is gezamenlijk bepaald en wordt ook af en toe bijgesteld. Er is in 2012 een heidag geweest met alle medewerkers met een brainstorm over de visie ("*twist and turn*") en missie ("*2MOVE*"). De visie *twist and turn* staat voor de dans om alle belangen van de verschillende partijen samen te laten komen, en de behandeling vorm te geven. Deze dans moet je dansen, omdat het alleen dan kan komen tot een "*turn*". De draai die nodig is voor verandering. In de missie *2MOVE* staat de 2 voor samen en daarmee voor het afstemmen, alle partijen betrekken, en vraaggericht werken; de M staat voor maatwerk; de O voor ontwikkelen; de V voor verbinden; de E voor eigenheid.

Tussentijds is er ook aandacht voor de teamvorming en ontwikkeling van medewerkers. Dit gebeurt door teamoverleg en intervisie (1x per 2 weken), en deskundigheidsbevordering. Hierbij ligt de nadruk op tweede orde samenwerking, dus niet alleen wie doet wat, maar meer op het opbouwen van onderling vertrouwen en het reflecteren op het gezamenlijke proces. Alles in detail proberen vast te leggen op gebied van taak en rolverdeling helpt niet (zeker niet) als er geen vertrouwen is.

Financiering

De financiering van de afdeling verloopt via de Zorgverzekering (ZVW) en de AWBZ.

3.2 Afspraken over samenwerking in algemene zin

Intern is de afdeling Dubbeldiagnose Jeugd ondergebracht binnen het circuit Verslavingszorg van GGZ Dimence. Met de Dubbeldiagnose afdeling voor volwassenen is er een uitwisseling van kennis en kunde. Ook met de Kinder & Jeugd psychiatrie binnen GGZ Dimence zijn er korte lijnen. Met de bredere organisatie is nog wat minder uitwisseling. Doordat Dimence een grote samengestelde organisatie is, zijn er nog wel wat schotten van voor de fusie. Dat wordt nu steeds minder door roulatie van medewerkers, met name door opleidingen. De Raad van Bestuur heeft de Dubbeldiagnose Jeugd altijd gesteund. Men is trots op het brede multidisciplinaire aanbod dat er is gerealiseerd en heeft hiervoor de vrijheid en middelen ter beschikking gesteld.

Extern wordt samengewerkt met vele samenwerkingspartners, bijvoorbeeld (jeugd)GGZ, (jeugd)verslavingszorg Tactus, kindergeneeskunde, huisartsgeneeskunde, BJZ, jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk, RIBW, scholen, leerplicht ambtenaren, Raad voor de Kinderbescherming, en politie. Deze samenwerking is vaak op casusniveau. Met sommige partijen is er een nauwe samenwerkingsrelatie (bijvoorbeeld de jongeren RIBW) en soms zijn de afspraken geformaliseerd (zoals bij de alcoholintoxicatiepoli met de kindergeneeskunde en Tactus). Het opbouwen en onderhouden van goede samenwerkingsrelaties met deze partijen is van essentieel belang. Bij de opstart van de Dubbeldiagnose Jeugd is er direct contact gezocht en kennis gemaakt, waardoor men elkaar nu weet te vinden. De samenwerkingsrelaties hebben echter geen structureel karakter. Het zou teveel tijd vragen overal aan te schuiven. De afdeling heeft een bovenregionale functie en veel van deze netwerken zijn lokaal georganiseerd.

Ook is er vanuit de Dubbeldiagnose Jeugd al het nodige gedaan om expertise te bevorderen bij partners over middelengebruik en -misbruik onder jeugd in het algemeen en over de signalering daarvan (bijvoorbeeld recent bij huisartsen in de regio). Deze activiteiten zitten nog in de beginfase en moeten de komende tijd verder worden uitgebouwd. Struikelblok is het feit dat dit type dienstverlening niet wordt gefinancierd.

De Dubbeldiagnose Jeugd heeft geen eigen preventie aanbod. Dat is een bewuste keuze. De focus ligt op het bieden van een gespecialiseerd 2^e en deels 3^{de} lijns behandelaanbod. De bredere Dimence organisatie heeft wel een aantal cursussen (o.a. KOP KVO) en ook de preventieafdeling van Tactus Verslavingszorg voorziet in deze behoefte in de regio. Dat heeft tot gevolg dat de Dubbeldiagnose Jeugd weinig outreachend werkt en minder zichtbaar is in het veld. Er zijn goede contacten met de preventieafdeling van Tactus, onder meer via het Lectoraat Verslavingspreventie van de Hogeschool Windesheim. De GZ-psycholoog van de Dubbeldiagnose Jeugd is aan het Lectoraat verbonden (deels gefinancierd door Dimence). Een intensievere verbinding tussen het behandelaanbod van de Dubbeldiagnose Jeugd en preventief aanbod zou mooi zijn. Ook is er bij de samenwerkingspartners vraag naar outreachende hulp bij motiveringsproblemen bij verwijzing. Het motiveren van de doelgroep voor behandeling, is vaak moeilijk. Momenteel wordt overwogen of het mogelijk is om aan te sluiten bij een bestaande structuur of toeleidingsteam.

3.3 Werkwijze bij doorverwijzing

Verwijzingen

Om ketenpartners te ondersteunen bij verwijzingen is een korte handleiding gemaakt. Hierin staat uitleg over de aanpak, de indicaties en contra-indicaties, de benodigde gegevens en het aanmeldproces. Ook wordt gevraagd altijd telefonisch contact te zoeken om persoonlijk te overleggen.

Voorwaarde voor plaatsing is toestemming en medewerking om informatie op te vragen bij andere betrokken partijen. Dat is nodig om goede zorg en continuïteit te bieden. Verwijzers (bijvoorbeeld BJZ) kunnen op hun beurt ook aanwezig zijn bij het adviesgesprek met de jongere en ouders. Met GGZ Centraal (polikliniek Dubbeldiagnose Jeugd) is daarnaast overeengekomen dat de verwijzers ook aanwezig kunnen zijn bij het voorafgaande multidisciplinair overleg. In de praktijk gebeurt dit nog niet zo vaak, waarschijnlijk mede om tijd- en logistieke redenen.

Een stabiele woonsituatie is ook een voorwaarde voor verwijzing. Een vaak terugkomend knelpunt is dat deze niet voor handen is in urgente gevallen. Verwijzers staan onder druk om een passende setting te vinden met een vraag op drie gebieden: diagnostiek, behandeling en wonen. Het aanbod van de Dubbeldiagnose Jeugd bestrijkt de eerste twee gebieden, maar wonen kan niet op een behandelafdeling. Om een zinvolle behandeling mogelijk te maken is een voldoende stabiele woonsituatie een noodzakelijke basis. Met de residentiële jeugdzorg is op dit gebied geen structurele samenwerking. Vaak is abstinentie een voorwaarde in dit type setting. Dat is niet altijd gemakkelijk werken. Er is een andere visie op middelengebruik en de omgang daarmee. Het wordt vaak gedoogd buiten het terrein zolang het geen problemen geeft, maar is officieel verboden. Als er vervolgens grote problemen ontstaan, zet men de jongere eruit. Dat levert soms knelpunten op in de verwijzingen over en weer. Deze problemen worden in informeel overleg aangekaart en er wordt zo veel mogelijk gestreefd naar het op elkaar afstemmen van een opname bij Detox-Diagnostiek en een plaatsing in de residentiële jeugdzorg. Lastig is hierbij dat er niet tegelijkertijd twee indicaties voor residentiële jeugdzorg en JGGZ gegeven kunnen worden. Als jongeren eenmaal een plek hebben in de residentiële setting, is het wel mogelijk een aanvullende indicatie voor de behandeling van de Dubbeldiagnose Jeugd te krijgen. Helaas zijn er lange wachtlijsten voor deze residentiële plekken. Op het gebied van huisvesting is er ook een intensieve samenwerking met de jongeren-RIBW. Met de RIBW wordt momenteel ook overlegd of het mogelijk is om bedrijfsmatig een aantal gezamenlijke bedden te creëren, want in de praktijk is er veel overlap tussen de doelgroepen.

De Dubbeldiagnose Jeugd heeft ook een crisisopname plek voor situaties waarin het middelengebruik van een jongere binnen een andere instelling onhoudbaar is geworden. Soms wordt men benaderd met het verzoek om crisisopname in verband met een crisis in de thuissituatie (vaak een pedagogische crisis). Dit is geen indicatie voor een crisisopname op de Detox Diagnostiek. Deze jongeren worden echter ook vaak door de andere jeugdhulpverlening niet geaccepteerd voordat ze abtinent zijn. Hiermee komt de verwijzer schaakmat te staan en kunnen de gemoederen hoog oplopen. Er wordt dan geprobeerd zoveel mogelijk tijd en uitleg te geven en mee te denken. Om deze situaties zoveel mogelijk voor te blijven, is er een handleiding voor verwijzers verspreid om uitleg te geven over de voorwaarden, procedure en duur van een crisisplaatsing op de Detox Diagnostiek.

Als het om dit soort redenen niet lukt voor een jongere om met alle partijen tot een goed behandelplan te komen, wordt er een zorgconferentie belegd als de tijd het toelaat. Alle betrokken partijen, de jongere en zijn/haar ouders komen in een dergelijke conferentie samen om te zoeken naar een constructieve aanpak. Meestal worden deze jongeren uiteindelijk toch geplaatst binnen een crisisopvang of gesloten jeugdhulpverlening, waarbij ze helaas soms uit het beeld verdwijnen, met name bij plaatsing op afstand in de gesloten jeugdzorg.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing

Alle nieuwe aanmeldingen komen binnen via de polikliniek. Daar wordt met een vaste intake procedure (inclusief standaard instrumenten) onderzocht welke verdere diagnostiek en behandeling geïndiceerd is. Deze intake procedure is recent herzien om de procedure wat strakker te stroomlijnen. De deelname aan de landelijke MATE-Jeugd pilot heeft dit proces versneld.

De intake procedure bestaat uit twee gesprekken met een poli-behandelaar. Deze gesprekken dienen om de hulpvraag te verhelderen, de motivatie en de systeemproblematiek in te schatten, en uitleg te bieden. De screeningsinstrumenten die hierbij standaard gebruikt worden, zijn nog niet definitief, maar waarschijnlijk zal gekozen worden voor:

- MATE-Jeugd als algemeen intake instrument
- Systemische lijst voor het in kaart brengen van interne patronen in het gezin
- SDQ voor jongere, systeemleden en leerkracht (voor zover aanwezig)

Naar aanleiding van de bevindingen uit deze twee eerste gesprekken wordt in een centraal multidisciplinair overleg (het indicatieberaad) een gezamenlijk advies voor verdere diagnostiek en behandeling opgesteld. Afspraak is om naast een eerste screening op psychiatrische en maatschappelijke problematiek, de verslavingsdiagnostiek prioriteit te geven voorafgaand aan dit indicatieberaad. Daarmee kan een zorgzwaartepakket worden bepaald. Verdere psychiatrische diagnostiek wordt (indien nodig) in een later stadium uitgevoerd. De insteek is om op basis van de minimaal benodigde hoeveelheid informatie tot een goede indicatie te komen. Sturen op hoofdlijnen en op proces is hierbij het uitgangspunt. Het vraagt wel wat tijd om aan deze manier van werken (via standaard procedures en met meer oog voor efficiëntie) te wennen. Bij deze ontwikkeling speelt op de achtergrond ook de deelname aan de landelijke Routine Outcome Monitoring (ROM) voor de JVZ en het vaststellen en standaardiseren van de ROM-instrumenten. Positief is dat dit zal helpen om de resultaten van de geboden behandeling meer inzichtelijk te maken en een betere basis te bieden voor verder onderzoek.

Wat betreft de verdere psychiatrische AS I diagnostiek (ontwikkelingsstoornissen, bijvoorbeeld ADHD, autisme spectrum stoornissen) is het nog de vraag welk protocol er gekozen wordt: zowel de Kinder- & Jeugd psychiatrie als de JVZ heeft eigen protocollen. Hierin is de afstemming met de volwassenen Dubbeldiagnose afdeling ook van belang. Vaak is er uitgebreide en kostbare training nodig om bepaalde instrumenten te kunnen gebruiken.

3.4 Proces van samenwerking

Uit de interviews en bovengenoemde beschrijving zijn verschillende factoren af te leiden die de integrale behandeling bevorderen of belemmeren. Deze paragraaf beschrijft kort deze factoren.

Bevorderende factoren

- Werken vanuit een duidelijke en breed gedragen visie op de integrale aanpak van verslaving.
- De problematiek van de jongere is het uitgangspunt. Men is flexibel in het aanpassen van het aanbod op de individuele wensen en behoeften.
- Een inhoudelijk bevlogen trekker die zowel intern als extern een duidelijk aanspreekpunt is.
- Korte lijnen met (keten)partners (direct contact), (nog) niet structureel.
- Bij strubbelingen wordt actief contact gelegd met de andere betrokken partijen en gezocht naar een oplossing (bijvoorbeeld met behulp van een zorgconferentie).

Belemmerende factoren

- Soms is er sprake van een gebrek aan gedeelde visie en verantwoordelijkheid tussen ketenpartners uit de verschillende sectoren. Er zijn andere (botsende) voorwaarden en regels bij ketenpartners, bijvoorbeeld middelengebruik als contra-indicatie in de residentiële jeugdzorg.
- Het ontbreken van kennis en instrumentarium voor het signaleren van middelenproblematiek bij jongeren bij verwijzers. Het wordt nog te vaak niet herkend.
- Motiveringsproblematiek voor aanmelding. Dit is officieel de verantwoordelijkheid van de verwijzer, maar motivering blijkt vaak problematisch bij deze doelgroep. De gevraagde aanvullende outreachende ondersteuning voor motivering van de jongere wordt bovendien niet bekostigd.
- Aspecten van wetgeving: bijvoorbeeld de leeftijdsgrens van 18 jaar in de jeugdhulpverlening geeft problemen bij de woonproblematiek. De GGZ behandeling bij Dimence loopt na de leeftijd van 18 jaar gewoon door, maar de jongeren die binnen de residentiële jeugdzorg wonen hebben dan plotseling geen vaste woonplek meer, omdat ze daar vanaf 18 jaar niet meer mogen wonen.
- Er is veel overleg en samenwerking nodig om af te stemmen met netwerkpartners. Deze tijd wordt niet of onvoldoende vergoed. Er is geen capaciteit om bij alle (lokale) netwerken aan te schuiven.

Met medewerking van:

- Marjan Hansman (kinder- en jeugdpsychiater/ behandel coördinator)
- Bram Bovee (psychiater polikliniek, MDFT)
- Jannet de Jonge- de Haan (GZ psycholoog/ onderzoeker Kenniskring Lectoraat Verslavingspreventie Windesheim)
- Nynke Prins (teamleider)

Speciale dank aan het detox team, voor de mogelijkheid van het bijwonen van hun teamoverleg.

Geraadpleegde literatuur

- Hansman en West, Jongeren, problematisch middelengebruik en psychiatrie, uit: Handboek dubbele diagnose, red. Dom, G. et al., te verschijnen in najaar 2012 (ISBN: 978 90 5898 218 6)
- Wijngaarden, P. J. M. van, & Gaag, R. J. van der (2010). Verslaving als ontwikkelingsstoornis. *Kind en Adolescent*, 31 (4), 174-187.
- Wijngaarden-Cremers, P. J. M. van, Hansman-Wijnands, M., & Gaag, R. van der (2011). Middelenmisbruik en comorbiditeit. In: M. Clerkx, R. de Groot, & F. Prins (2011). *Grensoverschrijdend gedrag van pubers*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

4 Voorbeeld: Co-behandelingsconstructie van Tactus en Pactum

4.1 Inhoud van de samenwerking

Achtergrond van het initiatief

Pactum, een organisatie voor jeugd- en opvoedhulp in Gelderland en Overijssel, werd binnen hun residentiële voorzieningen steeds vaker met verslavingsproblematiek geconfronteerd. Daarbij ging het zowel om alcohol en drugs als om niet-middelengebonden problemen, bijvoorbeeld excessief gamen en internetten. De ernst van deze problematiek varieerde, maar soms was deze zo ernstig dat verdere behandeling onmogelijk werd en er eerst voor detox naar de verslavingszorg doorverwezen moest worden. Op management niveau werd contact gezocht met Tactus Verslavingszorg om een passend antwoord te vinden. In 2008 is een officiële samenwerkingsovereenkomst door de bestuurders van beide organisaties getekend voor een gezamenlijke integrale aanpak. Pactum koos er hierin voor om de verslavingsproblematiek niet zelf te gaan behandelen, maar dit over te laten aan de specialisten in de verslavingszorg. Het convenant geldt voor de hele Pactum organisatie. De uitgangspunten van deze overeenkomst zijn:

- Partijen constateren dat in hun gemeenschappelijk werkgebied jeugdigen zijn met een hulpvraag, die een integrale benadering noodzakelijk maakt. Het betreft jeugdigen met een complexe hulpvraag, die behoefte hebben aan het jeugdhulp aanbod van Pactum aangevuld met het specialistisch verslavingshulp aanbod van Tactus;
- Door de bundeling van dit hulpaanbod en de elkaar aanvullende activiteiten wordt de begeleiding geoptimaliseerd.

Doelgroep

De samenwerking richt zich vooral op jongeren tussen de 12 en 23 jaar binnen de residentiële jeugdzorg van Pactum, waarbij middelen- of verslavingsproblematiek wordt geconstateerd. In de praktijk zijn de meeste jongeren die gezien worden tussen de 12 en 17 jaar en vaker jongens dan meisjes (verhouding 60/40%).

