Pilots integratie jeugdhulp en ggz voor volwassenen

Evaluatie van de meerwaarde



Auteurs:
Marije van der Hulst
Maarten Kwakernaak
Anne Steenbakkers
Ahmed Hamdi
Rob Gilsing

Kennisnetwerk Jeugd Haaglanden

VERWEY JONKER Instituut

DE HAAGSE HOGESCHOOL

Inhoud

Samenvatting		**4**
1	**Probleemschets en onderzoeksopzet**	**6**
	Probleemschets	6
	Context	7
	Doel- en vraagstelling	7
	Onderzoeksopzet	7
2	**Beschrijving van de pilots**	**10**
	Beter Thuis Den Haag/Zoetermeer	11
	Beter Thuis Integraal 0-6 team in de wijk	13
	Samenwerking Jeugdbescherming west met Indigo	13
	Samenwerking Jeugdbescherming west met Impegno	14
3	**Casusbeschrijvingen**	**16**
	Casus 1: Aandacht voor ouderschap, zwangerschap en depressie	17
	Casus 2: Veiligheid en middelengebruik	19
	Casus 3: Integrale aanpak voor integrale problematiek	21
	Casus 4: Werken naar voldoende veiligheid	23
	Casus 5: Pilots ontmoeten elkaar – Expertiseteam zet Beter Thuis in	24
	Casus 6: Depressieve moeder en ex-man/vader zonder huis	27
	Casus 7: Moeder en agressieve, criminele ex	29
	Casus 8: Moeder, oma en drie kinderen	31
4	**Discussie en conclusie**	**34**
Referenties		**38**
Bijlage 1: Formulier casusselectie		**40**

Samenvatting

Ruim een half miljoen kinderen in Nederland groeien op in een gezin waarin een of beide ouders psychische problemen of een verslaving heeft. De opvoeding van hun kinderen kent voor deze ouders bijzondere uitdagingen, met het risico dat psychische problematiek verergert en/of haar weerslag heeft op de kinderen. Effectieve hulp aan deze gezinnen vraagt om integrale samenwerking tussen het jeugddomein en de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (v-ggz).

In de regio Haaglanden worden een aantal pilots uitgevoerd om bij gezinnen met ernstige, complexe problematiek naast jeugdhulp ook expertise of ondersteuning vanuit de v-ggz in te zetten. Het gaat daarbij om de volgende projecten: 'Beter Thuis' (Den Haag, Zoetermeer en 'Integraal 0-6-team in de wijk') en 'Ggz bij Jeugdbescherming west' (vanuit Indigo en Impegno). Dit onderzoek heeft als doel inzicht te geven in de meerwaarde van deze pilots, in het bijzonder wanneer het gaat om de integratie van jeugdhulp en v-ggz. De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

> *In hoeverre leidt de in de pilots gekozen werkwijze ertoe dat in gezinnen met jeugdhulp de inzet van expertise of ondersteuning vanuit de v-ggz kan worden gerealiseerd wanneer dat nodig is, en wat is vervolgens de meerwaarde van deze inzet voor kinderen, gezinnen en maatschappij?*

Methoden

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen is gekozen voor een gefaseerde aanpak. In de eerste fase hebben we de werkwijze van de verschillende pilots zo nauwkeurig mogelijk in kaart gebracht (zie tabel 1). Dit is gedaan door middel van een analyse van bestaande documenten over de pilots en interviews met een of meer medewerkers die goed zicht hebben op de werkwijze binnen de pilot. In de tweede fase zijn groepsinterviews gehouden met behulp van het instrument de Effectencalculator. Per pilot zijn een aantal casussen geselecteerd. Voor elke casus hebben we in dialoog met de betrokken professionals en gezinsleden de werkwijze in kaart gebracht: welke hulp er is ingezet en wat heeft dit voor het gezin opgeleverd? Daarnaast hebben we gezamenlijk een scenario opgesteld van hoe de hulpverlening eruit zou hebben gezien in de reguliere werkwijze zónder de pilot (referentieaanpak) en wat dit had betekend voor het gezin. Met de Effectencalculator kregen we inzicht in de meerwaarde van de inzet van v-ggz in de specifieke casussen, maar ook binnen het geheel aan pilots. Daarbij vergeleken we de werkwijze binnen de pilots met die binnen de referentieaanpak. De derde fase betrof een focusgroep met een aantal beleidsmedewerkers van betrokken gemeenten. Zij reflecteerden op de resultaten uit de voorgaande fases. Ten slotte is in de vierde fase een overkoepelende analyse gemaakt van alle casussen. Hierin staat centraal de meerwaarde van de werkwijze in de pilots (voor cliënten en maatschappij) ten opzichte van de referentieaanpak. Het is binnen dit onderzoek niet mogelijk een vergelijking te maken tussen de verschillende pilots, gezien het kleine aantal cases per pilot.

Tabel 1. De vijf onderzochte pilots.

Pilot	Betrokken organisaties	Focus
Beter Thuis Den Haag + Beter Thuis Zoetermeer	Youz, Ipse de Bruggen, Jeugdformaat	Integrale aanpak voor gezinnen met ouders met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornis en/of licht verstandelijke beperking
Beter Thuis Integraal 0-6-team in de wijk	Youz, Ipse de Bruggen, Jeugdformaat	Integrale aanpak voor gezinnen met ouders met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornis en/of licht verstandelijke beperking en kinderen tot 7 jaar
Samenwerking Jeugdbescherming west Indigo (Crisis Interventie Team/ ExpertTafel)	Jeugdbescherming west, Indigo	Gezinnen met ouders met verslavingsproblematiek
Samenwerking Jeugdbescherming west Impegno	Jeugdbescherming west, Impegno	Gezinnen met ouders met psychiatrische problematiek

Er zijn in totaal acht casussen waarbij we de Effectencalculator hebben uitgevoerd. Helaas zijn er geen casussen in betrokken van de samenwerking tussen Jeugdbescherming west en Impegno. In hoofdstuk 3 beschrijven we per casus hoe de begeleiding eruitzag, waar de aanpak toe heeft geleid, welke verbeterpunten de betrokkenen zien, wat er volgens betrokkenen gebeurd zou zijn zónder de pilot, waar mogelijk aangevuld met een analyse van kosten en baten.

Conclusies

Ondanks dat de pilots onderling verschillen, zijn er een zestal patronen zichtbaar die de meerwaarde van de inzet van v-ggz in jeugdhulptrajecten weergeven. Ten eerste is er sprake van *sterke casusregie*. In de meeste casussen is sprake van een vaste contactpersoon vanuit de pilot, die overzicht houdt over het netwerk van de betrokken professionals. Vooral ouders zien dit als een belangrijke meerwaarde, omdat het zorgt voor een betere afstemming en overzichtelijkheid in het vaak brede aanbod van zorg en ondersteuning in het gezin. Ten tweede is er *professionele speelruimte*. Er is een bepaalde mate van vrije ruimte voor een of meer professionals in de pilots. Dit betekent dat er buiten indicaties mogelijkheden zijn om het gezin te ondersteunen, de zorg te coördineren en jeugdhulp en v-ggz meer op elkaar af te stemmen. Dit draagt bij aan de inzet van meer passende hulp in de gezinnen. Ten derde is er sprake van een *gezamenlijke afweging en analyse*. Verschillende disciplines worden betrokken in het analyseren van de hulpvraag en het zoeken naar passende ondersteuning. Dit leidt tot een betere analyse van welke problematiek er speelt en meer kennis over bestaand, passend aanbod voor het gezin. Ten vierde zijn er een *gezamenlijk aanpak en afstemming met het gezin*. Door samenwerking tussen verschillende disciplines kunnen professionals als één stem met het gezin communiceren vanuit de gezamenlijke visie van de pilot/het team. Dit helpt onder andere om het gezin ervan te overtuigen mee te gaan in het hulpaanbod. Ten vijfde is *informatie delen* makkelijker binnen de pilots, omdat professionals vanuit verschillende organisaties collegiaal samenwerken en zo meer de ruimte benutten binnen de privacywetgeving. Ten slotte is er een *lerend effect* te zien, doordat professionals uit verschillende disciplines intensief samenwerken en gezamenlijk afwegingen maken, gebruikmakend van elkaars kennis, ervaring en expertise.