Beschrijving van de aanpak

Binnen de samenwerking is er een gezamenlijke methodiek opgezet voor:

- a. screening bij de intake door Pactum,
- b. signalering tijdens de behandeling door Pactum en
- c. laagdrempelige outreachende co-behandeling door Tactus.

Ad a. Allereerst worden alle aanmeldingen bij de residentiële jeugdzorg van Pactum op verslavingsproblematiek gescreend door medewerkers van Pactum. Zo worden verslavingsproblemen zo vroeg mogelijk gesignaleerd en opgepakt. De resultaten van deze screening worden geclassificeerd volgens de stoplicht methodiek. Op basis deze methodiek kan vervolgens worden besloten of verdere behandeling door Tactus noodzakelijk is. In de stoplichtmethodiek wordt een kleurcodering gebruikt om de fase en ernst van het middelengebruik aan te geven. Het gaat hierbij om een glijdende schaal. De ernst van de problematiek wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren, die bij elke individuele casus weer een andere uitkomst kent. Het is vooral

een risico-inventarisatie die wordt gemaakt van de ernst van het gebruik, de functie van het gebruik in combinatie met aanwezige risicofactoren (zoals persoonlijkheid, biologische kwetsbaarheid, adequate probleemoplossende vaardigheden, weerbaarheid, enzovoort)⁴. Groen wordt gebruikt om aan te geven dat er is (nog) geen sprake is van middelenproblematiek. Bij oranje is er sprake is van een schaal lopend van experimenteren met middelen tot en met problematisch gebruik. Bij rood is er waarschijnlijk sprake van afhankelijkheid of verslaving. De grens tussen oranje en rood is gedefinieerd op basis van de mate waarin het gebruik de ontwikkeling en het dagelijks leven beïnvloedt. Bij oranje wordt het dagelijks leven waarschijnlijk wel belemmerd, maar is het nog niet gestagneerd. De problemen zijn (nog) niet zo groot dat de middelenproblematiek in de behandeling prioriteit zou moeten hebben. Wel dient de hulp voor de verslavingsproblematiek in de jeugdzorg-behandeling verweven te zijn.⁵

Bij rood is er een noodzaak tot het met prioriteit behandelen van de middelenproblematiek en wordt er direct doorverwezen naar Tactus. Er moet dan worden overwogen of de verslavingsproblematiek zo op de voorgrond staat, dat verdere behandeling bij Pactum (in dit stadium) onmogelijk is. De indicatie zal in dat geval door Bureau Jeugdzorg moeten worden herzien. Bij oranje wordt de jongere aangemeld voor co-behandeling bij Tactus. Die behandeling vindt ambuland, outreachend plaats op de betreffende Pactum locatie (zie Ad c.).

Ad b. Een andere aanmeldroute voor co-behandeling door Tactus is als groepsleiding of andere betrokken behandelaars (later) signalen krijgen dat de jongere verslavingsproblemen heeft, die niet zijn opgemerkt of zich hebben ontwikkeld tijdens de opname. Om deze signalen goed te kunnen herkennen is bij aanvang het hele team van groepsleiding en docenten van de dagbehandeling door de preventiemedewerkers van Tactus getraind. De training was gericht op het vergroten van de kennis op het gebied van middelen en verslaving, en het aanleren van vaardigheden voor het signaleren van deze problematiek en het motiveren van de jongere voor gedragsverandering.

Ad c. Indien via een van deze aanmeldroutes blijkt dat aanvullende gespecialiseerde expertise nodig is van Tactus wordt de jongere aangemeld bij een vaste contactpersoon van Tactus. Deze behandelaar voert vervolgens de co-behandeling uit op locatie van Pactum en blijft gedurende het hele traject het vaste aanspreekpunt. Om integrale zorg te bieden, wordt de behandeling van Tactus ook opgenomen in het behandelplan van de jongere bij Pactum. Zo kunnen alle aspecten van de problemen van de jongere in samenhang worden beoordeeld en behandeld. Hiertoe levert de behandelaar van Tactus twee keer per jaar een bijdrage aan het centrale behandelplanoverleg. Ook

⁴ Uitgangspunt bij de behandeling is het bio-psychosociaal model (beschreven in de zorgvisie van Tactus). In dit model wordt de ontwikkeling en groei van een jongere gezien als een dynamisch gebeuren. Het is het resultaat van een complex samenspel van biologische (medisch, genetisch), psychologische (cognitief, emotioneel, gedragsmatig, relationeel) en sociale elementen (gezin, ruimere context). Het bio-psychosociaal model is multifactorieel. Het gaat ervan uit dat er meerdere factoren meespelen bij het ontstaan en voortbestaan van verslavingsproblemen.

⁵ Er is voor gekozen om de experimenteer fase ook al als oranje te labelen. Dit omdat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat jeugdigen die gebruik maken van jeugdzorginstellingen vaak snel en zonder veel drempels de verschillende fasen doorlopen en middelenproblematiek ontwikkelen. Daarnaast zijn er verhoudingsgewijs veel jeugdigen onder de doelgroep waarbij een biologische kwetsbaarheid aanwezig is op het ontwikkelen van middelenproblematiek. Dit maakt dat experimenteergedrag al een risico vormt.

heeft de behandelaar van Tactus eens per acht weken een evaluatiegesprek met de jongere en de mentor van Pactum over de voortgang de behandeling.

Betrokken personeel Tactus

Bij de ontwikkelde aanpak zijn in eerste instantie vooral preventiewerkers en behandelaars van Tactus jeugdafdeling (maatschappelijk werker, sph-ers) betrokken. Verder beschikt het team van de behandelafdeling van Tactus over een Kinder- en Jeugd psychiater, een orthopedagoog, een GZ psycholoog, een systeemtherapeut, verpleegkundige, arts, KVO medewerker en een MDFT team. Deze zijn allemaal in te zetten indien nodig.

Behandeling

Na de goedkeuring van het behandelplan, start de co-behandeling door de behandelaar van Tactus parallel aan de lopende behandeling bij Pactum. De ambulante behandeling bestaat uit vijf tot tien individuele gesprekken. Binnen de jeugdafdeling van Tactus wordt gewerkt volgens de oplossingsgerichte werkwijze. Verder wordt er geen vast protocol of richtlijn gebruikt voor deze behandeling.

Iedere acht weken vindt er zoals gezegd een gezamenlijk gesprek plaats tussen de jongere, de Pactum mentor en de behandelaar van Tactus waarin de voortgang van de werkplannen wordt besproken. De gemaakte afspraken komen hierin terug en worden zo nodig bijgesteld.

Juridische aspecten van de behandeling

Alle jongeren die bij Pactum in behandeling zijn hebben een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg voor een 'verblijf accommodatie zorgaanbieder 24 uur'. Bij deze jongeren spelen ernstige problemen rondom opgroeien en opvoeden, die hun ontwikkeling belemmeren. Als het een gedwongen uithuisplaatsing betreft, is ook een machtiging uithuisplaatsing van de kinderrechter nodig. De co-behandeling door Tactus staat hier los van en vindt plaats binnen een vrijwillig kader. Bij jongeren onder de 16 jaar moeten de ouders/voogd ook instemmen met de behandeling.

Verantwoordelijkheden en taakverdeling

In de samenwerkingsovereenkomst zijn inhoudelijke, maar ook financiële en bedrijfsmatige taken en verantwoordelijkheden vastgelegd in werkafspraken. Wanneer een jongere wordt doorverwezen is Pactum verantwoordelijk voor het inlichten van de ouders en het regelen van een verwijfsbrief van de huisarts. Met deze verwijfsbrief kan de jongere officieel bij Tactus worden ingeschreven. Alle administratie en registratie vindt verder per organisatie plaats in gescheiden systemen.

Pactum blijft eindverantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg en behoudt de regie over het totale behandelpakket. Tactus is alleen verantwoordelijk voor de uitvoering van de behandeling gericht op verslavingsproblematiek. Het hoofd behandeling van Tactus Jeugd is verantwoordelijk voor het behandelplan vanuit Tactus en moet dat ook formeel goedkeuren. Bij complexe casussen kan dit worden ingebracht bij een multidisciplinair teamoverleg (MDO) van de afdeling Jeugd. Dit behandeladvies wordt vervolgens teruggekoppeld naar de verantwoordelijke behandelcoördinator van Pactum. Wanneer deze akkoord is met het advies wordt het naar de jongere en de mentor gecommuniceerd. Wanneer de behandelcoördinator het niet eens mocht zijn met het advies, is afgesproken dat de behandelaar van Tactus het (opnieuw) voorlegt aan het MDO (dit is overigens nog nooit gebeurd).

Over de informatie-uitwisseling zijn geen verdere afspraken vastgelegd. Binnen de behandeling van Tactus wordt gewerkt op basis van vertrouwelijkheid. De informatie-uitwisseling tussen de hulpverleners van Tactus en Pactum houdt hier rekening mee. De behandelaar van Tactus is geen verlengstuk van Pactum, maar een onafhankelijke partij. De dossiers van beide organisaties zijn niet voor elkaar toegankelijk en de voortgang van de behandeling wordt alleen in algemene zin en op hoofdlijnen besproken. Als er toch meer informatie-uitwisseling nodig is, wordt dit met de jongere besproken en moet er een machtiging getekend worden.

Doelen

Voor iedere jongere worden concrete doelen geformuleerd in het behandelplan. De doelen met betrekking tot de door Tactus geboden verslavingshulp maken hier integraal deel van uit. Als overkoepelend doel voor de samenwerking wordt in de samenwerkingsovereenkomst geformuleerd: *Een combinatie van geïndiceerde jeugdzorg- en lokale verslavingszorgactiviteiten optimaliseert de begeleiding en vergroot de kans op succes voor de deelnemers. Doel is het realiseren van een gezamenlijk hulpaanbod en afstemming van de begeleiding waardoor drempels tussen de beide organisaties worden weggenomen.*

Onderlinge afspraken en visie

In de samenwerkingsovereenkomst zijn de onderlinge afspraken duidelijk vastgelegd. Voor de implementatie van deze afspraken is een werkgroep opgericht met aandachtsfunctionarissen vanuit de verschillende teams van Pactum en vertegenwoordigers van Tactus. De aandachtsfunctionarissen hadden binnen Pactum de taak de uitvoering van de nieuwe aanpak op de werkvloer te borgen en als vraagbaak te dienen bij onduidelijkheden.

Een ander belangrijk aspect van de samenwerkingsafspraken is dat deze voorzien in een vast aanspreekpunt over en weer. Een vaste behandelaar van Tactus doet alle co-behandelingen bij Pactum. Dat geeft persoonlijke bekendheid en houdt de lijnen kort. Een bijkomend voordeel is dat de Tactus behandelaars ook veel in de groep zien gebeuren en soms problemen kunnen signaleren. Ze kunnen indien gewenst direct de begeleiders van Pactum ondersteunen en adviseren bij verslavingsproblematiek. De vaste aanwezigheid van een medewerker op locatie maakt ook de reistijd efficiënter in te delen. Er kunnen meerdere gesprekken op een dag worden ingepland en als er een jongere onverwacht uitvalt (no show) is er contact met andere jongere(n).

Om de onderlinge bekendheid up-to-date te houden is er onlangs een hernieuwde kennismaking geweest. De Tactus behandelaar heeft aan alle betrokken Pactum medewerkers een presentatie gegeven over verslavingsproblematiek en de ondersteuning die Tactus hierbij kan bieden.

Het afstemmen van de visie op middelengebruik tussen de twee betrokken organisaties is een punt van aandacht geweest. Binnen de jeugdzorg kijkt men over het algemeen beheersmatig tegen middelengebruik aan. Het voorkomen van schade voor de gezondheid, veiligheid en openbare orde staat voorop. Duidelijke huisregels over wat mag en niet mag zijn daarom van belang. Het uitgangspunt bij Pactum is dat het bezit en gebruik van middelen in de behandelgroepen en op het terrein van de instelling niet is toegestaan en er geldt een ontmoedigingsbeleid voor roken, alcohol- en drugsgebruik. Wanneer een jongere toch wordt betrapt of onder invloed terugkeert zijn er consequenties (bijvoorbeeld een time out op de eigen kamer of vrijheden kunnen worden

ingetrokken). Na de derde keer wordt de jongere weggestuurd. Deze regels worden zo strikt gehouden, omdat het de ervaring is dat het middelengebruik het groepsproces en behandelklimaat zeer negatief beïnvloedt. Geïnterviewden geven aan dat er wel op wordt gestuurd dat de houding van de medewerkers in die gevallen professioneel en niet veroordelend mag zijn. De training van de teams door de preventiewerkers van Tactus hebben op dit vlak tot een kentering in het denken geleid. Er is nu meer aandacht voor de achterliggende reden van het gebruik. Het feit dat het verboden is, kan het wel lastig maken om van jongeren de openheid te vragen die wel nodig is voor het bespreken, motiveren en doorverwijzen bij middelenmisbruik. De motivatie van de jongeren die worden aangemeld bij Tactus is over het algemeen dan ook vooral extern ('het moet om te kunnen blijven'). In de behandeling van Tactus is daarom veel aandacht voor de verdere motivering. De verschillende benadering bij middelengebruik tussen Pactum en Tactus is in de praktijk verder geen probleem. De jongeren zien de behandelaar van Tactus als onafhankelijk. Soms wordt ook gebruik gemaakt van de verschillende posities (*good cop/bad cop*).

Financiering

De financiering is voor de twee betrokken organisaties geheel gescheiden. Tactus wordt gefinancierd vanuit de ZVW en Pactum vanuit de Provinciale Jeugdzorg en de AWBZ.

4.2 Afspraken over samenwerking in algemene zin

De samenwerkingsovereenkomst uit 2008 had een looptijd van een jaar met een opzegtermijn van een maand. Daarna is de overeenkomst steeds stilzwijgend met één jaar verlengd. Als ontbindende voorwaarden voor de overeenkomst gelden een wijziging van wetgeving of subsidies.

De samenwerking wordt twee keer per jaar op managementniveau geëvalueerd. In deze evaluatie worden de signalen vanaf de werkvloer besproken. Zo liepen vorig jaar de meldingen wat terug en vormde dat de aanleiding voor een centrale herintroductie van de behandelaar van Tactus. Ook is er geconstateerd dat er binnen Pactum steeds breder behoefte is aan kennis over niet-middelgebonden verslavingen. Steeds vaker geven preventiewerkers van Tactus uitleg op voorlichtingsbijeenkomsten binnen andere modules van Pactum, bijvoorbeeld pleegzorg.

Binnen Tactus is deze outreachende werkwijze niet uniek. Er wordt gewerkt op locaties van soortgelijke samenwerkingspartners binnen de residentiële jeugdzorg, speciaal onderwijs en justitiële jeugdinrichtingen. Deze samenwerkingsmethodiek is nu ook uitgebreid richting Bureau Jeugdzorg, de 'voordeur' van de jeugdzorg. Dat is van groot belang omdat de medewerkers van Bureau Jeugdzorg middelenproblematiek niet altijd goed signaleren of meenemen in de indicering. Middelengebruik is vaak een contra-indicatie voor verdere (residentiële zorg) en men vreest dat, wanneer de middelenproblematiek bij de indicering gemeld wordt, de jongere geweigerd wordt. Meestal levert het middelengebruik later in het traject echter toch een onhoudbare situatie op.

De ambulante behandelaars van Tactus zijn steeds beter uitgerust (mobiele ICT ondersteuning, flexibele inzet behandelaars). Intern is een verdeling gemaakt van vaste behandelaren per instelling. Zij onderhouden de contacten en zijn de aanspreekpunten voor de instellingen. Het onderhouden van deze contacten en netwerken in bredere zin wordt steeds belangrijker als competentie. Er wordt

bedrijfsmatiger gewerkt. Zo zijn er aangescherpte doelstellingen voor doorlooptijden van de intakeprocedures. Wat betreft het outreachend werken is dat soms moeilijk om te halen vanwege de complexere logistiek: de *no show* is wat hoger onder jongeren, deels door het feit dat de instellingen tussen jongeren en Tactus ‘bemiddelen’ bij het inplannen van behandelcontacten. Ook is er toegenomen niet-declareerbare reistijd bij het outreachend werken. Om dit te beperken wordt er altijd geprobeerd om meerdere gesprekken per instelling op één dag te plannen of een vaste dag aanwezig te zijn.

De samenwerking zoals die met Tactus is voor Pactum niet uitzonderlijk en sluit aan bij de visie van de organisatie. Er wordt organisatie breed gewerkt vanuit de oplossingsgerichte werkwijze. Hierbij geldt dat de behoefte van kind en de ouders zoveel mogelijk centraal staan en de jongeren met zo min mogelijk hulp van buitenaf weer op eigen benen moeten staan. Als het in hun belang is om bij de behandeling een andere gespecialiseerde partij bij te betrekken, wordt dat laagdrempelig gedaan. Vanuit die visie is samenwerking geen ‘extra’ opgave of investering, maar onderdeel van de reguliere behandeling. Bij de werving en selectie van nieuw personeel is deze manier van werken meegenomen als belangrijk criteria. Nieuwe medewerkers (tot en met de leden van de raad van toezicht) krijgen allen een training oplossingsgericht werken. Zo is deze werkwijze van de werkvloer tot het management en bestuur verankerd.

4.3 Werkwijze bij verwijzing

Verwijzingen

Als de jongere na screening of via groepsleiding wordt doorverwezen naar Tactus is een aparte indicatie voor de Jeugd-GGZ nodig. De mentor van Pactum begeleidt dit proces en vraagt een verwijsbrief van de huisarts. De mentor brengt ook de jongere en de behandelaar van Tactus in contact en geeft uitleg over de redenen voor doorverwijzing. Vervolgens start de intakeprocedure van Tactus.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing

De intake van Tactus bestaat uit twee gesprekken. Het eerste gesprek wordt gebruikt om de hulpvraag te verhelderen en een goed algemeen beeld te krijgen van de jongere. De behandelaar van Tactus ontvangt hiervoor ook relevante informatie van de gedragswetenschapper van Pactum. In het tweede gesprek wordt een gestandaardiseerde screening op verslavingsproblematiek en psychopathologie uitgevoerd (MATE-jeugd). De bevindingen van deze gesprekken vormen de basis van het advies- en behandelplan van Tactus. Dit plan moet allereerst worden goedgekeurd door de behandelverantwoordelijke van Tactus. Daarna wordt het voorgelegd aan de verantwoordelijke behandelcoördinator van Pactum om vervolgens opgenomen te worden in het algemene hulpverleningsplan, zodat er een gezamenlijk plan ligt. Het behandelplan wordt ondertekend door de jongere en zijn/haar ouders.

4.4 Proces van samenwerking

Bevorderende factoren

- Een co-behandelingsconstructie met een gezamenlijk behandelplan waarin de voortgang en integratie van de aparte behandelingen afgestemd wordt tijdens de behandelbesprekingen.
- Persoonlijke lijnen en duidelijke aanspreekpunten op uitvoerend en management niveau (laagfrequent).
- Geformaliseerde werkwijze en afspraken vastgelegd in samenwerkingsovereenkomst: geeft duidelijkheid over verantwoordelijkheden over en weer.
- Elkaars deskundigheid serieus nemen en je eigen grenzen kennen. Soms is het beter een bepaald deel van de behandeling uit handen te geven.
- Openheid en interesse voor elkaars werkveld kan knelpunten die ontstaan vanuit onwetendheid voorkomen. De aandacht voor implementatie (via aandachtsfunctionarissen) en deskundigheidsbevordering hebben hier veel aan bijgedragen.
- Door een outreachende werkwijze is het veel gemakkelijker mee te denken met andere sectoren en om signalering te ondersteunen. Doordat de Tactus behandelaars op locatie van Pactum aanwezig zijn, zien ze ook veel in de groep gebeuren en kunnen ze de begeleiders adviseren over het omgaan met verslavingsproblematiek.

Belemmerende factoren

- Doordat er in de co-behandelingsconstructie meerdere partijen bij een jongere betrokken zijn (Tactus, Pactum, maar ook bijvoorbeeld de BJZ voogd), vraagt het veel tijd en energie van de Pactum mentor om die partijen op de hoogte te houden van de nieuwe ontwikkelingen en relevante veranderingen in het traject van de jongere.
- Tactus werkt heel laagdrempelig en outreachend. Dat heeft als praktisch nadeel veel reistijd en complexere logistiek. Ook zijn de behandelaren afhankelijk van de bemiddeling en informatie van de mentor.
- Soms spelen er cultuurverschillen tussen de jeugdzorginstellingen en de verslavingszorg. Bij de aanpak van middelenproblematiek wordt binnen de jeugdzorg traditioneel vanuit een beheersmatig perspectief naar middelengebruik gekeken, terwijl de verslavingszorg vanuit behandelingsperspectief werkt.

Met medewerking van:

- Severien van der Wal (manager Tactus)
- Ryan Krimp (behandelaar Tactus)
- Ben Grijsen (circuitmanager Tactus)
- Jan Osinga (manager Pactum)
- Gwen Leerling (unitleider Pactum)
- Paul Pothoven (manager Pactum)

Geraadpleegde schriftelijke bronnen

- Zorgvisie van Tactus (zonder auteur/ datum)
- Stoplichtmethodiek Tactus (zonder auteur/ datum)
- Samenwerkingsovereenkomst Tactus & Pactum, 2008.

5 Voorbeeld: MDFT Palmhuis/de Jutters en Parnassia Brijder

5.1 Inhoud van de samenwerking

Achtergrond van het initiatief

De formele samenwerking tussen het Palmhuis, onderdeel van de Jutters Jeugd-GGZ, en de Brijder Verslavingszorg, onderdeel van de Parnassia Bavo Groep, loopt al negen jaar, sinds 2003. De directe aanleiding voor het opzetten van de samenwerking was de Europese INCANT studie (International Cannabis Need of Treatment, www.incant.eu) door de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze studie naar de effectiviteit van Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT) als ambulante behandeling voor cannabis misbruikende jongeren met gedragsproblemen liep in verschillende Europese landen. Gezien het onderwerp van de studie lag een bundeling van expertise voor de hand. Om voor het onderzoek genoeg jongeren te kunnen includeren, werd één gezamenlijk MDFT behandelteam gevormd. Dit gemengde team werd getraind door de Amerikaanse grondleggers van de MDFT aanpak en de teamleden waren pioniers van de aanpak in Nederland. Om één team te creëren werd er gekozen voor een gezamenlijke locatie en naam ('de Helling'). Na een periode van groei en uitbreiding met nog een samenwerkingspartner, Jeugdformaat jeugdzorg, is samenwerking nu weer terug in de originele vorm van één gezamenlijk MDFT team van het Palmhuis en de Brijder. Dit team opereert nu onder de vlag en op locatie van het Palmhuis in Den Haag.

Doelgroep

Het MDFT team biedt ambulante hulp aan jongeren tussen 12 en 23 jaar met forensische problemen en bijkomende middelenproblematiek die op meerdere leefgebieden zijn vastgelopen of dreigen vast te lopen (meervoudige problematiek). De MDFT behandeling wordt regelmatig gedaan in het kader van een strafrechtelijke of civielrechtelijke titel. Deze jongeren zijn vaak weinig of alleen extern gemotiveerd voor behandeling. Een voorwaarde voor behandeling is wel een eerste bereidheid tot medewerking van (in ieder geval één van de) ouders, aangezien MDFT een gezinsinterventie is. In de praktijk zijn de meeste jongeren tussen de 12 en 19 jaar en vaker jongens dan meisjes (verhouding circa 1 op 4).

Beschrijving van de aanpak

MDFT is een evidence-based en (semi-)geprotocolleerde behandeling (Rigter & Mos, 2006). De aanpak is vanaf 1985 ontwikkeld aan de University of Miami door prof. Howard Liddle en zijn medewerkers. MDFT is als erkende evidence based behandeling geaccepteerd door NJI en de Erkenningscommissie Gedragsinterventies van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. De Erasmus Universiteit Rotterdam heeft van de Amerikaanse ontwikkelaars het gebruiksrecht in Nederland verkregen. Deze kennis en kunde is gebundeld in de MDFT Academie, een geaccrediteerd opleidingsinstituut voor MDFT. Vanaf 2008 zijn er door Nederlandse trainers teams binnen allerlei sectoren van de Nederlandse jeugdzorg opgeleid. Er zijn landelijk inmiddels 35 gespecialiseerde MDFT teams actief in de ambulante jeugdzorg, de Jeugd-GGZ, en de jeugdverslavingszorg (landkaart Spreiding MDFT februari 2012). Ook wordt MDFT (experimenteel) toegepast binnen de residentiële jeugdzorg, jeugdzorgplus en jeugd detentie.

Kenmerkend voor de aanpak is de outreachende aard van het werk. In feite is MDFT een combinatie van therapie en therapeutisch casework. De therapeut probeert zo goed mogelijk aan te sluiten bij de individuele situatie en is altijd bereikbaar bij crisissituaties. Gesprekken vinden plaats op de locatie van het Palmhuis, maar ook bij jongere thuis, op school of in de vriendengroep. Motivering is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het opbouwen van (therapeutische) relaties met de jongere, ouders, het gezin en belangrijke derden is hierbij essentieel. De jongeren die via een gedwongen forensisch kader worden aangemeld zijn zoals gezegd vaak weinig of vooral extern gemotiveerd. De houding van de therapeut is essentieel in het verder motiveren en in gang zetten van verandering. Er wordt zoveel mogelijk geprobeerd een alliantie te sluiten met de jongere en ouders en niet tegenover, maar naast hen te staan. De MDFT therapeut behartigt (indien mogelijk) het belang van de jongere en het gezin in allerlei situaties (op school, tijdens een hoorzitting, bij Bureau Jeugdzorg). De sterke kanten en de competenties van de betrokkenen worden benadrukt en versterkt (principe van empowerment). Het is een integratieve methodiek, gebaseerd op verschillende theorieën, zoals het ecologische model van Bronfenbrenner, het model van risico- en protectieve factoren, de ontwikkelingspsychologie en de structurele gezinstherapie van Minuchin en de strategische gezinstherapie van Haley (Mos & Kaptijn, 2008).

Onderscheidend voor het gezamenlijke MDFT team van het Palmhuis en de Brijder is de focus op forensische casussen. Deze doelgroep kent veel middelenmisbruik. Het is daarom een meerwaarde om voor deze forensische doelgroep samen te werken in één team en geen afzonderlijke benadering te hebben voor de verslavings- en Jeugd-GGZ problematiek. Een dergelijke samenwerking is echter geen voorwaarde voor elk MDFT team. De MDFT opleiding voorziet in een standaard onderdeel over het signaleren en behandelen van middelenproblematiek. Een aantal geïnterviewde teamleden is ook actief als MDFT trainer en zij krijgen wel signalen van de landelijke teams buiten de verslavingszorg dat meer verslavingsexpertise wel wenselijk is. Het is lastig om het middelengebruik goed ter sprake te brengen, dat vraagt veel ervaring. Als er te snel of te direct over gesproken wordt, kan dat de behandeling belemmeren. Essentieel is om eerst een 'lijntje', een alliantie met de jongere te creëren. Pas daarna worden problemen bespreekbaar en kunnen onderliggende oorzaken voor gebruik worden onderzocht. Binnen een MDFT traject worden vanaf de start wekelijkse urine controles gedaan om het gebruik te volgen. Aan de uitkomsten worden echter geen sancties verbonden. De controles helpen vooral om objectief inzicht in gebruik te geven. Jongeren blijken bovendien zelf ook vaak wel nieuwsgierig te zijn hoe hun gebruik is ten opzichte van dat van anderen. Het blijkt zo een goede kapstok te zijn om trends in het gebruik te bespreken.

Het gezamenlijke Palmhuis en Brijder MDFT team bestaat uit zeven therapeuten (inclusief een supervisor) met verschillende achtergronden (SPV'er, klinisch psycholoog, psycholoog, gezinstherapeuten). Niet iedereen heeft een fulltime aanstelling. Allen hebben de intensieve driejarige MDFT opleiding afgerond en zijn gecertificeerde MDFT therapeuten. Op dit moment is er één therapeut in het team vanuit de Brijder. In het verleden was de verdeling half om half, maar dit is nu door natuurlijk verloop afgenomen. De caseload is laag om de intensieve behandeling mogelijk te maken. Officieel heeft een therapeut 6 tot 9 behandelingen tegelijkertijd lopen. In de praktijk is er rond de afsluiting een wat minder intensieve fase in de behandeling, waardoor het aantal casussen wat kan oplopen.

De inhoud van de behandeling

De kern van de MDFT behandeling is de multidimensionaliteit. Dat betekent dat de problematiek van de jongere en zijn gezin wordt benaderd vanuit verschillende perspectieven. Er worden meerdere (sub)systemen rondom de jongere en het gezin betrokken bij de behandeling en er wordt binnen vier domeinen tegelijkertijd gewerkt: de jongere, de ouders, het gezin en de externe ('buiten het gezin')-systemen (zoals school, werk, en vrijetijdsbesteding). Een traject duurt ongeveer vier tot zeven maanden, waarbij er wekelijks meerdere contacten met het gezin en afzonderlijke gezinsleden zijn. Het programma is echter met meer of minder intensiteit toe te passen, al naar gelang de aard en ernst van de problematiek. De behandeling richt zich op het beter toerusten van ouders en jongere door mogelijke barrières uit het verleden te verkleinen, al bestaande krachten te versterken en nieuwe vaardigheden en oplossingen aan te leren. Uiteindelijk doel is het stimuleren van een drugsvrije levensstijl zonderdelicten.

Een MDFT-traject is opgebouwd uit drie fases (Kaptijn & Mos, 2008). In de eerste intensieve fase wordt de basis voor de verdere behandeling gelegd door de jongere en ouders te motiveren en te bouwen aan relaties. Dit gebeurt door het inventariseren van ieders visie op de problemen en expliciet erkenning te geven aan de moeilijkheden in het verleden. De therapeut werkt met 'veelzijdige partijdigheid'. Er wordt geprobeerd ook weer hoop voor de toekomst te wekken. Ervaringen en 'boodschappen' vanuit eerdere mislukkingen worden omgevormd tot nieuwe uitdagingen en motivatie voor verandering. Kleine successen worden gecreëerd, voornamelijk ook wat betreft 'buitengezin'-systemen om dit proces te ondersteunen.

De tweede fase richt zich op het bewerkstelligen van verandering op specifieke thema's uit het behandelplan. De thema's voor ouders kunnen verschillen van de thema's voor de jongere en er kan met ouders en jongere samen, maar ook afzonderlijk worden gesproken. Thema's zijn bijvoorbeeld het versterken van positieve peerrelaties, gezond zelfvertrouwen, binding met school en met vrijetijdsactiviteiten, toename van zelfstandigheid, het versterken van de betrokkenheid tussen gezinsleden en het verbeteren van de onderlinge communicatie. Met ouders kan worden gewerkt om hen inzicht te geven in het verband tussen druggebruik, delinquent gedrag en psychische gezondheid van hun kind. Ouders en overige familieleden worden versterkt in vaardigheden ter verbetering van de relatie met hun kind of broer/zus en in opvoedings- en probleemoplossingsvaardigheden.

In de derde fase worden de veranderingen verstevigd en wordt de behandeling afgesloten. Door de aandacht te richten op wat allemaal bereikt is, wordt geloof in eigen kunnen benadrukt en toekomstperspectief geboden. Ook worden er mogelijke risico's en moeilijkheden voor de toekomst worden besproken en voorbereid.

Juridische aspecten van de behandeling

Het MDFT team van het Palmhuis en de Brijder werkt vooral met jongeren die niet vrijwillig, maar met een OTS of jeugdreclasseringsmaatregel worden aangemeld.

Verantwoordelijkheden en taakverdeling

Het team is kleinschalig en hecht. Veel teamleden zijn ervaren en al deel van het team sinds het begin in 2003. Binnen het team ervaren de therapeuten geen scheiding tussen de therapeuten in

dienst van het Palmhuis of de Brijder. Alle therapeuten zitten op dezelfde locatie (van het Palmhuis) en zien zichzelf als één team.

Het uitvoerend werk is solistisch van aard en de therapeuten stellen zelfstandig de behandelplannen op. In het wekelijkse teamoverleg worden de lopende zaken besproken. Ook wordt door een van de therapeuten een casus ter intervisie aan het hele team voorgelegd. De lijnen binnen het team zijn kort en niet hiërarchisch. Het voorzitterschap en notuleren rouleert. Eens per twee weken is er een live supervisie, waarin een therapeut een gezinsgesprek voert en de rest van het team mee kijkt achter het scherm. Ook is er apart supervisie voor de jongere therapeuten, waar de voortgang van de lopende behandelingen wordt besproken.

De registratie en administratie van de Brijder en het Palmhuis verloopt geheel gescheiden. Jongeren die worden behandeld door therapeuten van het Palmhuis worden ingeschreven bij de Jutters. Jongeren die worden behandeld door Brijder therapeuten worden bij Brijder ingeschreven. Voor de therapeuten uit het team vanuit het Palmhuis is de supervisor van het team ook de inhoudelijk eindverantwoordelijke. Hij heeft echter geen formele positie binnen de behandelingen die worden geboden door de therapeut vanuit de Brijder. Alle behandelplannen van deze therapeut worden apart voor een formeel akkoord voorgelegd aan de inhoudelijk verantwoordelijke bij de Brijder. Bij afwezigheid van hun Brijder collega kunnen de andere teamleden ook geen zaken overnemen, aangezien zij geen formele behandelrelatie en bevoegdheden hebben voor cliënten die staan ingeschreven bij de Brijder. Door een incident met een klacht is men hier meer op gaan letten en heeft men deze verantwoordelijkheden meer gescheiden. Tijdens afwezigheid wordt de waarneming nu belegd bij de verwijzer en niet bij de andere teamleden. Toch geven de geïnterviewde leidinggevenden aan niet vanuit angst en verantwoording te gaan sturen. Het blijft balanceren tussen verantwoording en flexibiliteit.

Doelen

Er wordt in ieder MDFT traject expliciete doelen opgesteld in een behandelplan voor de jongere zelf, zijn/haar ouders, het gezin, en buiten het gezin. Algemene doelen zijn gericht op stoppen/verminderen drugsgebruik, geen recidive, verbeterd gezinsfunctioneren, volgen van school of werk en een zinvolle vrijetijdsbesteding.

Onderlinge afspraken en visie

De (semi) geprotocolleerde MDFT methodiek biedt veel houvast en een duidelijke visie op de werkwijze. De onderlinge betrokkenheid is daarnaast ook inherent aan de MDFT methodiek, die uitgaat van korte lijnen en het zoeken van de verbinding met verschillende partijen. Hierdoor ontstaat al een selectie van een bepaald type medewerkers die graag zo werken. Dit zorgt voor een belangrijke inhoudelijke verbinding binnen het team. Er wordt ook veel aandacht besteed aan teamvorming en ontwikkeling van medewerkers. Een hecht team biedt de veilige basis voor het complexe en solistische werk van de individuele therapeuten. De teamleden adviseren en steunen elkaar, maar houden elkaar ook scherp en moeten elkaar kritisch kunnen bevragen. Naast de inter- en supervisie wordt er ook zo nu en dan een teamdag en uitje georganiseerd waarbij de nadruk ligt op teambuilding en ontspanning. Aanvankelijk waren er duidelijke cultuurverschillen tussen de medewerkers vanuit de J-GGZ en de VZ, waarbij de laatsten informeler en persoonlijker met elkaar omgingen. Het over en weer integreren van elkaars werkcultuur was bevorderend voor de

teamvorming. Deskundigheidsbevordering, trainingen en inhoudelijke discussies worden apart belegd.