De precieze extra kosten voor de inzet van v-ggz zijn lastig los te zien van de extra inzet rondom casusregie en overleg. De werkwijze in de pilots is vaak intensiever (en daarmee kostbaarder) op de korte termijn, maar op de langere termijn kunnen problematiek en aanvullende kosten waarschijnlijk voorkomen worden. De benoemde meerwaarde van de pilots is voor een belangrijk deel afhankelijk van de ruimte die professionals hebben. Het risico bestaat dat bij het aflopen van de pilots deze mogelijkheid verdwijnt, omdat de inzet vanuit volwassenenzorg moeilijk gekoppeld kan worden aan indicaties of productcodes.

Op basis van het verloop van de ondersteuning en de ervaringen van de betrokkenen binnen de onderzochte casussen komen we tot drie algemene verbeterpunten. Ten eerste kan de samenwerking met externen buiten de pilot verbeterd worden. De meerwaarde van de pilots staat direct onder druk wanneer er partijen buiten de samenwerking bij betrokken zijn. Ten tweede zitten de wachtlijsten het bieden van passende hulp in de weg. Hierdoor kan de gezamenlijk afgewogen oplossing uiteindelijk toch niet geboden worden. Ten slotte is er meer aandacht nodig voor de motivatie van alle gezinsleden voor de trajecten. Nu werden vaak alleen de gezinsleden met de (zwaarste) problematiek goed meegenomen, maar ging de medewerking van andere gezinsleden later in de weg zitten of bleef verborgen problematiek bij deze gezinsleden onderbelicht.

1 Probleemschets en onderzoeksopzet



Probleemschets

Ruim een half miljoen kinderen in Nederland groeien op in een gezin waarin een of beide ouders psychische problemen of een verslaving heeft (De Graaf et al., 2010). De opvoeding van hun kinderen kent voor deze ouders bijzondere uitdagingen, met het risico dat psychische problematiek verergert en/of haar weerslag heeft op de kinderen (Falkov et al., 2016; Havinga et al., 2017). Dit alles draagt bij aan opvoedstress bij ouders. Jeugdhulpprofessionals komen dan ook vaak bij gezinnen waarin ook psychische problemen bij ouders spelen. Door psychische problematiek kunnen volwassenen hun ouderrol niet optimaal invullen, waardoor er problemen bij een kind ontstaan, in stand gehouden worden of verergeren. Met als gevolg een verhoogd niveau van stress, onzekerheid en belasting bij ouders. Niet voor niets worden kinderen van ouders met psychische problemen vaker uit huis geplaatst dan kinderen uit ander gezinnen (Van der Ende, 2016). Jeugdhulpprofessionals hebben beperkte mogelijkheden en kennis om met de problematiek van ouders om te gaan, terwijl professionals in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (v-ggz) niet de vaardigheden en de tijd hebben om met opvoedproblemen te werken en de problematiek van het gezin integraal te benaderen (Maybery & Reupert, 2009).

Effectieve hulp aan gezinnen waarin zowel behoefte is aan jeugdhulp als aan ondersteuning bij volwassenen-problematiek, vraagt om integrale samenwerking tussen het jeugddomein en de v-ggz. Deze samenwerking is echter niet vanzelfsprekend en komt niet overal (voldoende) tot stand (ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2022). Binnen deze samenwerking werken professionals vanuit verschillende domeinen, met elk een eigen werkwijze, financiering en perspectief op wat nodig is. Zo wordt er vanuit gemeentelijk gefinancierde jeugdhulp vanzelfsprekender naar het gehele systeem gekeken, terwijl de v-ggz voornamelijk werkt vanuit een individuele benadering. Vanuit het principe 'onbekend maakt onbemind' en gescheiden financieringsstromen weten hulpverleners uit verschillende domeinen elkaar onvoldoende te vinden of ontstaan er onrealistische verwachtingen over wat de ander in de hulpverlening aan een gezin kan betekenen. Zodoende werkt de betrokkenheid van verschillende disciplines niet vanzelfsprekend in het voordeel van een gezin.

Context

In de regio Haaglanden worden, met ondersteuning vanuit het Transformatiefonds Jeugd, een aantal pilots uitgevoerd om bij gezinnen met ernstige, complexe problematiek naast jeugdhulp ook expertise of ondersteuning vanuit de v-ggz in te zetten. Het gaat daarbij om de volgende projecten: 'Beter Thuis' (waaronder 'Integraal 0-6-team in de wijk') en 'Ggz bij Jeugdbescherming west' (vanuit Indigo en Impegno; zie hoofdstuk 2 voor een verdere beschrijving van de pilots). In de regio leeft de wens om inzicht te verkrijgen in de meerwaarde van deze pilots, in het bijzonder wanneer het gaat om de integratie van jeugdhulp en v-ggz.

Doel- en vraagstelling

Bovengenoemde pilots hebben een bredere focus dan enkel het betrekken van de v-ggz bij jeugdhulp in gezinnen waarin dat wenselijk is. Gezien de specifieke aandacht vanuit het Transformatiefonds Jeugd voor de integratie tussen beide domeinen, richt dit onderzoek zich nadrukkelijk op het in beeld brengen van de meerwaarde van de integratie van jeugdhulp en v-ggz. Daarbij wordt gekeken naar de meerwaarde voor kinderen, maar ook voor gezinnen als geheel en de maatschappij.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

> ***In hoeverre leidt de in de pilots gekozen werkwijze ertoe dat in gezinnen met jeugdhulp de inzet van expertise of ondersteuning vanuit de v-ggz kan worden gerealiseerd wanneer dat nodig is, en wat is vervolgens de meerwaarde van deze inzet voor kinderen, gezinnen en maatschappij?***

Bij deze hoofdvraag stellen we vervolgens vier deelvragen:

1. Wat zijn in de diverse pilots het doel, de doelgroep en de werkwijze in de aanpak om de inzet vanuit v-ggz in jeugdhulptrajecten te realiseren?
2. Wat is de meerwaarde van de inzet van v-ggz binnen jeugdhulptrajecten op kortere en langere termijn voor kinderen, gezinnen en de maatschappij, ten opzichte van aanpakken zonder deze inzet?
3. Wat zijn de kosten van de inzet van v-ggz in jeugdhulptrajecten en wie betaalt deze?
4. Welke verbeteringen zijn mogelijk in de aanpak die in de pilots wordt gehanteerd waar het de inzet van v-ggz in jeugdhulptrajecten betreft?

Onderzoeksopzet

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen, is gekozen voor een gefaseerde aanpak: 1. beschrijving van de werkwijze van de pilots, 2. Effectencalculator voor individuele casuïstiek, 3. reflecterende focusgroep en 4. analyse van de opbrengsten. Hieronder staan per fase de ingezette onderzoeksmethoden verder uitgewerkt.

Fase 1: Beschrijving van de werkwijze van de pilots

In de eerste onderzoeksfase hebben we de werkwijze van de verschillende pilots zo nauwkeurig mogelijk in kaart gebracht om deelvraag 1 te beantwoorden. Hiertoe analyseerden we bestaande documenten waarin de pilots beschreven worden. Daarnaast interviewden we per pilot een of meer medewerkers die goed zicht hebben op de werkwijze binnen de pilot. Dit waren een verpleegkundig specialist, maatschappelijk werker, manager jeugd, leidinggevende preventie en gedragswetenschapper. In deze interviews focusten we op het doel van de pilot, de beoogde doelgroep, werkwijze en methodieken binnen de pilot en een vergelijking met de reguliere werkwijze. Hiermee kregen we als onderzoekers niet alleen inzicht in de verschillende pilots, maar konden we ook een vergelijking maken tussen de theoretische beschrijvingen van de pilots en de daadwerkelijke uitvoering in de praktijk in de volgende fase (zie Hoofdstuk 2).

Fase 2: Effectencalculator voor individuele casuïstiek

In de tweede fase zijn groepsinterviews gehouden met behulp van de Effectencalculator. Op basis van een dialoog kunnen er uitspraken gedaan worden over de effectiviteit en efficiëntie van nieuwe aanpakken. Het instrument is met name geschikt voor werkwijzen waarin maatwerk voor cliënten of gezinnen centraal staat. Met de Effectencalculator konden we deelvragen 2 tot en met 4 beantwoorden (zie hoofdstuk 3).

Per pilot selecteerden we een aantal casussen om met de Effectencalculator in beeld te brengen. Meer specifiek waren dat zes casussen vanuit de Beter Thuis-pilot (waarvan twee vanuit 'Integraal 0-6-team in de wijk') en vier casussen vanuit 'Ggz bij Jeugdbescherming west'. Binnen een casus werd steeds met een constructieve dialoog tussen betrokken professionals en gezinsleden de aanpak in kaart gebracht.

Met de Effectencalculator kregen we inzicht in de meerwaarde van de inzet van v-ggz in de specifieke casussen, maar ook binnen het geheel aan pilots. Daarvoor vergeleken we de werkwijze binnen de pilots met die binnen de reguliere werkwijze.

Selectie van de casuïstiek

Binnen de Effectencalculator blikten we met betrokkenen terugt op de doorlopen aanpak. Dat betekent dat we alleen gezinnen in het onderzoek betrokken die langere tijd zijn ondersteund vanuit een van de pilots en waarinbij de pilotaanpak (bijna) was afgerond. Per pilot leverden bij de pilot betrokken organisaties een aantal potentiële casussen aan. Vervolgens selecteerden de onderzoekers per pilot casussen voor deelname aan het onderzoek. In de casusselectie streefden we naar variëteit in gezinssamenstelling, type problematiek, verloop van de ondersteuning (succesvol/niet succesvol) en betrokken hulpverleningsorganisaties.

Helaas is het binnen dit onderzoek niet gelukt casussen te selecteren en mee te nemen vanuit de pilot van Jeugdbescherming west in samenwerking met Impegno. Daarmee komt het totaal van beschreven casussen op acht in plaats van tien. Daarnaast is er slechts één casus geselecteerd vanuit 'Integraal 0-6-team in de wijk' en is er een extra casus geselecteerd van 'Beter Thuis Zoetermeer'.

Vanzelfsprekend waren toestemming van het gezin en medewerking van de betrokken professionals voorwaarden voor inclusie in het onderzoek. Wanneer gezinsleden zelf niet in de gelegenheid waren om deel te nemen aan het onderzoek, konden zij toestemming geven voor een sessie met enkel de betrokken professionals. Het streven was gezinsleden zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de sessies. Deelname van gezinsleden was van grote meerwaarde, maar geen absolute voorwaarde voor de casusselectie. Zowel gezinsleden als betrokken professionals ondertekenden een toestemmingsformulier.

Sessies per casus

Een sessie rond de Effectencalculator duurt normaliter ongeveer 2,5 uur. Tijdens deze sessie maakten we per gezin een reconstructie en analyse van de ondernomen activiteiten binnen de pilot. We beschreven de resultaten in het leven van het gezin, met specifieke aandacht voor de wijze waarop en de mate waarin de verbinding tussen jeugdhulp en v-ggz werd gemaakt. Ook brachten we op hoofdlijnen de tijd en kosten in beeld die met deze activiteiten gepaard gingen. Aan een sessie deden idealiter vijf tot acht professionals mee, evenals de ouder(s) en cliëntondersteuner of andere vertrouwenspersoon. Als kinderen in het gezin ouder dan 14 jaar waren, konden zij ook deelnemen aan de sessie. Aan de sessie nam in ieder geval de coördinerende professional deel, met daarnaast overige betrokken professionals, zowel uit de eigen organisatie als daarbuiten. Hieronder is de sessie in meer detail uitgewerkt.

De eerste stap in de werksessie was om de situatie van het gezin gedurende de pilotaanpak in kaart te brengen: de hulpvraag bij aanvang, het doorlopen hulptraject, belangrijke gebeurtenissen en de uiteindelijke uitkomst (huidige stand van zaken). Daarbij was er uiteraard specifieke aandacht voor de samenwerking tussen jeugdhulp en de v-ggz. Zo ontstond er een chronologisch overzicht van de belangrijkste gebeurtenissen en uitgevoerde acties. Gedurende de reconstructie reflecteerden deelnemers gezamenlijk op de pilotwerkwijze. Daarbij kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Hoe kijken gezinsleden terug op de ontvangen hulp? Wat zijn voor hen belangrijke opbrengsten, positieve en negatieve kanten en eventuele werkzame elementen?
- In hoeverre zijn de doelen bereikt volgens gezinsleden en betrokken professionals? Hoe hebben deze doelen zich ontwikkeld door de tijd heen?
- Hoe verliep de samenwerking tussen jeugdhulp en v-ggz? Wat ging goed en wat kan nog beter?

In het tweede deel van het gesprek werd de reconstructie afgezet tegen de hypothetische situatie waarin voor gezinnen de 'oude' (reguliere) aanpak zou zijn ingezet. Dit noemen we de referentieaanpak. Dit alternatief werd zo realistisch mogelijk in kaart gebracht, om een goede vergelijking te kunnen maken met de pilotwerkwijze. Alle deelnemers aan de sessie maakten individueel een schriftelijke schets van de alternatieve situatie aan de hand van een aantal vragen. Vervolgens vatten de onderzoekers deze schets samen. Daarna werd dit scenario opnieuw op een tijdlijn uitgewerkt: welke hulp zou er dan zijn ingezet en wanneer? Wat had dit betekend voor het gezin? Hoe was het nu met de gezinsleden gegaan? Als er meerdere scenario's uit de individuele reflectie naar voren kwamen, werd het meest gekozen scenario uitgewerkt.

Niet in elke casus konden deelnemers voldoende tijd vrijmaken voor een werksessie. Daardoor kon het tweede deel van het gesprek (referentieaanpak) niet volledig worden afgemaakt en bleven inschattingen van referentiesituaties beperkt tot hoofdlijnen.

Een gesprek aan de hand van de Effectencalculator ervoeren deelnemers veelal als zinvol. Er werd (ruim) de tijd genomen voor reflectie op de werkwijze en het vakmanschap van de jeugdprofessional, wat niet vaak gebeurt. De uitwisseling van verschillende perspectieven gaf inzicht in de manier waarop betrokkenen de aanpak hebben beleefd. Zij gaven daarmee zelf aan wat de meerwaarde is van de aanpak, maar ook waar de knelpunten zitten. Evalueren werd zo een zinvolle bezigheid, die direct bijdroeg aan de doorontwikkeling van de aanpak en vergroting van de kwaliteit van de hulpverlening.