Incidenteel worden ook professionals van ketenpartners uitgenodigd om uitleg te bieden over hun werkveld als men het idee heeft dat de jongeren daar ook iets aan zouden kunnen hebben.

Financiering

De financiering verloopt via de Zorgverzekering (ZVW) en de AWBZ, en een deel van de groep wordt via Justitie aangemeld voor een behandeling.

5.2 Afspraken over samenwerking in algemene zin

Bij aanvang van de Europese INCANT studie zijn de formele afspraken over de samenwerking op papier gezet. Inmiddels is dit onderzoek afgesloten en loopt de samenwerking verder op basis van een gentlemen's agreement tussen beide Raden van Bestuur.

De inbedding van een dergelijk nieuw gezamenlijk project bij beide moederorganisaties vereist aandacht. In de beginperiode werd er zowel een manager vanuit het Palmhuis als ook een manager vanuit de Brijder aangesteld. Er werd een projectstructuur gecreëerd met een stuurgroep waarin belangrijke betrokkenen vertegenwoordigd waren, zodat het project (inhoudelijk en strategisch) gewicht kreeg. Ooit is er sprake geweest van het oprichten van een nieuwe gezamenlijke organisatie, maar dat is er uiteindelijk niet van gekomen. Afspraken over taak- en verantwoordelijkheden zijn in dit stadium vastgelegd. Het project was prestigieus en vanuit het management was er veel aandacht. Ook financiële middelen waren beschikbaar.

Het MDFT team loopt nu volgens alle geïnterviewden goed en functioneert relatief autonoom, zonder veel bemoeienis van de twee betrokken organisaties. Er wordt vooral gewerkt op basis van vertrouwen en de inhoudelijke methodiek. Afspraken over taken, verantwoordelijkheid en structuur staan niet erg op de voorgrond. De huidige inbedding in de grotere Jutters en Brijder organisaties, speelt geen grote rol in de dagelijkse praktijk en is weinig gedefinieerd. Er wordt wel vaak gebruik gemaakt van de co-behandelingsconstructie, waarbij de jongere wordt ingeschreven bij beide organisaties. De organisatie waar de jongere als eerste is aangemeld blijft dan de regie en eindverantwoordelijkheid houden voor het gehele behandeltraject. Zo wordt optimaal gebruik gemaakt van het beschikbare aanbod in de bredere organisaties. Voor een oudertraining wordt bijvoorbeeld samengewerkt met de Brijder. Dit biedt ouders steun en het doorbreekt hun isolement. Het ondersteunt de MDFT behandeling. Met de preventieafdelingen is weinig contact, omdat MDFT meer in de behandelsetting zit. Er is weinig overlap en er komen weinig doorverwijzingen binnen via preventie.

Er zijn inmiddels meerdere MDFT teams in de regio actief met verschillende inhoudelijke accenten. De Brijder heeft een eigen MDFT team. Dit team richt zich vooral op casussen binnen een vrijwillig kader met minder complexe problemen, maar er zit wel wat overlap in de doelgroep. Bij (te) complexe problemen wordt doorverwezen naar het gezamenlijke MDFT team, alhoewel dit in de praktijk nauwelijks blijkt voor te komen. Daarnaast is het JJC (Jeugdformaat-de Jutters Combinatie,

een gesloten Jeugdzorg instelling) een nieuw MDFT team gestart. Dit team richt zich vooral op het geven van MDFT aan gezinnen van daar geplaatste jongeren, maar zij doen ook poliklinische behandelingen gericht op (het voorkomen van) dreigende uithuisplaatsing. De Brijder heeft een aparte drugspoli in het JJC.. Het MDFT team van het Palmhuis en Brijder onderscheid zich van beide voorbeelden door zich te richten op jongeren met gedragsproblemen en middelenproblematiek die met de (straf)rechter in aanraking zijn gekomen.

Ook in de contacten met andere betrokken partijen, zoeken de MDFT therapeuten zoveel mogelijk de verbinding. Hun laagdrempelige en outreachende werkwijze is daarbij behulpzaam. Eens in de zoveel tijd wordt er een 'pr-ronde' gemaakt als er nieuwe aanmeldingen nodig zijn. Dit is nodig omdat er bij de verwijzende instanties (bijvoorbeeld jeugdreclasserders en gezinsvoogden van BJZ) veel verloop is. De meeste verwijzingen komen van BJZ, maar het kan ook via de huisarts.

Voor de toekomst ligt weinig vast. In deze tijden van bezuinigingen wordt er minder urgentie gegeven aan samenwerking. Veel organisaties zijn vooral bezig met de vraag: "hoe houden we de broek op"? Er moeten scherpe keuzes en afwegingen gemaakt worden. Was de verdeling van de casussen in het team vroeger vooral inhoudelijk (bij wiens expertise sluit dit het beste aan), nu moet ook rekening gehouden worden met de verdeling van de productie. De verhoudingen zijn formeler. Er moet een officiële verwijsbrief komen als een MDFT jongere bijvoorbeeld bij de Brijder detox moet worden aangemeld. Van het personeel wordt verwacht in deze zin ook wat zakelijker te denken.

Het is in deze fase van het project de vraag hoe je de samenwerking nu weer op de strategische agenda kunt zetten en het initiatief weer te 'voeden'. Steun vanuit het management is belangrijk om de continuïteit te behouden. Er zit nu nog maar een Brijder therapeut in het team en dat maakt de samenwerking wel erg kwetsbaar. Zeker in deze tijd waarin beide betrokken organisaties ook aan hun medewerkers trekken qua productie en verantwoording.

5.3 Werkwijze bij verwijzing

Verwijzingen

Aanmeldingen lopen via ketenpartners van het Palmhuis/de Jutters of via de Brijder. De meeste aanmeldingen komen binnen via BJZ als er een OTS of reclasseringsmaatregel is opgelegd.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing

De Brijder en de Jutters hebben ieder hun eigen intakeprocedure en screeningsinstrumenten. Welke screening wordt gedaan hangt af van waar de aanmelding binnenkomt en waar de cliënt wordt ingeschreven. De Brijder screent primair op verslavingsproblematiek en gebruikt de ASI en de AUDIT. De Jutters gebruikt de CBCL/YSR voor ontwikkelingspsychologie, de GAF voor het dagelijks functioneren (2 vragen over middelengebruik) en extra losse vragen over middelengebruik. In de dagelijkse praktijk levert dit geen probleem op. De geïnterviewden geven aan dat de geboden informatie voldoende is en ervaren bovendien genoeg tijd om zaken verder uit te zoeken. Voor verdere diagnostiek en medicatie is de psychiater vanuit de organisatie waar de jongere is

aangemeld verantwoordelijk. Dat is niet altijd handig, maar administratief niet anders mogelijk. In het kader van het ROM traject zal er mogelijk wel tot meer afstemming gekomen (moeten) worden.

5.4 Proces van samenwerking

Bevorderende factoren

- De kwaliteit van zorg gaat omhoog door integrale en outreachende werkwijze
- Selectie van de juiste mensen: professionals met een pioniersgeest, die buiten de gebaande paden durven treden als de inhoud het vraagt, maar ook pragmatisch en zijn en de verbinding zoeken.
- Hecht team en langdurige samenwerking, waarin men op basis van vertrouwen elkaar kan aanspreken en waarin organisatiegrenzen geen rol spelen. Teambuilding en een gezamenlijke locatie zijn hiervoor van belang.
- De samenwerking heeft de tijd gekregen zich te ontwikkelen.
- Bestuurlijke steun en prioriteit in het kader van prestigieuze Europese studie.
- Belangrijke betrokkenen (zowel intern als extern) werden in een stuurgroep binnen de projectstructuur aan het initiatief verbonden.
- Door samenwerking binnen één team hebben de samenwerkingspartners veel van elkaars expertise geleerd.

Belemmerende factoren

- Verschillende intake procedures JGGZ en VZ. Dat gaat misschien praktische problemen geven als de ROM J-GGZ en JVZ ingaan.
- Inschrijvende organisatie heeft de juridische eindverantwoordelijkheid voor de behandeling, dus taken en verantwoordelijkheden kunnen binnen het team formeel niet gedeeld worden.
- Concurrentie tussen organisaties in deze tijden van financiële druk op eigen productie
- Continuïteit van de samenwerking: verschillende managers en beleidsagenda's, waardoor het lastig is "op de kaart te blijven". Er zit nu nog maar een Brijder therapeut in het team en dat maakt de samenwerking kwetsbaar. In die zin was het misschien beter geweest een blijvende projectstructuur te handhaven.

Met medewerking van:

- Kees Mos (Klinisch Psycholoog Palmhuis/de Jutters, supervisor en MDFT trainer)
- Sylvia Cool (manager Parnassia Brijder, MDFT trainer)
- Anita Korrubel (MDFT therapeut, Parnassia Brijder,)
- Eva Kaptijn (MDFT therapeut en trainer, Palmhuis/ de Jutters)

Dank aan het hele MDFT team, voor de mogelijkheid van het bijwonen van hun teamoverleg.

Geraadpleegde literatuur

- Mos, K. & Rigter, H. (2012). Gezinsgericht werken in JIJ's. Vakblad voor pedagogiek, psychiatrie en psychologie, 11 (3) p 118 – 124.
- Rigter, H. & Mos, K. (2006). Meervoudige gezinstherapie voor adolescenten met

verslavingsproblemen. Verslaving, 2(3), 29-38.

- Kaptijn & Mos (2008). Multidimensionele familietherapie, Een evidence based intensieve gezinsmethodiek voor gezinnen van jongeren met complexe meervoudige problematiek'
In: Gezinsinterventies, aan de slag met problematische opvoedingskwesties, Uitgeverij SPW, Amsterdam.

- Over de INCANT studie: www.incant.eu

- Over de MDFT behandeling en training: MDFT Academie: www.mdft.nl

6 Voorbeeld: gesloten behandelvoorziening DOK3

6.1 Inhoud van de samenwerking

Achtergrond van het initiatief

DOK3 is een behandelvoorziening voor jongeren met meervoudige problematiek. Het is een initiatief van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), Het Poortje Jeugdinstellingen met expertise op het gebied van gedragsproblematiek en ervaring in gesloten jeugdzorg, en orthopedagogisch behandelcentrum Driever's Dale met expertise op het gebied van langdurige behandeling van cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). De samenwerking is ontstaan doordat deze drie organisaties, de 'moederorganisaties' genoemd, tegen de eigen grenzen aanliepen bij de behandeling van jongeren met een combinatie van problemen. Zij wilden dat er een vangnet zou komen voor jongeren die overal buiten de boot dreigden te vallen en vervolgens vaak langdurig in de gesloten jeugdzorg eindigden. Om een gezamenlijk behandelconcept te ontwikkelen dat aan de vraag van deze doelgroep zou voldoen hebben de betrokken bestuurders een aantal bevoegde inhoudelijke professionals uit de eigen organisatie samen gebracht.

Dit resulteerde in een breed gedragen en concreet plan waaraan de bestuurders zich hebben gecommitteerd. In het voortraject is geprobeerd om afspraken te maken met de financiers (ministerie van VWS en het zorgkantoor). Dat is niet gelukt, maar men heeft in het belang van de zorg toch besloten door te zetten en in 2011 is DOK3 als pilotproject gestart. Ook qua wet- en regelgeving is het risico genomen door bestaande schotten heen te breken. De problemen van deze jongeren met meervoudige problemen overschrijden nu eenmaal sectorale grenzen. Deze durf op uitvoerend en bestuurlijk niveau is essentieel geweest, vandaar de ondertitel van DOK3: met lef.

Doelgroep

DOK3 is een gesloten behandelvoorziening voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar met een combinatie van gedragsproblematiek, psychiatrische problematiek of verslavingsproblematiek en/of mogelijk een licht verstandelijke beperking. De meeste jongeren zijn tussen de 15 en 18 jaar oud (alhoewel ook al twee keer een 11-jarige is opgenomen) en de verhouding jongens en meisjes is ongeveer gelijk. DOK3 is in eerste instantie opgezet voor de drie noordelijke provincies, maar heeft ook een landelijke functie voor specifieke behandelvragen voor deze doelgroep.

Beschrijving van de aanpak

DOK3 biedt een residentiële gesloten behandelsetting voor jongeren die elders moeilijk terecht kunnen. De verschillende behandelmilieus zijn geënt op de voorliggende problematiek van de cliënt:

- verslavingsproblematiek op de voorgrond
- licht verstandelijke beperking op de voorgrond
- gedragsproblematiek en/ of psychiatrische problemen op de voorgrond.

Deze behandelmilieus vertegenwoordigen de expertises van de drie moederorganisaties. Het Poortje heeft het voortouw binnen het behandelmilieu waar de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, VNN bij de verslavingsproblematiek, en Driever's Dale wat betreft de LVB. In totaal zijn er vier behandelgroepen met acht jongeren. Op het gebied van LVB problematiek zijn er twee

behandelgroepen groepen die zich onderscheiden naar ontwikkelingsfase van de jongere ('puberteit, laag sociaal emotioneel niveau' en 'op weg naar zelfstandigheid').

Het behandelmilieu met primaire verslavingsproblematiek kent twee specialistische opnamemogelijkheden. Allereerst een observatie en detox afdeling voor een kortdurende behandeling van een tot vier weken, die er op is gericht om jongeren zowel lichamelijk als geestelijk te laten afkicken van middelengebruik. Deze detox behandeling kan op zichzelf staan, dat wil zeggen: na behandeling gericht op detoxificatie van middelengebruik, kan de jongere doorstromen naar passende vervolgbehandeling of terugkeren naar de oorspronkelijke (behandel)omgeving. Er zijn vier detox plekken. Daarnaast is er de mogelijkheid van een opname op de gesloten behandelafdeling van het verslavingsmilieu. Deze opname volgt op de observatie en detox en duurt ongeveer een half jaar. Er zijn acht van deze behandelplekken. Voor een gesloten opname bij verslavingsproblematiek kan worden gekozen als een jongere binnen de eigen (gesloten) instelling niet op een verantwoorde manier kan ontwennen van middelen, voor de ontwenning een gesloten setting nodig heeft, of bij DOK3 een passende vervolgbehandeling kan volgen.

Er wordt weliswaar bepaald welke problematiek op de voorgrond ligt, maar kenmerkend voor de doelgroep van DOK3 is dat er sprake is van een combinatie van problemen. Binnen de behandelgroepen wordt daarom ook gestreefd naar een bepaalde mate van heterogeniteit van problematiek. Ook komen de jongeren tijdens de behandeling in aanraking met jongeren uit andere behandelmilieus, want niet alle activiteiten binnen de behandeling vinden (fysiek) plaats binnen het behandelmilieu waarbinnen wonen en leven primair plaatsvindt. Er zijn op het terrein verschillende gezamenlijke activiteiten waaraan alle jongeren op indicatie aan kunnen deelnemen, bijvoorbeeld onderwijs en trainingen (Lieberman groepen, sociale vaardigheden, weerbaarheid en cognitieve trainingen). Onderwijs wordt ook gezamenlijk gevolgd. Dit wordt geboden door Portalis, een onderdeel van het Poortje. Het feit dat jongeren kunnen werken aan certificaten, is een substantieel onderdeel van de behandeling en het succes ervan.

Binnen de behandelteams werken verschillende disciplines samen: Behandelcoördinator (gz-psycholoog), groepstherapeuten, verslavingsarts, kinder- en jeugdpsychiater, systeemtherapeut, psychomotorisch therapeut, creatief therapeut.

Binnen elk behandelmilieu kan de expertise van alle partners ingezet worden. Deze uitwisseling wordt gestimuleerd op verschillende manieren. Er zijn gemengde intervisie groepen van behandelaars vanuit de drie betrokken organisaties. Alle medewerkers volgen gezamenlijk nieuwe methodiek trainingen. De GZ-psychologen die behandelcoördinator zijn van de behandelgroepen, geven de individuele therapie aan jongeren uit de andere groepen. Bij twijfels en vragen binnen een behandeling wordt gezamenlijk gezocht naar oplossingen. Zo kan een jongere die in eerste instantie wordt opgenomen op de detoxgroep later doorstromen naar het LVB behandelmilieu. Tijdens zijn opname op de detox is zijn beoogde coach van de LVB groep al betrokken, om de jongere zelf en zijn behandelaars daar te begeleiden op het gebied van de LVB problematiek. Een ander voorbeeld is de hulp die medewerkers van het Poortje bij aanvang hebben geboden (met name bij crisissituaties) aan hun collega's van VNN en Driever's Dale op het gebied van werken in beslotenheid. Men spreekt intern dan ook niet meer van verschillende organisaties, maar van een gezamenlijke DOK3 aanpak.

Behandeling

Binnen DOK3 is een gezamenlijke visie op behandeling geformuleerd:

- DOK3 ontsluit het gezonde deel van de jongere. De behandeling is gericht op groei en ontwikkeling. Dat betekent: de jongere leert zijn grenzen te verleggen, zijn mogelijkheden te ontdekken en zijn kansen te benutten. Daarbinnen 'spelen' we met meer en minder verantwoordelijkheid nemen, zonder beperkingen uit het oog te verliezen en te frustreren.
- Volgens DOK3 is iedereen 'behandelbaar'. Elke handeling is gericht op behandeling. De behandelrelatie tussen behandelaar en jongere is essentieel. Deze visie draagt iedereen die bij DOK3 werkt uit. Iedere medewerker is dit gedrag en dus in alles gericht op de behandeling van de jongere.
- Open-, be- en geslotenheid zijn onderdeel van de behandeling. Geslotenheid wordt zo beperkt mogelijk ingezet en is gebaseerd op de vraag: wat is het beste voor deze jongere op dit moment?
- Behandeltijd: zo kort als mogelijk en zo lang als noodzakelijk. De behandelinhoud is zo intensief als nodig.
- DOK3 biedt de jongere – als onderdeel van de behandeling - externe contacten buiten het terrein. Het is dus niet alleen een beweging van 'van buiten naar binnen' maar ook van 'binnen naar buiten'.

Deze visie is vertaald in vier methodische uitgangspunten die de basis vormen voor het behandelklimaat in alle behandelgroepen:

1. **Systeemgericht werken:** Het gehele (gezins)systeem rondom de opgenomen jongere wordt betrokken bij de behandeling. Er zijn verschillende behandelactiviteiten gericht op het gezin, bijvoorbeeld systeemtherapie, oudercursus, systeemPMT.
2. **Competentiegericht werken:** De behandeling richt zich op de krachten en mogelijkheden van jongere en zijn systeem, met oog voor de invloed van psychopathologie. Het dagelijks leven wordt aangegrepen als middel om te leren.
3. **Oplossingsgericht werken:** De jongere wordt gezien als de expert: hij bepaalt zijn toekomst, zijn doel en de weg er naar toe. Het is niet nodig veel van de problemen van de jongere te weten om hem te helpen zijn problemen op te lossen. De meeste jongeren beschikken al over de hulpbronnen die zij nodig hebben om te veranderen.
4. **Cognitieve gedragstherapie door middel van groepsgericht werken op basis van Equip:** Deze methode is erop gericht de jongeren te leren om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen denken en doen.

Elk individueel behandelplan bestaat uit een mix van onderdelen, zoals verzorging en opvoeding, behandeling, therapie, psycho-educatie, passend onderwijs en/of werktoeleiding. Daarnaast zijn er verschillende behandelmodules waaraan de jongere kan deelnemen, zoals sociale vaardigheden, weerbaarheid, cognitieve trainingen en individuele of groepsgerichte therapieën. Eens per week is er een multidisciplinair behandeloverleg waarin de voortgang wordt besproken.

Tijdens de behandeling doorlopen jongere en gezin vier fases:

- * **Fase 1: Wie ben ik?** Een periode van 6 weken waarin wederzijdse kennismaking en observatie centraal staan.

- * Fase 2: Wat kan ik? Deze fase duurt maximaal twaalf weken en is gericht op het onderzoeken wat de jongere al kan en nog kan en wil leren. Er wordt gebruik gemaakt van een competentieanalyse. Er wordt actief ingestoken op het aanleren van deze vaardigheden binnen de dagelijkse routine.
- * Fase 3: Wat hoort bij mij? Deze fase duurt maximaal twaalf 12 weken. Het versterken van de identiteit van de jongere staat centraal. Er wordt gekeken wat nu bij de jongere past en de jongere leert dit steeds beter te verwoorden.
- * Fase 4: Waar ga ik naar toe? De duur van deze afsluitende fase is variabel en hangt af van het perspectief van jongere en gezin. Binnen deze fase ligt de nadruk van de behandeling op afscheid nemen en afsluiten van de behandeling op de groep. Daarnaast op het voorbereiden op het vervolg na de behandeling in DOK 3.

Gemiddeld duurt een individuele behandeling 6 tot 9 maanden. Binnen de behandeling wordt geprobeerd zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de bestaande landelijke protocollen en richtlijnen. Complicerend hierbij is dat de drie betrokken sectoren (GGZ/VZ, gesloten JZ, en LVB-zorg) ieder vaak hun eigen protocollen en richtlijnen hebben, die dan op operationeel niveau op elkaar afgestemd moeten worden in individuele gevallen.

Juridische aspecten van de behandeling

DOK3 is een gesloten residentiële instelling die alleen bedoeld is voor de jeugdigen met zeer ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen. De juridische basis voor de gesloten behandeling in DOK3 verschilt per jongere. Door de drie verschillende kaders van wet- en regelgeving van de drie betrokken organisaties kunnen jongeren worden opgenomen op basis van de wet op de Jeugdzorg (WJZ) met een machtiging gesloten plaatsing van de kinderrechter of via het jeugdstrafrecht in het geval dat de kinderrechter kiest om te schorsen met daarbij als voorwaarde behandeling in een gesloten setting. Ook is er de mogelijkheid dat de jongere en de ouders vrijwillig instemmen met een gesloten plaatsing. Dit kan alleen bij jongeren met een verstandelijke beperking, gefinancierd vanuit de AWBZ met een zorgzwaartepakket (ZZP) LVB 4 of 5 of op basis van een DBC.

Door deze verschillende juridische kaders verschillen de pedagogische maatregelen die de vrijheid beperken: vast houden, separeren, gedwongen medicatie.

Verantwoordelijkheden en taakverdeling

Al vroeg in de ontwikkeling is een projectstructuur opgezet waarbij de betrokken bestuurders van de drie moederorganisaties zitting namen in een stuurgroep. Deze komt eens per zes tot acht weken bijeen en neemt de belangrijke beslissingen. Een mix van inhoudelijke betrokkenen en managers/directeurs vanuit de drie organisaties zitten in de projectgroep, die veel van het beleid opstelt. Deze projectgroep kwam aanvankelijk wekelijks en nu tweewekelijks bij elkaar. Ook werden er verschillende werkgroepen aan de projectstructuur toegevoegd om een specifiek thema verder uit te werken. De meeste van de werkgroepleden zijn later de DOK3 organisatie ingestroomd.

Er werd een externe projectleider aangetrokken om de ontwikkelingsfase te begeleiden. Vooral een visionaire inhoudelijke blik en enthousiasme waren belangrijke competenties voor de projectleider in dit stadium. Bij de realisatiefase is een andere projectleider betrokken die zich vooral bezig houdt met de bedrijfsvoering en een meer pragmatische insteek heeft. Deze projectleider zit ook in het DOK3 managementteam met alle behandelcoördinatoren van de behandelgroepen, de verslavingsarts en de afdelingsmanagers (direct leidinggevenden van de teams). Dit

managementteam komt tweewekelijks bij elkaar en valt onder de verantwoordelijkheid van de projectgroep.

De jongeren worden ingeschreven bij de moederorganisaties waar ze worden aangemeld. Daar moet wettelijk ook het dossier gevoerd worden. Om binnen DOK3 deze dossiers ook voor hulpverleners van de andere organisaties toegankelijk te maken, is een machtiging van de jongere (en zijn ouders) nodig. Praktisch levert dit wel eens problemen op omdat de registratiesystemen niet gekoppeld zijn. Er moet dan binnen DOK3 een extra papieren dossier gevoerd worden om dit mogelijk te maken. De formele registratie bepaalt echter niet in welk behandelmilieu jongeren terecht komen; dat wordt zorginhoudelijk bepaald. De jongeren binnen een behandelgroep zijn dus bij verschillende organisaties ingeschreven met alle een eigen kader van wet- en regelgeving. Met name het afstemmen van deze drie verschillende kaders van wet- en regelgeving is complex en intensief. De verschillende betrokken inspectie-instanties zijn op eigen initiatief actief gevraagd om de werkwijze te toetsen en te adviseren. Zo zijn er verschillende regels vanuit de betrokken sectoren m.b.t. pedagogische maatregelen die de vrijheid beperken, bijvoorbeeld het wel of niet melden van een separatie. Omdat de jongere uiteindelijk is ingeschreven bij een van de drie moederorganisaties moeten de medewerkers rekening houden met drie verschillende regelgevingen daaromtrent, terwijl deze jongeren door elkaar op één groep zitten. Ook klachtenprocedures verschillen per sector. Daarop is geanticipeerd, maar het traject wordt per situatie afgestemd met juridische ondersteuning vanuit de moederorganisaties.

In de praktijk kan een cliënt die is ingeschreven bij de ene moederorganisatie dus onder de behandelverantwoordelijkheid vallen van een leidinggevende van een andere moederorganisatie. Als verantwoordelijke voor het managementteam van DOK3 is de projectgroep eindverantwoordelijk voor de behandeling. Hiervoor is geen formele juridische constructie en er zal op termijn een betere oplossing gevonden moeten worden. In deze constructie is de procedure bij bijvoorbeeld klachten complex. In de projectgroep zit wel een GZ-psycholoog en bij de detox afdeling is een verslavingsarts betrokken. Hiermee wordt – voor wat betreft de behandeling - aan de basis verantwoordingseisen op grond van Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) voldaan. De rechtspositie van de jongeren die worden aangemeld via het Poortje valt binnen het wettelijk kader van de Wet op de Jeugdzorg en het Kwaliteitskader Gesloten Jeugdzorg dat de MOgroep Jeugdzorg in 2008 heeft vastgesteld.

Doelen

Er worden voor iedere jongere duidelijke doelen op allerlei gebieden (bijvoorbeeld gevoel, gedrag, middelengebruik, gezin, school) gesteld in het behandelplan. Doel van een behandeling bij DOK3 is op eigen benen staan. Alles is op positieve ontwikkeling gericht zodat de jongeren thuis verder kunnen opgroeien of de behandeling kunnen voortzetten in een open setting. Algemene, overkoepelende doelen van het project zijn: een effectieve behandeling van de doelgroep, een hiaat opvullen in de keten en de verbindingen in de keten leggen, en expertise uitwisseling tussen de moederorganisaties.

Onderlinge afspraken en visie

In de ontwikkeling van DOK3 zijn inhoudelijke, maar ook financiële en bedrijfsmatige verantwoordelijkheden vastgelegd in een projectplan. De gezamenlijke visie op de samenwerking

werd ook vastgelegd en luidt: “De bundeling van de deskundigheid van de drie aangesloten organisaties leidt tot één behandelplan voor elke jongere. DOK3 verzorgt de gehele route van een jongere: van binnenkomst tot vertrek. De behandeling is één doorgaande beweging. De jongere valt niet tussen wal of schip, omdat de samenwerkende organisaties gezamenlijk een aanpak zoeken die past bij die jongere. De intentie is: het gaat lukken. De behandeling omvat zowel opvoeding, zorg, hulpverlening, therapie, psycho-educatie, passende onderwijs/arbeidstoeleiding en begeleiding tijdens de terugkeer in de samenleving.”

Er is veel aandacht besteedt aan het creëren van een herkenbare, gezamenlijke organisatie. DOK3 werd gehuisvest op een locatie van het Poortje (Wilster), maar heeft door een eigen ingang, huisstijl, en inrichting een eigen uitstraling.

De inspirerende, maar nieuwe en complexe werkomgeving stelt ook hoge eisen aan de competenties van de medewerkers en vraagt ook een bepaalde persoonlijkheid. Er wordt gewerkt met drie verschillende kaders van wet- en regelgeving van jongeren die gemengd op de behandelgroepen zitten en er waren geen gebaande paden die gevolgd konden worden. De selectie voor personeel was daarom streng. Flexibiliteit, creativiteit, lef, en pioniersgeest waren belangrijke criteria. Leidinggevenden zijn ook betrokken om dit extern te checken. Over het algemeen is dit goed uitgekapt. In medewerkersonderzoek gaf 90% van de medewerkers onlangs aan dat ze opnieuw voor DOK3 zouden kiezen met de kennis van nu. Medewerkers blijven formeel in dienst van de eigen moederorganisaties en alle medewerkers vallen derhalve onder drie verschillende cao's. Daardoor zijn de beloning en secundaire voorwaarden niet altijd gelijk voor dezelfde functies. Dat is moeilijk uit te leggen.

De verdere inhoudelijke ontwikkeling van medewerkers en de verdere integratie van expertises is een doorgaand proces dat veel aandacht krijgt. Er is een medewerkersonderzoek uitgevoerd om onder alle medewerkers te toetsen of zij tevreden zijn over de mate van uitwisseling en de inhoud van de geboden behandeling. Zo worden er op basis van de behoefte nieuwe activiteiten bedacht om de integratie verder te ondersteunen. Zo bleek dat de behandelaren het belangrijk vinden om hun kennis over de doelgroep up-to-date te houden. Daarom is er een keer per maand een klinische les. Thema's van deze klinische lessen zijn, bijvoorbeeld medicatie, seksualiteit, hechting, en groepsdynamica. Ook worden er trainingen gegeven op het gebied van de gebruikte methodiek.

Financiering

De financiering is voor alle drie moederorganisaties anders. VNN wordt als GGZ- instelling via de ZVW gefinancierd, Driever's Dale werkt met zorgzwaartepakketten vanuit de AWBZ, en de gesloten jeugdzorg (jeugdzorgplus) van het Poortje wordt bekostigd vanuit het ministerie van VWS (tot 1 januari 2013). Cliënten is men niet naar deze achterliggende gescheiden financieringsstromen gaan indelen op de verschillende behandelgroepen. De problematiek en de behoefte is leidend bij de plaatsing in de ene of andere groep. Er zijn wel afspraken gemaakt over het aantal bedden waarvoor de drie betrokken organisaties garant staan (VNN 12 bedden, het Poortje 16 bedden, Driever's Dale 8 bedden). Helaas is het dan wel eens zo dat een jongere bovenaan de wachtlijst staat, maar niet het juiste 'etiketje' heeft en een andere aanmelding toch voorgaat om aan de verhouding tegemoet te komen.

Alle verdere interne uitwisseling van personeel gebeurt met gesloten beurs. Er wordt niet per verrichting afgerekend. Ook wordt er regelmatig wat uitgeruild. Sommige functies ontbreken bijvoorbeeld in het functiehuis van de ene organisatie, maar zijn voor DOK3 wel essentieel, zoals nachtverpleging en de K&J psychiater. Dan levert VNN deze expertise voor alle vier behandelgroepen. Onderaan de streep worden de kosten verdeeld over de drie betrokken organisaties volgens de verdeelsleutel naar het percentage bedden.

6.2 Afspraken over samenwerking in algemene zin

Het huidige project is een pilot. Er loopt een onafhankelijk onderzoek om de effectiviteit van de aanpak te beoordelen. Daarna zal bekeken worden of en hoe het project vervolgd zal worden. Dat het project een vervolg krijgt, lijkt wel waarschijnlijk. Hiervoor wordt een aantal scenario's verkend. Een vervolg als een aparte joint venture van de drie moederorganisaties lijkt een goede optie. Dan zullen de knelpunten in de bedrijfsvoering die nu ervaren worden, bijvoorbeeld verschillende dossiersystemen en rechtsposities van het personeel, worden weggenomen.

De knelpunten voor de integrale aanpak die voortvloeien uit de gescheiden kaders van wet- en regelgeving en achterliggende financieringsstromen, verdwijnen daar echter niet mee. Bij de betrokken financierende en toezichhoudende instanties was men inhoudelijk zeer te spreken over het initiatief en bereid om mee te denken, maar een oplossing is er nog niet. De bestuurders van de drie betrokken organisaties hebben inmiddels wel afspraken kunnen maken met het zorgkantoor. De volgende stap is nu om te kijken of het ministerie van VWS ook bereid is afspraken te maken voor een integrale financiering. Dit zou een precedent kunnen scheppen voor andere integrale zorgprojecten.

De verdere inbedding van het project in de eigen organisaties krijgt in het vervolg waarschijnlijk ook meer aandacht. Er vindt minder uitwisseling plaats tussen DOK3 en de drie moederorganisaties als zou kunnen. Met het Poortje gebeurt dit nog het meest omdat het op dezelfde locatie zit. Die fysieke nabijheid maakt dat er snel advies gevraagd wordt. Dat begint nu ook breder voor te komen, maar er kan niet altijd op ingegaan worden. Het initiatief is door de projectstatus nog beperkt en er wordt voor gewaakt niet teveel hooi op de vork te nemen. De aandacht is dit jaar vooral gericht geweest op het creëren van een goed behandelklimaat en onderlinge samenwerking. Voor het middenmanagement is het soms schipperen tussen de wensen van de eigen organisatie en de behoeftes vanuit de samenwerking. Geïnterviewden geven aan dat het belang van de jongere in die gevallen voorop moet staan, hetgeen in de praktijk de aanpak van DOK3 betekent. Wat wel enorm heeft geholpen is de betrokkenheid van de drie Raden van Bestuur van de moederorganisaties in de stuurgroep. Zij zijn trots op dit vernieuwende initiatief en hebben het altijd actief gesteund. Ook met externe partners wordt samengewerkt. Om goede zorgtrajecten en continuïteit van zorg te kunnen bieden zijn afspraken met ketenpartners nodig. Via de drie moederorganisaties zijn er veel lijnen met allerlei partners in het veld. Andere (gesloten) residentiële instellingen verwijzen ook door naar DOK3 voor een korte detox-opname om daarna zelf verder te behandelen. Op het gebied van uitstroom zoekt DOK3 actief naar mogelijkheden om samen te werken. Het blijkt lastig voor de jongeren die bij DOK3 zijn opgenomen geweest een goede vervolgplek te vinden (bv in de vorm van

een begeleide woonplek). Een verleden van middelenmisbruik en gesloten opname maakt dit vaak erg lastig.