Evaluatie van de referentieaanpak
De plausibiliteit van de geschetste referentieaanpak zou worden getoetst bij een forum van praktijkexperts. Deze professionals uit de jeugdhulp en v-ggz zouden niet betrokken zijn bij de pilot, maar wel werkzaam zijn bij de instelling waarbinnen de pilots lopen. Zij zouden met meer afstand naar de casussen kijken, om zo te beoordelen of de geschetste referentieaanpak ook aannemelijk was. Het is niet gelukt om voldoende deelnemers te werven, waardoor deze sessies zijn komen te vervallen. Daarom moeten de referentieaanpakken met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Fase 3: Reflecterende focusgroep

In een focusgroep zijn we met een aantal beleids-medewerkers van betrokken gemeenten in gesprek gegaan. Gezamenlijk hebben deelnemers gereflecteerd op de resultaten uit de voorgaande fases: in hoeverre zijn deze resultaten herkenbaar? Zo hebben zij de gemaakte overkoepelende analyse verder aangescherpt (zie hoofdstuk 4). Daarnaast zijn deelnemers met elkaar in gesprek gegaan over mogelijke verbeterkansen voor de aanpak binnen de verschillende pilots. We waren van plan ook een focusgroep te organiseren met uitvoerende professionals en gedragswetenschappers. Helaas is het ook voor deze sessie niet gelukt om voldoende deelnemers te werven, waardoor de tweede focusgroep eveneens is komen te vervallen.

Fase 4: Analyse van de opbrengsten

In deze fase is een overkoepelende analyse van alle casussen gemaakt. Hierin staat de meerwaarde van de werkwijze van pilots (voor cliënten en maatschappij) ten opzichte van de referentieaanpak centraal. Het is binnen dit onderzoek niet mogelijk een vergelijking te maken tussen de verschillende pilots, gezien het kleine aantal cases per pilot (zie hoofdstuk 4).



Kanttekeningen bij dit rapport

Zoals hierboven al beschreven, zijn we op een aantal punten in het onderzoek afgeweken van de onderzoeksopzet. Zo zijn er geen casussen uit de pilot van Jeugdbescherming west en Impegno meegenomen in het onderzoek, hebben we de referentieaanpakken niet kunnen voorleggen aan een panel van experts en heeft er geen focusgroep met uitvoerende professionals plaatsgevonden. Ook was niet in alle sessies rond de Effectencalculator de benodigde 2,5 uur gereserveerd door deelnemers en konden sommige deelnemers slechts een deel van de sessie aansluiten of alleen per mail of telefoon een toelichting geven (buiten de werksessie om). Dit maakt dat het onderzoek minder breed is dan we hadden gewild en dat resultaten minder stevig onderbouwd en geaccordeerd zijn vanuit de praktijk. Het wegvallen van de evaluatie van de referentieaanpakken en de beperkte tijd voor de sessies zorgen ervoor dat de referentiescenario's niet voldoende onderbouwd en gedetailleerd zijn om in kosten uit te drukken. Desalniettemin geeft dit rapport een inzage in de werkwijze en meerwaarde van de verschillende pilots in de regio Haaglanden.

2 Beschrijving van de pilots



Tabel 1. De vijf onderzochte pilots.

Pilot	Betrokken organisaties	Focus
Beter Thuis Den Haag + Beter Thuis Zoetermeer	Youz, Ipse de Bruggen, Jeugdformaat	Integrale aanpak voor gezinnen met ouders met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornis en/of licht verstandelijke beperking
Beter Thuis Integraal 0-6 team in de wijk	Youz, Ipse de Bruggen, Jeugdformaat	Integrale aanpak voor gezinnen met ouders met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornis en/of licht verstandelijke beperking en kinderen tot 7 jaar
Samenwerking Jeugdbescherming west Indigo (Crisis Interventie Team/ ExpertTafel)	Jeugdbescherming west, Indigo	Gezinnen met ouders met verslavingsproblematiek
Samenwerking Jeugdbescherming west Impegno	Jeugdbescherming west, Impegno	Gezinnen met ouders met psychiatrische problematiek

In de regio Haaglanden worden een aantal pilots uitgevoerd om bij gezinnen met ernstige, complexe problematiek naast jeugdhulp ook expertise of ondersteuning vanuit de v-ggz in te zetten. Het gaat daarbij om een samenwerking tussen Youz, Ipse de Bruggen en Jeugdformaat binnen de projecten 'Beter Thuis' en 'Integraal 0-6 team in de wijk'. Daarnaast is er een samenwerking tussen Jeugdbescherming west en Indigo binnen de aanpak van het 'Crisis Interventie Team' (CIT) en de 'ExpertTafel'. In een andere pilot werkt Jeugdbescherming west samen met Impegno.

De pilots hebben met elkaar gemeen dat ze gericht zijn op gezinnen met meervoudige en complexe problematiek, waarbij zowel ingezet moet worden op jeugdhulp als op ggz-ondersteuning voor ouders. Deze ggz-ondersteuning kan gericht zijn op psychiatrische ondersteuning en/ of begeleiding bij verslavingsproblematiek. Daarbij zijn de pilots vanuit Beter Thuis intensief van aard, waarbij vanuit een integraal team ondersteuning wordt geboden aan een gezin. In de pilots van Jeugdbescherming west is de inzet van de v-ggz vooral adviserend van aard: een medewerker van de v-ggz denkt mee over behandelings- en hulpverleningsmogelijkheden.

Beter Thuis Den Haag/Zoetermeer

Doel van Beter Thuis

In de regio Den Haag en Zoetermeer werken professionals vanuit Youz, Ipse de Bruggen en Jeugdformaat samen binnen de pilot 'Beter Thuis'. Zij bieden in integrale ambulante teams specialistische ondersteuning en behandeling aan gezinnen met complexe en meervoudige problematiek. Vanuit één team wordt een overkoepelende analyse gemaakt van het gezin om vervolgens vanuit specialistische sociaal-maatschappelijke, psychologische en psychiatrische interventies en opvoedondersteuning een gezin langdurig en intensief te begeleiden. Indien nodig wordt er doorverwezen naar verdere, enkelvoudige zorg. Binnen een gezin kunnen gezinsleden verschillende ondersteuningsbehoeften hebben. De gezinsvisie van Beter Thuis heeft aandacht voor de individuele gezinsleden, maar nadrukkelijk ook voor (het herstel van) de onderlinge verbinding tussen gezinsleden.

Voor ouders is de oudercoördinator een belangrijk aanspreekpunt binnen deze pilot. Deze persoon motiveert ouders voortdurend voor hulpverlening, leidt hen toe naar passende hulp en is binnen het team beschikbaar voor consultatie. Daarnaast heeft de oudercoördinator ook een prominente rol in de afstemming met andere hulpverlening die betrokken is bij het gezin.

Werkwijze van Beter Thuis

De pilot 'Beter Thuis' heeft nadrukkelijk oog voor de invloed van problematiek van ouders op het welbevinden van de kinderen in een gezin. De integrale aanpak hanteert geen protocollen en strakke kaders, maar wil maatwerk kunnen bieden aan de gezinnen. Om wel duidelijkheid en richting te geven aan de begeleiding, wordt gewerkt in verschillende fasen: inzicht krijgen in de hulpvraag, motiveren voor behandeling, randvoorwaarden scheppen voor therapie, daadwerkelijke therapie/behandeling, verbindingsfunctie met overige betrokkenen, warme overdracht naar andere begeleiding, en het voorkomen van een trajectbreuk. Hierbij kunnen fasen overlappen en op meerdere momenten in het traject terugkomen of worden overgeslagen. Zorg op maat is hierbij het leidende principe.

In de eerste fase wordt in een tot drie gesprekken de hulpvraag van het gezin in kaart gebracht. Daarbij worden ouders gescreend op de aanwezigheid van psychiatrische problematiek en/of een licht verstandelijke beperking. Ouders zien in deze fase meerdere mensen: oudercoördinator, ambulant hulpverlener, systeemtherapeut en/of gz-psycholoog en/of orthopedagoog. Zo kan er een brede analyse gemaakt worden van het gezin, de problematiek, (hulpverlenings)voorgeschiedenis en kwetsbaarheid en veerkracht binnen een gezin. Een deel van deze afspraken vindt plaats bij het gezin thuis. Na de analyse wordt besloten welke professionals bij een gezin betrokken blijven.

Ouders worden voortdurend gemotiveerd voor de integrale hulp en ondersteuning aan het gezin. Belangrijk onderdeel hiervan is het creëren van inzicht bij ouders in hun eigen rol en aandeel in de gezinsdynamiek en problematiek. Vaak staan ouders in het belang van het welzijn van hun kinderen meer open voor hulp.

Vervolgens worden de juiste randvoorwaarden geschapen voor het succesvol kunnen opstarten van therapie en begeleiding. Veelal zijn dit zaken die leiden tot stabilisatie en stressreductie, zoals het aanvragen van Wmo-voorzieningen, ondersteuning bij schulden en huisvesting of toeleiding naar werk. Indien nodig worden ouders voorbereid op de ondersteuning, bijvoorbeeld in het herstellen van een dag-nachtritme.



Ten slotte wordt toegeleid naar zorg vanuit de v-ggz en eventuele overbruggingszorg. Vanuit het Beter Thuis-team kunnen, afhankelijk van de expertise van de betrokken hulpverlener, kortdurende interventies worden ingezet, zoals traumatherapie, angst- en paniekbehandeling en depressie-interventies. Indien nodig kunnen ouders (en kinderen) doorverwezen worden naar andere hulp-verleningsorganisaties met een meer passend aanbod.

Doelgroep van Beter Thuis

Binnen de doelgroep gezinnen met meervoudige problematiek richt Beter Thuis zich specifiek op twee subgroepen: ouders met psychosociale problemen en ouders met een psychiatrische stoornis en/of licht verstandelijke beperking. Met betrekking tot ouders met psychosociale problemen gaat het specifiek om ouders die voldoende geholpen zijn met een preventief aanbod, zoals een assertiviteitstraining, zelfhulptraining, zorg op maat middels maatschappelijk werk, (groeps)aanbod preventie of ondersteuning vanuit een wijkcentrum. Voor ouders met een psychiatrische stoornis en/of licht verstandelijke beperking is zorg vanuit de basis- of specialistische geestelijke gezondheidszorg passend. Daarbij is expliciet aandacht voor de invloed die dergelijke problematiek heeft op het welzijn van de kinderen en ouderschapscompetenties. Daarnaast kunnen ook deze gezinnen gebruikmaken van het meer preventieve aanbod, bijvoorbeeld voor de ouder zonder psychosociale of psychiatrische problematiek.

Beter Thuis ten opzichte van de reguliere werkwijze

Geïnterviewden geven aan dat de reguliere werkwijze zich voornamelijk richt op individuele hulp aan een van de gezinsleden, terwijl Beter Thuis met alle gezinsleden en het gezin als geheel aan de slag gaat. Er is expliciet aandacht voor wat ouders nodig hebben voor hun eigen welzijn, maar ook in hun ouderrol en de ondersteuning van hun kinderen. Hierin worden ieders behoeften geïnventariseerd, geprioriteerd en op elkaar afgestemd, om zo het gezin als geheel te begeleiden.

Om oog te hebben voor alle gezinsleden, is er meer tijd ingericht voor het in kaart brengen van de problematiek in het gezin. Hierin wordt ook de context meegenomen. Daarnaast is er intensiever contact met de overige betrokken hulpverleners van een gezin, die elkaar (en elkaars mogelijkheden) tijdens het traject steeds beter leren kennen. Zij stemmen geregeld met elkaar af, met steeds het perspectief op het gezin als dynamisch geheel. De oudercoördinator is hierin expliciet aanspreekpunt voor ouders, zodat zij ook een vast gezicht hebben in de veelheid aan hulpverleners.

Beter Thuis Integraal 0-6 team in de wijk

Vanuit 'Integraal 0-6 team in de wijk' worden gezinnen begeleid vanuit dezelfde integrale aanpak als die van Beter Thuis. Belangrijk verschil hierin is dat het integraal 0-6-team zich specifiek richt op gezinnen met ten minste één kind onder de 6 jaar. Vanuit het perspectief van Infant Mental Health wordt specifiek ingezet op de hechting tussen kind en ouder. Er wordt vanuit een brede blik gekeken naar het ontwikkelingsverloop van kinderen en de kwaliteit van relaties tussen ouder(s) en kind. Door vroeg te signaleren kunnen problemen worden voorkomen of beperkt.

Samenwerking Jeugdbescherming west met Indigo

Bij Jeugdbescherming west lopen twee pilots waarbij jeugdhulp verbonden wordt aan ondersteuning vanuit de v-ggz. De eerste gaat om ondersteuning vanuit Indigo voor verslavingsproblematiek binnen het Crisis Interventie Team en de ExpertTafel.

Doel van de samenwerking met Indigo

Binnen het Crisis Interventie Team en de ExpertTafel werken Jeugdbescherming west en Indigo met elkaar samen aan de verbinding tussen jeugdhulp en ondersteuning vanuit de v-ggz. Bij de medewerkers van de ExpertTafel kunnen medewerkers van de volgende organisaties worden geconsulteerd voor advies: Ipse de Bruggen, Youz, Horizon, Jeugdformaat, een onderwijsspecialist en een voorzitter vanuit Jeugdbescherming west. De expertise van Indigo is gericht op verslavingsproblematiek en begeleiding. Vanuit deze achtergrond is Indigo betrokken bij het vormgegeven van maatwerktrajecten voor gezinnen en het vergroten van kennis en kunde van andere (jeugd)professionals met betrekking tot deze problematiek.

Doel van deze pilot is het terugdringen van recidive in huiselijk geweld en onveiligheid in gezinnen door de kennis over verslavingen, middelen en behandelaanbod te vergroten. Daarnaast worden gezinnen beter toegeleid naar het behandelaanbod in de verslavingszorg wanneer dit wenselijk is. Hierbij wordt niet alleen met betrokkenen van het Crisis Interventie Team en de ExpertTafel gesproken om hun kennis te vergroten, maar spreekt een medewerker van Indigo vaak ook met ouders zelf over hun problematiek.

Werkwijze binnen de samenwerking met Indigo

Indigo heeft allereerst de taak de kennis over verslavingsproblematiek binnen Jeugdbescherming west te vergroten. Dit doet zij door psycho-educatie en scholing te geven en aan te sluiten bij teamoverleggen en casusbesprekingen. Zo ontstaat een nauwere samenwerking



met korte (verwijs)lijnen en wordt de deskundigheid van alle betrokkenen up-to-date gehouden. Hiermee verschuift de aandacht van het team van alleen de jeugdige naar het gezin als geheel. Hierdoor kan een bredere analyse gemaakt worden van de problematiek (en de onderlinge samenhang daartussen) om zo een plan van aanpak op te stellen dat meer kans van slagen heeft. Ouders worden benaderd vanuit hun eigen problematiek en behoeften en niet enkel gezien vanuit de ouderrol die zij vervullen. Daarnaast geeft Indigo ook informatie aan de gezinnen zelf, motiveert hen tot en begeleid hen naar hulpverlening en neemt drempels voor aanmelding bij ggz-verslavingszorg zoveel mogelijk weg. De medewerkers van Indigo zijn hierin ondersteunend; Jeugdbescherming west blijft verantwoordelijk voor de ondersteuning aan het gezin.