6.3 Werkwijze bij verwijzing

Verwijzingen

Aanmeldingen komen binnen via de samenwerkingspartners in de tweede ring, de eigen moederorganisatie en uit de bredere netwerken van de drie betrokken instellingen. Ook heeft DOK3 steeds vaker een bovenregionale functie voor meldingen vanuit het hele land, bijvoorbeeld doorverwijzingen vanuit andere verslavingszorginstellingen. Jongeren kunnen worden behandeld in DOK 3 vanuit verschillende plaatsingskaders:

- Een machtiging gesloten plaatsing voor Gesloten Jeugdzorg
- Een LVB 4 of 5 indicatie CIZ (Centrum indicatiestelling zorg)
- Een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) betreffende psychiatrische en/of
- Verslavingsproblematiek

Om verwijzers te ondersteunen en de plaatsingscriteria voor de drie verschillende aanmeldingsroutes te verduidelijken, is een uitleg en instructie gemaakt.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing

Essentieel in het ontwerp van aanpak is het IDU (Instroom-Doorstroom-Uitstroom) overleg, waar de behandeling van iedere cliënt individueel wordt bepaald en gevolgd. De IDU bestaat uit een multidisciplinair team, samengesteld uit de verschillende specialisaties vanuit de drie moederorganisaties (verslaving, LVB, gedragsproblemen en psychiatrie), dat een behandelplan en een behandelmilieu voorstelt. Dit team kan goed diagnosticeren en heeft kennis van wat er bij DOK3 aan behandelmilieus mogelijk is en weet ook welke capaciteit beschikbaar is. In dat team wordt, in overleg met de cliënt en zijn/haar ambulante behandelaar vastgesteld welke problematiek op de voorgrond staat bij deze cliënt en naar welk van de drie behandelmilieus de jongere gaat.

DOK3 kent hiervoor geen standaard screening. Toewijzing gebeurt op basis van een dossierscreening en een gesprek met ouders en jongere. Vaak is er al veel gebeurd voordat een jongere wordt aangemeld in een gesloten setting. Er is al veel informatie beschikbaar in het dossier, zoals een psychologisch onderzoek en een kinder- en jeugdpsychiatrisch consult. De betrokken behandelcoördinator brengt de casus in en er worden vragen en onduidelijkheden besproken voordat er een gezamenlijk advies wordt opgesteld. In de praktijk is het nog nooit voorgekomen dat men het onderling niet eens was, maar mocht het nodig zijn neemt de GZ psycholoog die ook zitting heeft in de projectgroep de beslissing.

Bij de meldingen worden twee criteria zwaar gewogen:

- 1) Kan het ook 'lichter', oftewel is de gesloten setting echt noodzakelijk?
- 2) Kan de jongere profiteren van de geboden behandeling? Gezien de intensieve aard van de DOK3 behandeling is een minimale motivatie nodig. Als deze ontbreekt is het beter om eerst in een andere setting (jeugdzorgplus) te stabiliseren en te werken aan motivering.

Wanneer de problematiek nog een kluwen is en nog geen duidelijk oordeel gegeven kan worden over de problematiek die op de voorgrond ligt, dan is binnen elk van de behandelmilieus een observatiemogelijkheid.

In het kader van de onafhankelijke effectmeting, worden er wel een aantal standaard vragenlijsten afgenomen. Per moederorganisatie worden er iets andere instrumenten gebruikt om de resultaten ook vergelijkbaar te laten zijn met de gangbare ROMs van de behandelingen binnen de eigen instelling. De verschillende sectoren hebben helaas aparte en niet op elkaar afgestemde ROMs.

6.4 Proces van samenwerking

Bevorderende factoren

- Sterk gedeeld gevoel van noodzaak: de doelgroep die buiten de boot viel, wordt nu geholpen.
- Sterk bestuurlijk commitment (veel risico genomen).
- Centrale aansturing door gemengde project- en stuurgroep.
- Veel aandacht voor de selectie van gemotiveerde medewerkers die kunnen functioneren binnen een pioniersomgeving. In dit kader is bijvoorbeeld ook apart met leidinggevendenden gesproken.
- Veel geïnvesteerd in teambuilding en visievorming, dat heeft geresulteerd in vorming van nieuwe gezamenlijke cultuur.
- Gemengd intake-doorstroom-uitstroom team.
- Elkaars expertise benutten (gemengde intervisiegroepen en uitwisseling behandelaars). Er is veel van elkaar te leren. De aanpak van de verslavingszorg is bijvoorbeeld vaak wat klassiek medisch: een behandeling en dan ontslag. De partners uit de andere sectoren zijn vaak veel meer op continuïteit van zorg en samenwerking met het bredere veld gericht. Zij behandelen soms misschien te langdurig of beschermend. Het bredere perspectief helpt professionals om hun eigen werkwijze in een ander licht te zien, hun aanpak scherp te houden en na te denken over verbeteringen.
- Risico's durven te nemen als de inhoud van zorg dit vraagt. Indien nodig, staat de kwaliteit van zorg boven bureaucratie van regels en procedures. Vandaar de ondertitel van DOK3 'met lef'.
- Werken op basis van vertrouwen, men moet elkaar wat gunnen en niet zelf alle posten willen bezetten. Uitwisseling personeel op basis van gesloten beurs.

Belemmerende factoren

- De drie betrokken sectoren (GGZ/VZ), gesloten JZ, en LVB hebben ieder hun eigen richtlijnen, protocollen en ROMs die in elkaar geschoven moeten worden. Dit is vaak een enorme puzzel.
- Hierdoor hebben de jongeren, die gemengd op de groepen zitten ook drie verschillende rechtposities afhankelijk van waar ze ingeschreven staan. De behandelverantwoordelijkheid ligt formeel bij de inschrijvende instelling, terwijl deze in de praktijk gedeeld wordt.
- De drie betrokken sectoren hebben alle drie een aparte financieringsstroom en verantwoordingssystematiek.

- De medewerkers hebben verschillende rechtsposities (bijvoorbeeld andere salariëring voor hetzelfde werk of andere vrije dagen), doordat de Cao's van de drie betrokken sectoren niet gelijk zijn.
- De bredere inhoudelijke uitwisseling ('spin off') met de drie betrokken moederorganisaties en de bredere ring van ketenpartners is nog gering. Veel energie is in eerste instantie intern gericht geweest op het realiseren van een goede gezamenlijke behandeling.
- Uitstromen naar een vervolgaanbod is niet gemakkelijk voor deze groep jongeren. Met name een voorgeschiedenis van verslaving is een contra-indicatie voor begeleid wonen projecten.

Met medewerking van:

- Janny Maat (afdelingsmanager DOK3, VNN)
- Laura Wolsink (GZ psycholoog, lid projectteam DOK3, Driever's Dale)

Dank aan het hele DOK3 management team, voor de mogelijkheid van het bijwonen van hun teamoverleg.

Geraadpleegde schriftelijke bronnen

- Behandelconcept DOK3, 2012
- Plaatsingscriteria DOK3, oktober 2012
- Notitie Besluitvorming JE, november 2010
- Inhoudelijke Presentatie DOK3, 2012
- Voor informatie over DOK3: www.dok3.nl

7 Wat leren we van deze voorbeelden?

De vier voorbeeldprojecten zoals beschreven in de hoofdstukken 4, 5, 6 en 7 zijn zeer verschillend. Verschillende doelgroepen vragen om een verschillende aanpak. Zware gecombineerde problematiek die is geëscaleerd vraagt om een (gesloten) behandelsetting zoals deze geboden wordt door de Dubbeldiagnose Jeugd en DOK3. Een dergelijke integrale behandeling vraagt een enorme inspanning. Verschillende protocollen en richtlijnen, wet- en regelgeving, instrumenten voor Routine Outcome Monitoring (ROM) en gescheiden financieringsstromen moeten worden geïntegreerd in één behandeling. Dan zijn er nog de uitdagingen van cultuurverschillen tussen sectoren en het vormen van één team. Het is indrukwekkend dat deze initiatieven hierin zijn geslaagd. Er rest nog een uitdaging om geschikte vormen te vinden om deze gespecialiseerde kennis ook breder te ontsluiten en beschikbaar te stellen, bijvoorbeeld in een eerder stadium of voor een andere doelgroep.

Bij jongeren voor wie klinische opname voor specialistische behandeling van de verslaving niet nodig is - gelukkig verreweg de grootste groep kan een (vanuit de verslavingszorg ambulante) integrale samenwerking uitkomst bieden. De projecten van Tactus/Pactum en de Jutters/Brijder geven hiervan een goed voorbeeld. Tactus en Pactum kiezen hierbij voor de outreachende co-behandelingsconstructie op locatie van deze residentiële jeugdzorg. Grote voordelen zijn de fysieke aanwezigheid en de vaste aanspreekfunctie van de Tactus behandelaar op de locatie van Pactum. Ook de integratie van de Tactus behandeling in het algemene behandelplan is essentieel voor de integrale aanpak. Het MDFT team van de Brijder/Jutters gaat nog een stap verder en vormt samen één vast behandelteam, dat snel en flexibel in kan spelen op de individuele situatie van de jongere. De MDFT methodiek is het uitgangspunt en biedt binnen de samenwerking inhoudelijk een grote houvast en gedeelde visie.

In dit hoofdstuk gaan we na wat deze voorbeelden ons leren over het opzetten en onderhouden van samenwerkingsverbanden in de behandeling en begeleiding van jongeren met middelenproblematiek. Hierbij verwijzen we in enkele gevallen ter illustratie ook naar samenwerkingsverbanden bij andere JVZ instellingen.

7.1 Motiveren voor behandeling: duidelijke verantwoordelijkheden

Consultatie op casusniveau start vaak ad hoc. Bezorgde professionals uit andere sectoren vragen op informele basis de hulp van een collega uit de JVZ (inclusief preventie). Persoonlijke contacten zijn van doorslaggevend belang. Als jongeren eenmaal hulp voor hun middelenproblematiek willen (of in ieder geval accepteren), is een belangrijke stap naar herstel gemaakt. Professionals binnen de JVZ hebben veel ervaring in deze motivationele gesprekstechnieken en worden hiervoor ook vaak gevraagd door samenwerkingspartners. Het is echter een lastig vraagstuk onder wiens **behandelverantwoordelijkheid** dit dan gebeurt, want er is nog geen sprake van een officiële doorverwijzing. Ook wordt hulp bij motivering niet vergoed voor de JVZ; er is immers nog geen formele behandeling gestart. Sommige JVZ instellingen, bijvoorbeeld de Mondriaan Dubbeldiagnose Jeugd kliniek, hebben besloten om toch outreachende hulp – dat wil zeggen dichtbij de jongere,

binnen de instelling waar hij of zij hulp krijgt - motivering te bieden en hier zelf in te investeren ten bate van de verdere behandeling.

7.2 Randvoorwaarden voor formaliseren: is er genoeg steun vanuit de eigen organisatie?

Als incidentele consultatie vanuit inhoud in individuele casussen vaker voorkomt, ontwikkelt de samenwerking zich soms verder en krijgt deze een structureler karakter. Vaak worden er in dit stadium formele afspraken gemaakt op management niveau over een structurele vorm voor de samenwerking. Hierbij valt te denken aan een samenwerkingsovereenkomsten en/of convenant, het vastleggen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, en het beschrijven van werkprocessen en routes van informatieoverdracht. Onderzoek van Van Delden (2009) wijst overigens uit dat deze meer geformaliseerde aanpak niet uit zichzelf tot succes leidt. Het blijft van het grootste belang dat de medewerkers op uitvoeringsniveau achter de samenwerking en de aanpak staan. Als de samenwerking zich beperkt tot intentieverklaringen en afspraken over middelen ontstaan er 'papierene samenwerkingen'. Dit zijn 'top-down' georganiseerde samenwerkingen die in de praktijk niet van de grond komen. Om dat te voorkomen zijn **steun en bemoeienis vanuit het bestuur** met de uitvoerende teams van groot belang. Bestuurders moeten actief richting geven en niet alleen reageren bij problemen. Bestuurders hebben ook een belangrijke rol bij het aanbrengen van mogelijk nodige veranderingen in hun interne organisatie, bv. aanpassen van beleid en veranderen van de attitude van medewerkers op het gebied van middelengebruik.

7.3 Gezamenlijke visie: ondersteunen we elkaars werk?

Een stap naar een verdergaande en meer formele samenwerking met andere jeugdpartners, brengt nieuwe vraagstukken met zich mee. De visie op middelengebruik binnen de JVZ is niet altijd in overeenstemming met de visie binnen de GGZ. Het rapport Van Kwetsbaar naar Weerbaar (Commissie Van der Gaag, 2011) spreekt in dit kader van een gebrek 'aan een consistente visie op normen en waarden met betrekking tot middelengebruik'. Nog te vaak worden jongeren binnen de jeugdzorg en jeugd-GGZ uitgesloten van verdere behandeling als er sprake is van problematisch middelengebruik, omdat men er onvoldoende mee kan omgaan. Er wordt dan vooral doorverwezen uit onmacht ('de lastige gevallen'). Ook tijdens de *Invitational Conference Samenwerkingsverbanden JVZ* (2012) hebben de deelnemers het belang benadrukt van het bespreekbaar houden van middelengebruik, zelfs in een gesloten setting. Vaak moeten daarbij flinke cultuurverschillen tussen organisaties overbrugd worden (van Ojen, 2009). Dergelijke processen kosten tijd, maar het kan helpen een **gezamenlijk visiedocument** inclusief handwijze bij (problematisch) middelengebruik op te stellen. Daar kan dan in concrete gevallen op worden terug gevallen en zo wordt middelengebruik sneller **ingebed in het totale instellingsbeleid**.

7.4 Praktische afspraken: sluit de aanpak aan bij de situatie op de werkvloer?

Om te zorgen dat goede afspraken worden gemaakt, kan het helpen om **elkaars werkwijze** eerst goed te leren kennen, bv. door een 'meeloop-dag'. Kleine details, zoals het wel of niet hebben van een eigen kamer, kunnen op uitvoeringsniveau een groot verschil maken. Inzicht in elkaars situatie maakt het uiteindelijk veel makkelijker afspraken te maken die in de praktijk werken. Soms krijgt die eerste inventarisatie een structureel karakter (een soort nulmeting). Zo probeert Novadic-Kentron de status quo wat betreft middelengebruik onder cliënten en het staande beleid bij een nieuw samenwerkingsverband zoveel mogelijk vooraf structureel in kaart te brengen. Zo kan een aanbod gedaan worden van diensten en producten dat helemaal op de situatie bij de andere instelling is afgestemd.

7.5 Teambuilding: hoe vormen we een team?

Het ontwikkelen van een team met medewerkers die uit verschillende organisaties afkomstig zijn is een belangrijke succesfactor voor een samenwerkingsverband binnen een behandeling. Het is bevorderend om speciale activiteiten te organiseren, zoals teamdagen, om tot een nieuwe gezamenlijke cultuur met eigen normen en waarden te komen. Als dit niet van de grond komt, krijgt het project geen duidelijk gezicht naar buiten. Dan bestaat het risico dat het samenwerkingsverband als los zand uit elkaar te valt. Ook de werkomstandigheden en ontwikkeling (scholing en intervisie) van de professionals in deze nieuwe context zijn van belang voor de teamvorming en kunnen extra motiveren.

7.6 Betrekken van ketenpartners: raken we niet op een eiland?

Een valkuil bij het ontwikkelen van nieuw aanbod is om gaandeweg het ontwikkelproces teveel op het nieuwe eigen aanbod te gaan focussen. Alle tijd en energie wordt in het opzetten van de interne processen gestoken. Dit is onwenselijk omdat juist het structureel betrekken van alle ketenpartners en beoogde doelgroep bij het ontwikkelen genoemd wordt al een belangrijke succesfactor. Er is sprake van wederzijdse afhankelijkheid. Ketenpartners zijn niet alleen nodig voor de toeleiding van cliënten, maar ook weer voor terugverwijzing voor eventuele verdere begeleiding om terugval te voorkomen en re-integratie te bevorderen. Het nauw betrekken van ketenpartners levert ook veel waardevolle feedback op. Het liefst gebeurt het betrekken van de ketenpartners via een vaste structuur en in een zo vroeg mogelijk (voorbereidende) fase. Het kan in dit kader helpen om werk- en klankbordgroepen met vertegenwoordigers van ketenpartners aan de projectstructuur toe te voegen. Belangrijke vragen om in dit verband te bespreken zijn: wat zijn wensen en behoeften van ketenpartners en doelgroep? Wat kan het nieuwe aanbod hierin betekenen? Een ander heel belangrijk punt dat genoemd wordt door de geïnterviewden: wat zijn de beperkingen van het initiatief, oftewel wat kunnen we niet oplossen? Het heeft geen zin om verwachtingen te wekken die niet waargemaakt kunnen. Alle ketenpartners die betrokken zijn, worden zo mogelijk ook ambassadeurs van het project. Ook de interne keten moet niet worden vergeten in dit ontwikkelproces. Als het nieuwe aanbod niet duidelijk wordt afgestemd binnen de interne organisaties, zit men afgesneden op een eiland. Of erger, ontstaat er weerstand en interne concurrentie.

7.7 Evalueren van inhoud en proces: is er ook ruimte voor kritiek?

Juist vanwege de complexiteit van samenwerking binnen een behandeling is het belangrijk om de samenwerking, zowel intern als met de bredere kring van ketenpartners, structureel te evalueren op uitkomst en proces. Vooral ook kritiek kunnen hebben op elkaar, wordt genoemd als belangrijke succesfactor. Juist als het moeilijk wordt, moeten partners elkaar kunnen aanspreken. Een grote test van een samenwerkingsrelatie, zoals elke relatie, is of je ook in staat bent samen moeilijkheden te overwinnen. Zo heeft het team van Mondriaan bij het opzetten van hun kliniek Jongeren en Middelengebruik na een maand een speciale bijeenkomst met alle partners belegd waar juist de casuïstiek die misliep in de samenwerking gepresenteerd werd. Het was in eerste instantie spannend en enerverend, maar leverde op langere termijn een betere samenwerking en grotere basis van vertrouwen op. Daarbij is bespreken alleen niet genoeg. De knelpunten moeten worden aangepakt door een aangewezen verantwoordelijke om een nieuwe – vergelijkbare – situatie in de toekomst te voorkomen (van der Aa, 2008).

7.8 Uitstroom: is het verdere zorgpad gewaarborgd?

Uitstroom van jongeren met verslavingsgeschiedenis uit een klinische setting is niet zelden een probleem. Tijdens de *Invitational Conference Samenwerkingsverbanden JVZ (2012)* gaven betrokkenen aan dat het voor jongeren met een verslavingsverleden na een klinische opname vaak moeilijk is een vervolgplek in een voorziening voor kamertraining/ begeleid wonen te vinden. Te vaak is een (verleden van) verslaving hiervoor een contra-indicatie. Oplossingsrichtingen zouden kunnen zijn om in een samenwerking tussen deze klinische settings en een RIBW een gespecialiseerd aanbod te ontwikkelen voor deze doelgroep, of om deze jongeren bij hun uitstroom zelf ambulant te begeleiden. Dat gebeurt nu bijvoorbeeld met behulp van de MDFT methodiek bij jongeren die uit JJI's komen. Het betrekken van de oorspronkelijke begeleiders van de jongere kan in deze aanpak worden overwogen.

8 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk beschrijft allereerst het doel en het verloop van de inventarisatie (paragraaf 8.1) de conclusies (paragraaf 8.2) en de aanbevelingen (paragraaf 8.3) die voortkomen uit de landelijke inventarisatie, de geanalyseerde voorbeeldprojecten en de *Invitational Conference* Samenwerkingsverbanden JVZ (2012) waarin de voorlopige bevindingen werden besproken.

8.1 Doel en verloop van het project

Voor Resultaten Scoren, kenniscentrum verslaving, is het IVO nagegaan hoe de samenwerking bij het preventie, signaleren en behandelen van middelenproblematiek bij jeugdigen kan worden vormgegeven. Deze samenwerking is van essentieel belang omdat de doelgroep vaak kampt met complexe en meervoudige verschillende problemen (verslaving, psychiatrische problemen, delinquent gedrag, LVB, etc.). De noodzaak van een integrale benadering en samenwerking komt naar voren uit onderzoek (o.a. Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving, 2011; Snoek et al., 2011) en wordt breed gedragen door de professionals in het veld (*Invitational Conference* Samenwerkingsverbanden JVZ, 2012).

Jeugd- en preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen (in dit rapport afgekort als JVZ) zijn vaak al bij verscheidene samenwerkingsverbanden op het gebied van jeugd aangehaakt, of hebben zelf een samenwerkingsverband opgezet. In het huidige project is nagegaan hoe deze initiatieven in de praktijk verlopen. Vier veelbelovende projecten zijn gedurende een periode van enkele maanden gevolgd en beschreven. Doel van het project was om 1) een overzicht te bieden van samenwerkingsrelaties tussen jeugdvoorzieningen op het gebied van verslavingsproblematiek in Nederland (inclusief knelpunten en succesfactoren) en 2) het geven van een beschrijving van de aard, inhoud en het werkproces van vier modelprojecten. Toegewerkt is naar criteria waaraan samenwerkingsverbanden zouden moeten voldoen om een integraal, sluitend aanbod te kunnen leveren. Deze zijn in paragraaf 8.3 in de vorm van aanbevelingen geformuleerd.

Er heeft een inventarisatie plaatsgevonden (telefonisch en per e-mail) bij de JVZ om na te gaan welke formele en informele samenwerkingsrelaties zij onderhouden met andere jeugdhulpverleners. Belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking zijn in kaart gebracht. Daarnaast zijn relevante documenten en artikelen bestudeerd. In vier verschillende settings (combinaties van ambulante/residentieel en justitieel/ niet justitieel) zijn vervolgens vier voorbeeldprojecten van integrale behandeling geselecteerd, waarbij verschillende professionele disciplines betrokken zijn. De werkwijze binnen deze voorbeeldprojecten is uitgediept. Hiervoor zijn gegevens verzameld via face-to-face interviews en documentanalyse. De voorlopige resultaten zijn besproken in de *Invitational Conference* Samenwerkingsverbanden JVZ (2012) waar verschillende experts op het gebied van jeugd aanwezig waren.

8.2 Conclusies

Inventarisatie van bestaande samenwerkingsrelaties

Uit de inventarisatie van bestaande **samenwerkingsrelaties** blijkt dat de JVZ zeer actief is in allerlei vormen van samenwerking met andere jeugdpartners. Omdat deze samenwerkingsverbanden vaak informeel, lokaal, zeer divers en talrijk zijn, is het lastig een compleet beeld op organisatieniveau te krijgen. Uit de inventarisatie komen drie algemene typen samenwerkingsverbanden waar de JVZ in participeert naar voren:

- 1) Samenwerkingsverbanden om af te stemmen (met name gemeentelijke netwerken);
- 2) Samenwerkingsverbanden om signalering en verwijzing naar zorg te verbeteren;
- 3) Samenwerkingsverbanden binnen de behandeling of begeleiding.

Deze drie typen samenwerkingsverbanden hebben ieder hun eigen kenmerkende aandachtspunten zoals beschreven in hoofdstuk twee, maar er is ook een aantal algemene aspecten te benoemen.

Deze spelen zich op meerdere niveaus af:

Op landelijk niveau

Veelgehoord knelpunt is het **gebrek aan integrale landelijke wet- en regelgeving** (incl. verwijzings- en indicatieroutes en toezichthoudende instanties) **en financiering**. Doordat de verslavingszorg actief is op uiteenlopende terreinen, heeft de sector te maken met verschillende wettelijke kaders en financieringsstromen: de Zorgverzekeringswet, AWBZ, WMO en de financiering vanuit Justitie.

Naarmate de samenwerking meer sectoren bestrijkt en intensiever is, wordt dit lastiger. Binnen de behandeling van jongeren met meervoudige problemen kunnen verschillende rechtsposities, financieringsstromen en registratiesystematiek door elkaar heen lopen.

Ook de **toegenomen marktwerking** zet samenwerking onder druk. Overhead en indirecte tijd voor overleg en reizen wordt vaak niet vergoed. De financieringssystematiek is daarnaast in beweging met de **transitie van de jeugdzorg naar de gemeente**. Daarmee is er een toenemende relevantie van de gemeentelijke (zorg-)netwerken rondom jeugdigen. Het is daarom van groot belang dat de JVZ proactief inspeelt op deze transitie en inhoudelijke en strategische allianties met partners in het veld sluit. Een belangrijke vraag voor de JVZ zal zijn – gezien de grote hoeveelheid en diversiteit van deze lokale netwerken – welke strategische keuzes op het gebied van samenwerking gemaakt moeten worden.

Op JVZ sector niveau

Op een aantal belangrijke beleidsmatige aandachtspunten heeft de JVZ sector zelf meer invloed. Het goed **afstemmen van protocollen en richtlijnen** tussen de JVZ en de Jeugd-GGZ en jeugdzorg maakt een integrale aanpak gemakkelijker. Hetzelfde geldt voor de **ROM JVZ en Jeugd-GGZ**, die nu worden ontwikkeld. Daarnaast is het belangrijk om de cultuurverschillen en onbekendheid tussen de verschillende sectoren te verminderen. Een **gezamenlijke intersectorale visie op middelengebruik**, waarin verschillende perspectieven, normen en waarden overstegen worden, is van groot belang om de (be)handelingsverlegenheid aan te pakken. Binnen andere sectoren heerst nog te vaak het beeld dat jongeren met middelenproblematiek ontregelend zullen werken op de behandeling van de andere jongeren (bijvoorbeeld gebruik bevorderen, dealen, criminaliteit aantrekken, etc). Daarom is er soms weerstand samen te werken met de JVZ (zeker in klinische settings) en kiest men vaak voor een beheersmatige benadering van middelengebruik door het te verbieden en sanctioneren. De

ervaring leert dat deze vooroordelen uiteindelijk verdwijnen en dat juist het tegenovergestelde gebeurt: het leidt tot een positieve spin-off bij de samenwerkingspartners en maakt middelengebruik bespreekbaar en hanteerbaar. Het verankeren van verslavingsexpertise in opleidingen van nieuwe hulpverleners en outreachend werken – op de werkvloer van andere instellingen - kunnen daarvoor goede instrumenten zijn. Er is bovendien **behoefte aan kennis over signalering en motivering bij verslavingsproblemen** bij andere jeugdpartners. In een co-behandelingsconstructie en met de juiste organisatie, kan de financiële last hiervoor beperkt blijven. Een goed voorbeeld hiervan is de aanpak die Tactus hiervoor heeft ontwikkeld en is beschreven in hoofdstuk 4. Tegen de achtergrond van de landelijk veranderende financieringssystematiek zijn samenwerking en een outreachende werkwijze (dichtbij de jongere, bij de instelling waar deze hulp ontvangt) mogelijk van nog groter strategisch belang.

Een belangrijke vraag voor de toekomst is of, hoe, en onder welke voorwaarden expertise uit de JVZ, zoals de omschreven voorbeelden van integrale behandeling uit hoofdstuk 3, breder kan worden ingezet. Kan de opgedane kennis over inhoud en organisatie van integrale zorg bijvoorbeeld ook eerder worden ingezet bij de **ondersteuning van de nulde en eerstelijnszorg**⁶ om escalatie van middelenproblematiek te voorkomen, zoals de Adviescommissie Kwetsbare Jeugd & Verslaving heeft bepleit? Dit is een vraag die in het licht van het recente bestuurlijk akkoord GGZ en de verdere ambulantisering extra relevant is. Richting de CJG's kan de JVZ het beste producten aanbieden waar het CJG behoefte aan heeft, zoals deskundigheidsbevordering, het geven van KVO-cursussen en het bieden van een overzicht van geschikte materialen voor ouders. Tijdens de *Invitational Conference* werd de mogelijkheid genoemd om - naar het voorbeeld van MDFT - multidisciplinaire ambulante teams in te zetten rondom scholen, waar Zorg en Advies Teams (ZAT) naar kunnen doorverwijzen.

Op organisatieniveau

Tot slot kan een goed afgestemd aanbod voor jeugd (van preventie tot en met behandeling) binnen de eigen organisatie een goede samenwerking met externe partners vergemakkelijken. De scheiding van preventie, behandelingstaken en verslavingsreclassering is intern vaak duidelijk, maar voor samenwerkingspartners niet altijd helder. Zij willen graag een aanspreekpunt waar ze voor alle problemen terecht kunnen. Hiermee samenhangend is een belangrijke vraag voor de JVZ welke strategische keuzes op het gebied van samenwerking gemaakt moeten worden, gezien de grote hoeveelheid en diversiteit van samenwerkingsverbanden. Ook de afstemming van deze keuzes tussen de verschillende afdelingen is een punt van aandacht.

Voorbeeldprojecten integrale behandeling

Wat betreft het organisatorisch vormgeven van samenwerkingsverbanden rond de **behandeling** van jongeren met middelenproblematiek komen uit de vier beschreven voorbeeldprojecten een paar relevante succesfactoren naar voren:

⁶ Eerstelijnszorg is generalistische zorg en omvat bijvoorbeeld algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, niet gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting (Gezondheidsraad, 2004). In de nuldelijn is nog geen manifeste zorgvraag en gaat de aandacht met name naar universele preventie uit. In de eerstelijns gaat het om zorgvragen met een "lage" tot "normale" medische complexiteit, met een redelijke mate van voorspelbaarheid. Zodra de zorgvraag om specifieke bijzondere deskundigheden of middelen vraagt, is behandeling in de tweedelijns geboden.

Onderhouden van relaties

Het belang van **korte lijnen** en persoonlijke relaties, zowel intern als extern (bijvoorbeeld naar familieleden, ketenpartners). Als alle medewerkers op één lijn zitten en handelen, is dit het beste te realiseren. Een duidelijk aanspreekpunt of 'trekker' helpt om de lijnen kort te houden en de persoonlijke relaties te versterken. Regelmatige fysieke aanwezigheid van de verslavingszorgmedewerker op de locatie van de samenwerkingspartner lijkt hierbij eveneens goed te werken.

Vernieuwen

De ruimte, tijd en de middelen om te **pionieren**. Daarvoor is het commitment vanuit het bestuur – onder meer blijkend uit het scheppen van de gewenste randvoorwaarden voor samenwerking – essentieel. Ook het selecteren van het juiste type creatieve en ervaren medewerkers is belangrijk. Vervolgens is er aandacht nodig voor teambuilding en het creëren van een nieuwe gezamenlijke cultuur om een initiatief tot bloei te brengen.

Inbedding

De afstemming en integratie met de eigen organisatie is niet altijd eenvoudig en vraagt **onderhoud**. Vaak wordt binnen de samenwerkingsverbanden onconventioneel en flexibel gewerkt. Dat levert soms spanning op met de werkwijze in de grotere staande organisaties van de samenwerkingspartners. Het initiatief loopt daarmee de kans op een eiland te komen staan. De continuïteit is daarmee in gevaar en het brengt de medewerkers van de samenwerking in een loyaliteitsvraagstuk tussen de verantwoordelijkheden naar hun eigen organisatie en de samenwerking. Het onderhouden van een goede afstemming en integratie van het samenwerkingsverband met de eigen organisatie is dus een derde succesfactor.

8.3 Aanbevelingen voor toekomstige initiatieven

Om het aangaan van integrale samenwerkingsverbanden binnen de jeugdzorg verder te stimuleren en ondersteunen zijn de afgelopen jaren diverse handreikingen verschenen (zie kader met nuttige tips aan het eind van dit hoofdstuk). Meestal zijn dit handreikingen met een beleidsmatig perspectief die zijn geïnitieerd door brancheorganisaties in de zorg en door (lokale) overheden. Een zeer bruikbaar voorbeeld hiervan is de onlangs gepubliceerde 'Handreiking Integrale Zorg' (VWS, 2012). Specifiek gericht op de JVZ is er echter nog weinig beschikbaar. Op basis van de resultaten van deze inventarisatie en verdieping kan een aantal aanbevelingen worden geformuleerd voor samenwerkingsinitiatieven tussen de JVZ en andere jeugdpartners:

1) Een inhoudelijke basis

De basis van een goede samenwerking is een gezamenlijk gevoelde noodzaak en urgentie. Een duidelijke doelgroep, visie op de aanpak, en inhoudelijke overeenstemming over de inhoud (incl. het afstemmen van protocollen en richtlijnen). Een systemische aanpak van middelengebruik, waarbij ouders en meerdere leefgebieden (thuis, school, vrije tijd) van de jongeren worden betrokken, heeft de inhoudelijke voorkeur.

2) Duidelijke afspraken

Als de inhoudelijk basis er is, moeten ook de afspraken over taken en verantwoordelijkheden, regie, financiering en informatie-uitwisseling duidelijk zijn. Zeker de juridische/formele eindverantwoordelijkheid voor de behandeling is een complex punt in de praktijk bij samenwerking. Het is van belang om de verantwoordelijkheden helder te hebben, maar het mag niet uit het oog verloren worden dat alle hulpverleners de plicht hebben 'verantwoordelijkheid' te nemen voor hun cliënt.

3) De juiste mensen

Door alle betrokkenen worden de persoonlijke relaties en het onderling vertrouwen binnen een samenwerkingsverband als cruciaal criterium voor succes gegeven. Om dat te bereiken is - naast een gedeelde inhoudelijke visie en duidelijke afspraken - ook het juiste profiel van medewerkers nodig. Zij geven de integrale samenwerking uiteindelijk gestalte en moeten in staat zijn om de verbinding te zoeken en te durven te pionieren. Bij complexe problemen die meerdere sectoren bestrijken moet soms worden geïmproviseerd en naar pragmatische oplossingen worden gezocht. In de Handreiking Integrale Zorg (2012) wordt daarom voorgesteld om in samenwerkingsverbanden in kleine teams met zelfsturende professionals te werken.

4) Een stevig mandaat en vertrouwen vanuit de eigen organisatie

Steun en ruimte vanuit het management en bestuur is noodzakelijk om iets nieuws te kunnen ontwikkelen. Integrale zorg vraagt soms om een andere benadering en organisatie van werken. In 'De ontkokering voorbij' (2009) stelt de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling dat professionals meer ruimte nodig hebben om aan de vraag van cliënten tegemoet te kunnen komen. Dat betekent onder meer dat vanuit het management ruimte moet worden gegeven om van protocollen af te wijken en financiële middelen beschikbaar moeten zijn om samen te werken als goede zorg dat vereist. In plaats van sturing op processen en output (controle en beheersing) zou er meer sturing op outcome (maatschappelijke opbrengst) kunnen plaatsvinden.

5) Een goede inbedding van de samenwerking in de eigen organisatie

Professionals hebben vrijheid nodig om (zoals boven beschreven) te experimenteren, maar moeten niet op een eiland terecht komen. Een samenwerkingsverband kan een positieve *spin off* hebben naar de bredere organisatie. Het kan een inspirerend nieuw perspectief brengen en uitnodigen om ook over de eigen interne schotten heen te kijken en te werken aan de integratie van preventieve en behandelingsactiviteiten en verslavingsreclassering.

6) Inbedding in de bredere keten

Om goede en continue zorg te garanderen, moet ook het verdere zorgpad worden gewaarborgd. Tijdens de *Invitational Conference Samenwerkingsverbanden JVZ* (2012) gaven de deelnemers aan dat het voor jongeren met een verslavingsverleden na een klinische opname moeilijk is een vervolgplek in een kamertraining/ begeleid wonen programma te vinden. Te vaak is een (verleden van) verslaving hiervoor een contra-indicatie. Oplossingsrichtingen zijn bijvoorbeeld om samen met een Ribw een gespecialiseerd aanbod te ontwikkelen voor deze doelgroep of om deze jongeren bij hun uitstroom zelf ambulante te blijven begeleiden.