Doelgroep van de samenwerking met Indigo

Vanuit de jeugdbescherming staat het kind altijd op de voorgrond, terwijl de oorzaak in veel gevallen ligt bij de verslavingsproblematiek van ouders. Om een veilige situatie voor kinderen te creëren, moet de hulpverlening aan het gezin als geheel beter op elkaar worden afgestemd. Deze samenwerking richt zich daarom op gezinnen waarin behoefte aan jeugdhulp is en waar verslavingsproblematiek bij ouders speelt.



De samenwerking met Indigo ten opzichte van de reguliere werkwijze

In de reguliere werkwijze van Jeugdbescherming west werd de expertise op het gebied van verslavingsproblematiek van ouders gemist. Hierdoor werd problematiek over het hoofd gezien, verkeerd ingeschat of niet goed bespreekbaar gemaakt met ouders. Goede en passende begeleiding is dan niet mogelijk of wordt op zijn minst bemoeilijkt. En ook afstemming met andere partijen vindt niet of slechts beperkt plaats.

Samenwerking Jeugdbescherming west met Impegno

De tweede pilot bij Jeugdbescherming west gaat om ondersteuning vanuit Impegno bij psychiatrische problematiek. Het is binnen dit onderzoek niet gelukt om casuïstiek te betrekken vanuit deze pilot. Om een volledig overzicht te geven van de pilots binnen de regio Haaglanden die jeugdhulp en v-ggz aan elkaar verbinden, volgt hieronder wel een beschrijving van deze pilot.

Doel van de samenwerking met Impegno

Jeugdbescherming west en Impegno werken samen aan de verbinding tussen jeugdhulp en ondersteuning vanuit de v-ggz. De expertise van Impegno is gericht op psychiatrische problematiek en begeleiding. Doel van deze pilot is om binnen deze samenwerking een meer complete analyse van de gezinsproblematiek te maken, meer passende hulp in te zetten en ouders indien nodig toe te leiden naar zorg. Door de analyse en aanpak gezamenlijk vorm te geven, komt hulp gerichter, tijdiger en efficiënter tot stand.

Binnen Jeugdbescherming west was er al veel oog voor het welzijn van de kinderen, maar ontbrak nog de ggz-expertise om ouders goed te begeleiden en te ondersteunen. Want hoewel de kinderen vaak de aanleiding zijn dat een gezin een maatregel opgelegd krijgt, ligt de achterliggende oorzaak van de problemen vaak bij de ouders. Het doel is om bestaande gezinspatronen te doorbreken, zodat er gewerkt kan worden aan blijvende veiligheid in het gezin.

Werkwijze binnen de samenwerking met Impegno

Bij (beginnende en lopende) casuïstiek met (een vermoeden van) psychische problematiek is een ggz-medewerker betrokken voor overleg, huisbezoeken, een-op-eengesprekken met ouders, en maatwerk per casus. Eventueel kan de ggz-medewerker bemiddelen in de wachtlijst bij de eigen organisatie of toeleiden naar een andere organisatie met een geschikter aanbod. Deze samenwerking gaat niet vanzelf en heeft voortdurend aandacht nodig. Door in te zetten op intensieve samenwerking wordt beter ingespeeld op de intergenerationele problematiek en behoeften van een gezin.

Daarnaast hebben de medewerkers van Impegno de taak om de kennis over psychische problematiek binnen Jeugdbescherming west te vergroten. Dit doen zij door middel van deskundigheidsbevorderingsbijeenkomsten en door trainingen te geven aan het gehele team, eventueel gericht op specifieke thema's of problematiek.

De ggz-medewerker voert zelf geen behandelingen uit. Jeugdbescherming west blijft verantwoordelijk voor de in te zetten hulp en verdere uitvoering van de jeugdbeschermingsmaatregel.

Doelgroep van de samenwerking met Impegno

De doelgroep van deze pilot bestaat uit gezinnen met een jeugdbeschermingsmaatregel waarin sprake is van psychische problematiek (of het vermoeden daarvan), waarbij zij nog niet de juiste ondersteuning hebben of daarmee nog onvoldoende resultaten behalen. Door deze ouders binnen de v-ggz beter te begeleiden, wordt het gezin als geheel beter ondersteund.

De samenwerking met Impegno ten opzichte van de reguliere werkwijze

In de reguliere werkwijze van Jeugdbescherming west werd de expertise gemist op het gebied van psychische problematiek van ouders. Het is daarom moeilijk om binnen te komen bij de v-ggz, om daar goed mee samen te werken, goed te overleggen en goed toe te leiden. Ook een ander financieringssysteem wordt genoemd als obstakel voor goede samenwerking. Binnen deze pilot is voor al deze obstakels extra aandacht en professionele ruimte om gezinnen meer zorg op maat te kunnen bieden.

3 Casusbeschrijvingen



Tabel 2. Aanwezigen per casus bij de Effectencalculator-bijeenkomsten.

			Medewerker die ondersteuning biedt gericht op:				
	Gezin	Casushouder	V-ggz	Ouder(s)	Kind(eren)	Gezin	Overig
Casus 1	✔	✔		✔			
Casus 2		✔	✔				
Casus 3		✔		✔	✔	✔	✔
Casus 4		✔	✔				
Casus 5		✔	✔		✔	✔	
Casus 6	✔	✔					✔
Casus 7	✔	✔	✔			✔	
Casus 8	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔

Voor dit onderzoek is er binnen acht casussen met verschillende betrokkenen gesproken (zie tabel 1). Deze casusbeschrijvingen geven inzicht in de inzet van v-ggz in combinatie met jeugdhulp in specifieke casussen. Daaruit ontstaat ook een overkoepelend beeld van de meerwaarde van dergelijke pilots voor gezinnen en de maatschappij.
In de casusbeschrijvingen hieronder zijn identificeerbare gegevens verwijderd en bepaalde kenmerken aangepast om de privacy en anonimiteit van betrokkenen te waarborgen. Dat betekent dat gegevens zo algemeen mogelijk zijn weergegeven, en alleen specifiek wanneer dat nodig is voor een goed begrip van de casus.

Casus 1: Aandacht voor ouderschap, zwangerschap en depressie

Werkwijze 'Beter Thuis Integraal 0-6 team in de wijk'
Een gezin met twee jonge kinderen klopt zelf aan bij een hulpverlener van de pilot 'Beter Thuis Integraal 0-6 team in de wijk' (vanaf hier: Beter Thuis 0-6). Moeder is op dat moment zwanger van een tweede kind. Net als bij haar eerste zwangerschap lijdt ze op dat moment aan een zware depressie. Moeder krijgt hiervoor al begeleiding vanuit de v-ggz. Ze is onzeker en kwetsbaar in het moederschap. Beide ouders verkeren op dat moment in 'overlevingsstand'. Nadat moeder contact heeft opgenomen, kan de ondersteuning vanuit Beter Thuis 0-6 direct starten.

Hoe zag de begeleiding eruit?