7) Lange termijnvisie op samenwerking

Een samenwerking wordt vaak pas na een aantal jaren productief en rendabel, dus een langere termijn perspectief is belangrijk. Het is hierbij essentieel om de samenwerking op de werkvloer en managementniveau te blijven evalueren en bij te sturen om de continuïteit te waarborgen. Na een intensieve opstarttijd kan de aandacht al weer snel uitgaan naar andere zaken, maar borging van een bestaande samenwerking blijft tijd vragen.

Nuttige tips voor verdere verdieping:

Op www.nji.nl kan een samenwerkingswijzer worden ingevuld om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de samenwerking en met allerlei tips en suggesties om deze samenwerking te verbeteren.

Aa, A. van der en Minkman, M. (2008) Tools voor Ketenzorg. Brochure Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO & Stichting Ketennetwerk, Utrecht.

Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009) Werkende Ketens? Metarapportage over zes onderzoeken naar ketensamenwerking. Utrecht: Integraal Toezicht Jeugdzaken.

Een mogelijkheid tot e-learning over ketens en netwerken is er via de website www.ketens-netwerken.nl

Nederlands Jeugdinstituut. 2009. Checklist ketensamenwerking. Utrecht: NJI.

Zie <http://www.handreikingketenzorg.nl/index.php> (nu gericht op chronische ziekten, maar wellicht ook bruikbaar bij het opzetten van keten rondom middelenproblematiek)

Brochure 'Jeugdketens sluitend verbinden' van de Rijksoverheid (2010).

IGZ (2012). Zes randvoorwaarden voor samenwerking in de nulde-en eerste lijn (m.n. gericht op de GGD, thuiszorginstellingen, en grote huisartspraktijken). Zie <http://www.igz.nl/onderwerpen/volksgezondheid/gezondheidsverschillen/>

Geraadpleegde bronnen

Aa, A. van der en Minkman, M. (2008) Tools voor Ketenzorg. Brochure Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Utrecht: CBO & Stichting Ketennetwerk.

Adviescommissie kwetsbare jeugd & verslaving (2011). Van kwetsbaar naar weerbaar. Verslaving bij kwetsbare jongeren voorkomen en adequaat begeleiden, bevorderen gezondheid en weerbaarheid, vergroten veiligheid, besparen van kosten. Amersfoort: Resultaten Scoren.

BMC (2009). Evaluatie Wet op de jeugdzorg . Eindrapportage. De Haag: Programmaministerie Jeugd en Gezin, Ministerie van Justitie.

Delden van, P. (2009). Samenwerking in de publieke dienstverlening, ontwikkelingsverloop en resultaten. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.

Delden van, P.(2006). Samenwerking in de frontlijn. Management en Organisatie, vol.6, p16-28.

Gezondheidsraad/ Health Council of the Netherlands (2004). European primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands; publication no. 2004/20E. ISBN-10: 90-5549-549-2.

GGZ Nederland (2012). Concept visiedocument verslavingszorg (2012), Amersfoort.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2012). Randvoorwaarden Gezonde zorg: geïntegreerde en effectieve ondersteuning door zorgverleners bij leefstijlverandering. Verkregen via <http://www.igz.nl/onderwerpen/volksgesondheid/gezondheidsverschillen/>

Ministerie van Justitie en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2010). Jeugdketens sluitend verbinden. De samenwerking Zorg- en adviesteam, Centrum voor Jeugd en Gezin, Veiligheidshuis. Den Haag: Rijksoverheid.

Naaborgh, L. en Graaf de, I. (2010). Behoeften in samenwerking tussen Instellingen voor Verslavingszorg en Centra voor Jeugd en Gezin. Utrecht: Trimbos instituut.

Nederlands Jeugdinstituut (2009). Checklist ketensamenwerking. Utrecht.

Ojen van, Q. (2009). Jeugdzorg: Samen Sterk! Een inventariserend onderzoek naar varianten en knelpunten in de intersectorale jeugdzorg. Beverwijk: Van Ojen beleidsonderzoek.

Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (2008). De ontkokering voorbij. Den Haag.

Risselada, A., & Schoenmakers, T. M. (2010). Interventies gericht op de preventie van middelengebruik en seksueel risicogedrag bij VMBO scholieren. In C.T.M. Schrijvers & A.J. Schuit

(Ed.), Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau: aangrijpingspunten voor preventie. Bilthoven: RIVM.

Snoek, A., Wits, E., Mheen van de, D., Wilbers, G. (2010). Richtlijn vroegsignalering middelengebruik of afhankelijkheid bij jongeren. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Snoek, A., Wits, E., Stel van der, J., Mheen van de, D. (2011). Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik, visie en interventiematrix. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Staatssecretarissen M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en F. Teeven, Veiligheid en Justitie (dd 8 november 2011). Beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel' .

Steketee, M.J., Mak, D.J., Boutellier, J.C.J. (2010). Richting geven aan jeugdbeleid
De rol van de gemeente in een complex veld, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Twijnstra Gudde (2009). Ontwikkelperspectief naar samenwerking Veiligheidshuizen en Centra voor Jeugd en Gezin. Conferentiedocument Samenwerking Veiligheidshuizen en Centra voor Jeugd en Gezin. Den Bosch: Provincie Noord Brabant.

Veldhuizen van, R., Bähler, M., Polhuis, D., Os van, J.(redactie) (2008). Handboek FACT . Utrecht: de Tijdstroom.

Yperen van, T., Woudenberg, A. (2011). Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut

Zijden van der, Q., Diephuis, K. (2012). Handreiking Integrale Zorg. Samenwerken rond jeugd met meervoudige problematiek en hun gezin. gezamenlijke uitgave van GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, Landelijk Expertise Centrum Speciaal Onderwijs (LECSO), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC LVB).

Bijlage 1 De structuur van de Nederlandse jeugdzorg

In deze bijlage is een toelichting te vinden op de organisatie van de Nederlandse jeugdzorg (zgn. tweede lijn). Op de website van het Nederlands Jeugd Instituut wordt de structuur van de (justitiële) jeugdzorg en jeugd-GGZ als volgt geschetst:

- 1) Zorgaanbieders van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg: Dit omvat de intensief ambulante hulpvormen en vormen van intensieve, gespecialiseerde pedagogische thuishulp bij met name multi-probleemgezinnen, de daghulp (semi-residentiële zorg), de dag- en nachthulp (residentiële zorg) en de pleegzorg. Ook de gesloten jeugdzorg (incl. jeugdzorgplus) – door sommigen ook wel aangeduid als de derde lijn - behoort tot deze groep. De provincies krijgen voor al deze zorgvormen een doeluitkering van het rijk.
- 2) De door zorgverzekeraars gefinancierde geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Dit omvat de ambulante ggz en de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg (poliklinische en klinische zorg). Een deel valt nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en kan als een persoonsgebonden budget (pgb) worden uitgekeerd.
- 3) De via de AWBZ gefinancierde licht verstandelijke gehandicaptenzorg voor jeugdigen (jeugd-lvb). Ook hier vinden we weer uiteenlopende zorgvormen, eventueel als pgb uit te keren.
- 4) De jeugdbescherming (Raad voor de Kinderbescherming en de gezinsvoogdij), de justitiële jeugdinrichtingen en de jeugdreclassering. De financiering hiervan gebeurt vanuit het ministerie van Justitie, voor een deel via de provincies.
- 5) De gespecialiseerde onderwijsvoorzieningen, zoals de ondersteuning van leerlingen met speciale behoeften met een leerlinggebonden budget, reboundvoorzieningen, het speciale onderwijs in de clusters 1 t/m 4. In cluster 4 komen veel kinderen die in verband met gedragsproblemen en stoornissen als autisme ook veel met jeugdzorg te maken hebben. De financiering gebeurt vanuit het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

Overigens wordt op dit moment een grote stelselverandering voorbereid. Belangrijk aspect hiervan is dat de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg van de provincies (zie punt 1 van bovenstaand voorbeeld) naar de gemeenten zal worden overgeheveld. Een overzicht van deze ontwikkelingen, de achtergronden en consequenties hiervan, is te vinden in het rapport *Werk in Uitvoering* (Yperen en van Woudenberg, 2011) en in de beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel' van de betrokken ministeries (dd 8 november 2011). De basis voor deze transitie is door het vorige kabinet gelegd met de komst van de gemeentelijke Centra Jeugd en Gezin (CJG), die tot doel hebben om een centraal en laagdrempelig toegangspunt te vormen voor opvoeders en jeugdigen (zgn. eerste lijn). De CJG's geven opvoedingsondersteuning en preventie op het terrein van gezond en veilig opgroeien (gemeentelijke WMO prestatieveld 2 financiering), maar hebben ook als taak –indien nodig- door te verwijzen naar intensievere en gespecialiserdere vormen van zorg of jeugdbescherming (tweede en eventueel derde lijn). Naast de CJG's is Bureau Jeugdzorg (BJZ) een belangrijk toegangspunt voor de tweede lijns jeugdzorg. In de Wet op de Jeugdzorg uit 2005 werd geregeld dat BJZ (provinciaal gefinancierd) alle indicaties af zou geven voor jeugdzorg. Aanleiding was -onder andere- de enorme stijging van de vraag naar jeugdzorg. In de praktijk blijken indicaties voor deze zorg niet alleen via BJZ, maar ook nog vaak via de huisartsen en het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) te lopen en is BJZ

er dus niet in geslaagd vraag en aanbod voldoende te reguleren (zie ook de Evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg 2009, BMC).

Bovenstaand overzicht van het complexe jeugdstelsel levert de vraag op hoe om te gaan met de definities van deze verschillende sectoren in het Nederlandse jeugdzorgstelsel in deze inventarisatie. In eerste instantie luidde de opdracht om goede voorbeelden van samenwerkingsverbanden van de JVZ met de jeugd-GGZ en justitiële jeugdzorg te selecteren. Hierbij uitgaan van achterliggende financieringsstromen levert een duidelijke afbakening op, maar het is de vraag of de doelgroep en het op hen gerichte aanbod hiermee recht wordt gedaan. Vaak hebben jongeren meerdere problemen tegelijkertijd en laat de praktijk zich niet zo makkelijk in één financieringsstroom vangen (Snoek et al., 2011). Een jongere met delinquent gedrag is, nadat hij is opgepakt door politie en eventueel doorgeleid naar justitie, nog steeds dezelfde jongere met dezelfde problemen. Dit geldt bij uitstek voor de doelgroepen waarvoor de JVZ en andere jeugdpartners samenwerkingsverbanden aangaan, en ze er dus niet alleen uitkomen. Daarom is gekozen voor een ruimere definitie van 'jeugd-ggz' & 'justitiële jeugdzorg' en niet te handelen naar de kunstmatige tussenschotten van de financieringsstromen. Deze benadering gaat uit van de problemen van de jongeren op wie de samenwerkingsverbanden zich richten; de kern van wat een integrale aanpak voorstaat.

In deze rapportage scharen we daarom onder de 'jeugd-ggz', naast de zvw-gefinancierde jeugd-GGZ, ook het aanbod in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg te laten vallen voor zover de problematiek van de jongeren ook jeugd-GGZ omvat (zoals bv. zware gedragsproblemen). De doelgroep voor de verslavingszorg en – preventie in deze sector betreft dan jongeren met gecombineerde psychische en- of gedragsproblemen en middelenproblematiek (afhankelijkheid of middelenmisbruik). Voor de 'justitiële jeugdzorg' is ook een ruimere definitie gehanteerd, die de hele groep van jongeren met (dreigende) criminaliteit en/of justitiële problemen (al dan niet met een feitelijke veroordeling) includeert. De problematiek van deze jongeren met grote gedragsproblemen met en zonder strafblad verschilt vaak niet veel. Hetzelfde geldt voor een deel van de jongeren met bv. een Halt maatregel en jongeren die via de Raad voor de kindbescherming aangemeld worden bij de JVZ (bv. Stay-a-way).

Bijlage 2 Deelnemerslijst invitational conference

Naam	Organisatie en functie
Annard, Jan	Ministerie van VWS, senior beleidsmedewerker
Buisman, Wim	Resultaten Scoren, Programmaleider
Cool, Sylvia,	Brijder Verslavingszorg/Parnassia Bavogroep programmaleider
Dongen van, Adriette	Novadic-Kentron, procesmanager regio Tilburg (<i>vervangen door Nicolle van Mill</i>)
Geffen van, Ellen	Arkin, hoofd behandelzaken
Goor van, Ien	Universiteit van Tilburg, Tranzo, hoogleraar, voorzitter van de middag
Grijsen, Ben	Tactus Verslavingszorg, Circuitmanager Stedendriehoek
Grumbkow von, Corine	SVG, manager project Middelpunt (<i>vervangen door Ciska de Ridder</i>)
Hansman, Marjan	GGZ Dimence, K&Jpsychiater/ behandelcoördinator Dubbeldiagnose Jeugd
Maat, Janny	Verslavingszorg Noord Nederland, afdelingsmanager DOK3
Mos, Kees	De Jutters/ het Palmhuis, hoofdtrainer MDFT Academie
Reinders, Ria	Novadic-Kentron, senior beleidsmedewerker jeugd (<i>vervangen door Annelies Smits</i>)
Soares, Stefan	Flexus Jeugdplein, expertise team middelengebruik
Sweerman, Ilse	Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam, adviseur
Velthuisen, Babra	Centrum Maliebaan, manager Jeugd, Preventie en Veldwerk
Weert de, Gerdien	Iriszorg O&O/ Voorzitter Platform Jeugdverslavingszorg; werkgroep MATE Jeugd
Aben, Ivo	Mondriaan GGZ, psychiater, divisie Kinderen en Jeugd
Wiering, Denis	Gemeente Rotterdam, verantwoordelijke inkoop verslavingspreventie (<i>niet aanwezig</i>)
Wouw van de, Rita	Reinier van Arkel Groep/ Platform jeugd-ggz, directeur (<i>vervangen door Paul Höppener en Ellie Smulders</i>)

Bijlage 3 Vragenlijst inventarisatie samenwerkingsverbanden



Vragen over samenwerking jeugdsector, voor Platform JVZ

De jeugdverslavingszorg (jvz), jeugdzorg (jz), jeugd ggz en jeugdgezondheidszorg (jgz) stemmen hun werkzaamheden onderling steeds meer af. Doel is om een integrale aanpak en continuïteit van zorg en begeleiding te bereiken.

Het IVO, onderzoeksinstituut op het gebied van verslaving, gaat momenteel na welke samenwerkingsverbanden tussen de jeugdverslavingszorg en hun jeugdpartners bestaan.

Verslavingszorginstellingen participeren in verscheidene samenwerkingsverbanden, bv. veiligheidshuizen of ZAT-teams. Soms bestaat er bilateraal samenwerking met een ggz-instelling/ ggz afdeling binnen de eigen instelling of met bijvoorbeeld een justitiële jeugdinrichting.

Om te achterhalen hoe deze afstemming en samenwerking het beste kunnen worden georganiseerd gaan we na hoe deze initiatieven in de praktijk niveau verlopen. Enkele veelbelovende samenwerkingsvormen worden uiteindelijk diepgaander onderzocht (maart – juni 2012) en beschreven in een rapportage. Deze samenwerkingsvormen kunnen dan als model dienen voor andere instellingen.

Het gaat globaal genomen om twee soorten samenwerking:

- Bilaterale samenwerkingsrelaties (of trilateraal) met bijvoorbeeld een ggz-instelling (of ggz afdeling *binnen de eigen instelling*), Bureau jeugdzorg, etc.
- Participatie in netwerken/ ketens, zoals veiligheidshuizen of ZAT-teams.

Het kan gaan om vroegsignalering, verwijzing, behandeling en zorg/begeleiding.

Vragen:

1. Via internet kwam ik de volgende informatie over uw organisatie tegen: Klopt dit? Kunt u er wat meer over vertellen?
2. Welke organisaties/ afdelingen zijn bij de samenwerking betrokken?
3. Wat is de doelgroep?
4. Bestaat er documentatie met bijvoorbeeld een visie, onderbouwing, samenwerkingsafspraken/convenant e.d.? Zo ja, kunnen deze documenten worden meegezonden?

5. Indien geen documentatie beschikbaar is: geef in 5 à 10 regels een samenvatting van de inhoud van de samenwerking.
6. Wat is vernieuwend of succesvol aan deze samenwerking? Waarom zou het interessant zijn om het IVO een gedetailleerde beschrijving van het project te laten maken?
7. Wordt volgens bepaalde richtlijnen gewerkt/ wordt een bepaalde methodiek toegepast?
8. Indien van toepassing: Welke instrumenten/vragenlijsten worden gebruikt voor (vroeg-)signalering en/of diagnostiek? Zijn deze afgestemd met de samenwerkingspartner(s)
9. Wat is het doel: vroegsignalering, verwijzing, behandeling, of zorg/begeleiding? Of iets anders?
10. Wat is de setting waarin de signalering/ interventie/ behandeling plaatsvindt, indien van toepassing? (bv thuis/ in de buurt, op school/ ambulant of klinisch bij instelling/ justitieel/ openbare ruimte, uitgaansleven, etc)
11. Welke professies/ disciplines zijn erbij betrokken? (psycholoog, pedagoog, maatschappelijk werker, reclasserder, verslavingsexpert, ...)
12. Wat zijn (of waren) belemmerende factoren/ knelpunten?
Wat zijn (mogelijke) oplossingen?
13. Wat zijn (of waren) bevorderende factoren/ behaalde successen?
14. Hoe verloopt de financiering, waar komt financiering vandaan?