Oog voor beide ouders
Vanuit de pilot 'Beter Thuis 0-6' vonden met vaste regelmaat huisbezoeken plaats. De focus lag op structureren, stabiliseren en plannen. Maar vooral ook op de moeder ondersteunen bij ouderschap en hechting. Om moeder nog wat meer te begeleiden, is een verwijzing gemaakt naar Intensieve Behandeling Thuis, maar dit kwam niet goed van de grond, omdat de begeleiding online verliep in verband met de coronacrisis. Na een aantal maanden merkte de hulpverlener van Beter Thuis 0-6 op dat de vader het erg zwaar heeft met de situatie. Daarom startte een tweede hulpverlener vanuit Beter Thuis 0-6, die zich richtte op de draagkracht en draaglast van vader. Bij de v-ggz was er geen passend aanbod voor moeder: dat is gericht op normalisering of opname. Iets ertussenin was eigenlijk nodig, maar niet mogelijk. Vanuit Beter Thuis 0-6 kon dit gat gedeeltelijk worden opgevuld, doordat de hulpverleners flexibel inzetbaar zijn en hierdoor veel ruimte hebben om met moeder in gesprek en aan de slag te gaan.

Continuïteit
De geboorte van het tweede kind ging gepaard met diverse medische en psychische problemen. De begeleiding vanuit Beter Thuis 0-6 liep in deze periode door. Dit was prettig voor de ouders, omdat er flexibele zorg vanuit een vertrouwd gezicht kon worden geboden bij hen thuis. Later in het traject is vooral gekeken naar de relatie met de kinderen, onder andere door middel van een familieopstelling.

> *"Fijn dat [de pilot] continuïteit biedt in begeleiding, niet zo veel wisselingen als bij de ggz." - Moeder*

Waar heeft de aanpak toe geleid?

1. **Beter Thuis 0-6 als stabiele en verbindende factor in de hulpverlening**

Ouders en hulpverleners geven aan dat Beter Thuis 0-6 de consistente factor in het gezin was, doordat dezelfde hulpverleners bij hen betrokken bleven. Aanwezigheid, het 'er zijn' van een vaste contactpersoon (die ze al langer kenden), was voor het gezin heel belangrijk. Hierdoor groeide de vertrouwensrelatie. Dit was een groot contrast met de v-ggz, waar een constante doorloop van hulpverleners/behandelaren was. Dit zorgde ervoor dat met de v-ggz

steeds opnieuw vertrouwen moest worden opgebouwd. De betrokken hulpverleners van Beter Thuis 0-6 geven aan dat zij merkten dat het wederzijds vertrouwen er met hen wel was. Hierdoor werd de vader ook steeds opener over wat er bij hem speelde. De hulpverlener van Beter Thuis 0-6 werd in de praktijk de regisseur van de hulpverlening in het gezin.

2. Integrale blik op gezin en problematiek

De ouders hebben ervaren dat de hulpverleners van Beter Thuis 0-6 met een brede blik naar het gezin keken. Niet vanuit één specifiek probleem, maar vanuit de brede behoeften van het gezin. Hierdoor signaleerden zij onder meer dat vader het op een gegeven moment heel zwaar had en het risico liep uit te vallen op zijn werk. Waar de ggz-zorg naar afzonderlijke problemen rondom de psychische gezondheid (van moeder) kijkt, wordt vanuit Beter Thuis 0-6 gekeken naar de relatie tussen de psychische problematiek van moeder, de hechting tussen ouders en kinderen, een (verborgen) trauma van het oudste kind en de relatie tussen ouders. Op al deze vlakken is passende hulp ingezet vanuit Beter Thuis 0-6 (aandacht voor hechting met video-observatie, EMDR-therapie, relatietherapie). De focus van de ondersteuning lag primair op moeder, maar was altijd in het belang van de kinderen.

> *"Waar het om ging: hoe je zorgt dat het voor de kinderen goed is. In alles wat er gebeurt. Zelf hulp ontvangen in het belang van je kinderen." - Moeder*

3. Bespreekbaar maken van problematiek van moeder bij de kinderen

Ouders hebben gedurende het traject een manier gevonden om met het oudste kind te praten over de psychische problemen van moeder. Moeder voerde zelf de gesprekken met haar kind, nadat ze hiervoor met de Beter Thuis 0-6-hulpverlener een plan had gemaakt.

Welke verbeterpunten zien de betrokkenen zelf?

1. Eerdere betrokkenheid vader

De hulpverlener van Beter Thuis 0-6 en vader geven aan dat de vader iets eerder actief betrokken had kunnen worden in de ondersteuning vanuit Beter Thuis 0-6. Met de kennis van nu hadden ze zich eerder gericht op de hechting tussen vader en kinderen en hem ondersteund in de situatie.

2. Beperkingen in overleg en informatie delen tussen Beter Thuis 0-6 en v-ggz

De betrokken ggz-organisatie voor de begeleiding van moeder was niet direct betrokken bij de pilot 'Beter Thuis 0-6'. De hulpverleners vanuit Beter Thuis 0-6 geven aan dat de communicatie met behandelaren/hulpverleners vanuit de betrokken ggz-organisatie niet optimaal verliep. Tussentijds overleg vond niet plaats (buiten twee multidisciplinaire overleggen om). Het crisisplan/signaleringsplan van de ggz-organisatie is nooit gedeeld met Beter Thuis 0-6. Ouders zouden meer helderheid willen over het contact tussen de v-ggz en Beter Thuis 0-6.



3. Buiten Beter Thuis 0-6: verloop medewerkers
Bij organisaties buiten Beter Thuis 0-6 – met name bij de betrokken v-ggz-organisatie – is veel verloop van medewerkers geweest. Daardoor moest steeds opnieuw vertrouwen opgebouwd worden bij moeder.

> *"Er zijn zo veel mensen van de volwassenen-ggz bij betrokken geweest dat ik niet weet waar ik moet zijn. [...] Er is geen bekend gezicht meer." - Moeder*

Wat was er gebeurd zónder de pilot volgens betrokkenen?

In het algemeen: op elk probleem was er (mogelijk) individuele hulpverlening ingezet. De integrale blik was er niet of veel minder geweest.

Gezinsondersteuning (CJG: Stevig Ouderschap)
Ouders geven aan dat waarschijnlijk was ingezet op opvoedondersteuning. Het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) had Stevig Ouderschap aangeboden aan ouders, voordat het met Beter Thuis 0-6 van start ging. Het gaat dan om zes sessies rondom opvoedvaardigheden. Ouders en hulpverleners geven aan dat dit niet passend zou zijn geweest. Er is namelijk niets mis met de opvoedvaardigheden van ouders. Er was dan geen/minder focus op hechting en trauma's geweest. Mogelijk was er op een later moment alsnog aandacht geweest voor de trauma's van het oudste kind.

> *"Het was minder passend geweest. Dan hadden we niet stilgestaan bij hoe onze kinderen last hebben van mijn depressies en mijn moeite in de hechting. Ze hadden ingezet op praktische dingen, wat mij al goed afgaat." - Moeder*

Er was dan geen ondersteuning voor de vader geweest, tot het moment dat hij echt was 'omgevallen' (burnout/uitval op werk).

Mogelijk: hechtingsinterventie
Mogelijk was er een hechtingsinterventie van een particuliere instelling ingezet. De hulpverlener van Beter Thuis 0-6 heeft een positief beeld van dit programma, maar het is veel beperkter in omvang. Het gaat om acht sessies gericht op hechting; ook hier geen integrale blik en kortere betrokkenheid.

V-ggz
Ook zonder Beter Thuis 0-6 was er v-ggz voor moeder ingezet. Dit had er niet anders uitgezien dan in de werkelijke situatie met Beter Thuis 0-6. De ggz heeft aandacht voor het individuele, maar niet voor de verbinding tussen psychische problemen en ouderschap.

De ouders schatten in dat het veel zwaarder voor hen was geweest, met name doordat er geen stabiele, consistente factor in de hulpverlening zou zijn geweest. Het was gebleven bij een aantal gesprekken rond opvoedondersteuning. Ook de hulpverleners geven aan dat het veel zwaarder was geweest voor de ouders. Ze hadden zelf moeten worstelen met vraagstukken en waren hierdoor onzekerder/kwetsbaarder geweest. Signalering van problematiek bij de vader en het oudste kind was mogelijk onopgemerkt gebleven.

> *"Ik denk dat een van ons was omgevallen. Omdat ik het niet meer trok. Vroeg signaleren, dat doen jullie goed." – Vader*

Analyse van kosten en baten

De aanpak van Beter Thuis 0-6 heeft naar schatting € 20.000 gekost, bovenop lopende zorg. In de situatie zonder pilot Beter Thuis 0-6 was er minder zorg ingezet. Dit had minder opgeleverd voor het gezin. Het had – in ieder geval op korte termijn – ook minder gekost dan de aanpak met pilot (naar schatting € 3.000 voor de inzet van een hechtingsinterventie en Stevig Ouderschap). Op termijn hadden er echter problemen bij zowel vader als moeder kunnen ontstaan. De kosten hiervan liggen in de toekomst en zijn onzeker.

Casus 2: Veiligheid en middelengebruik

Werkwijze: CIT en Indigo vanuit Jeugdbescherming west
De vader van een gezin met twee jonge kinderen belt met de jeugdgezondheidszorg wegens mogelijk fysiek geweld van de moeder richting kinderen. De ouders kennen elkaar van het uitgaansleven en gebruiken samen veel alcohol en drugs. Moeder is onverwachts zwanger geworden en de ouders kozen toen voor het gezinsleven samen. Moeder heeft aanvullend last van persoonlijkheidsproblemen, postnatale depressie en negatieve jeugdervaringen en ontvangt hiervoor hulp vanuit de v-ggz. Jeugdgezondheidszorg schakelt met het CIT, na een gesprek met vader. Het gezin is al een keer eerder bij het CIT in beeld geweest.

Hoe zag de begeleiding eruit?

De vader motiveren
Het CIT ging op huisbezoek bij het gezin om veiligheids-afspraken te maken. Moeder had een nacht niet thuis geslapen en de reeds bestaande afspraak dat de ouders niet samen drugs gebruiken, was aangescherpt. Middelenmisbruik en psychische problemen waren bekend en konden daarom openlijk besproken worden. Er waren spanningen in de relatie tussen de ouders. Aangezien dit de tweede CIT-melding was en er ggz-problematiek

speelde, heeft de CIT-medewerker de pilot met Indigo ingezet om een passend vervolg te geven op de korte betrokkenheid van het CIT. Indigo heeft Bureau Basiszorg ingezet, dat de zorgcoördinatie op zich neemt in KOPP-KOV-gezinnen (gezinnen met Kinderen van Ouders met Psychische Problemen en Kinderen van Ouders met Verslavingsproblemen). Moeder ontving reeds ggz-hulp en daarnaast is een aanmelding gedaan voor gezinscoaching bij Impegno. Toen de hulpverlener van Indigo onaangekondigd bij het gezin langskwam met de toestemmingsformulieren hiervoor, stuurde vader haar boos weg. Moeder tekende de toestemming wel, waardoor Indigo kon starten. Voor gezinscoaching bij Impegno zijn handtekeningen van beide ouders noodzakelijk, waardoor deze hulp niet kon starten. Indigo heeft met moeder gesprekken over middelengebruik gevoerd, psycho-educatie gegeven en contact onderhouden met haar ggz-behandelaar. Moeder schakelde daarnaast zelf Reakt in voor herstelcoaching vanuit de Wmo. Indigo probeerde de vader erbij te betrekken. Tijdens het tweede telefonische contact zei hij dat ze de kinderen maar uit huis moesten halen als dat beter was. Indigo legde uit dat dit niet de bedoeling was en maakte met vader een afspraak waarin alle verschillende hulpopties zijn besproken. Samen met vader is daarop gekozen voor een sociaal-medische indicatie kinderdagverblijf, waar de kinderen drie dagen naartoe gaan. Daarnaast heeft hij toestemming gegeven voor gezinscoaching door het Veilig Verder Team (VVT).

Inspelen op verdere escalatie

Door een nieuwe geweldsescalatie startte het VVT toch niet en werd het CIT weer ingeschakeld. Hulpverleners beslisten dat de ouders niet langer konden samenwonen en CIT en Indigo trokken samen op om de ouders hiervoor te motiveren. Uiteindelijk werd voor moeder tijdelijke huisvesting bij het Leger des Heils gevonden, waar zij ook begeleiding kreeg. Vader bleef in de woning en nam de zorg voor de kinderen op zich. Hij stond nu wel open voor gezinscoaching door Impegno. Moeder kon de kinderen niet ontvangen bij het Leger des Heils, dus omgang vond bij vader thuis plaats. Om dit contact positief te laten verlopen en vader hiervoor niet nodig te hebben, was er begeleide omgang voor moeder aangevraagd.

Waar heeft de aanpak toe geleid?

1. Indigo outreachend en langdurig betrokken

Het CIT is per definitie kort betrokken bij een gezin, maar door de inzet van Indigo is er langdurige betrokkenheid bij het gezin geweest, waarbij Indigo outreachend kon doen wat nodig was en regie kon voeren over de verschillende hulpverlening. Indigo begon vanuit moeder, omdat zij wel hulp wilde, en kon later vader hier ook op aanhaken. Door eerdere contacten met het CIT konden Indigo en CIT bij een nieuwe escalatie snel schakelen. Daarnaast onderhielden zij contact met de ggz-behandelaar van moeder en Reakt en waren zij betrokken bij het tijdelijke huisverbod.

2. Omslag bij vader

Vader had eerst veel weerstand tegen hulpverlening. Door een aantal kleine succeservaringen kreeg hij vertrouwen in de hulpverlening, namelijk door uitleg over de verschillende opties, dat het huisverbod aan moeder werd opgelegd en dat hij ondanks het huisverbod betrokken werd bij de zorg van de kinderen. Hierdoor stond vader later wel open voor het gezinscoachingstraject door Impegno, terwijl hij dit eerst afhield.

3. Ouders uit elkaar

De ouders hadden een los-vaste relatie voor de komst van het eerste kind en ook nadat zij voor het gezinsleven gekozen hadden, gaven zij op meerdere momenten aan niet samen verder te willen. Op andere momenten wilden ze echter wel bij elkaar blijven. Na de laatste escalatie was het voor hulpverleners duidelijk dat de veiligheid van de kinderen niet gewaarborgd kon worden als de ouders bij elkaar bleven. Zij overtuigden de ouders hiervan door onder andere één blok te vormen naar de ouders en de ‘good cop-bad cop’-rollen te verdelen, waarbij het CIT meer kon dreigen met eventuele gedwongen hulpverlening. Het CIT is tijdelijk erbij betrokken en hoeft minder zorg te dragen voor een langdurige behandelrelatie.

Welke verbeterpunten zien de betrokkenen zelf?

1. Betere overdracht CIT en Indigo

De hulpverleners van het CIT en Indigo vragen zich af of vader wel de toestemmingsformulieren voor Indigo en Impegno in eerste instantie zou hebben getekend als het CIT hierbij geconsulteerd en betrokken was geweest. Mogelijk had de medewerker van het CIT kunnen aangeven dat onaangekondigd langskomen bij vader verkeerd zou uitpakken.

2. Betere uitleg over Impegno

Daarop aansluitend had het mogelijk geholpen als er betere uitleg aan vader was gegeven over het doel van gezinscoaching door Impegno. Uiteindelijk heeft de uitleg later in het traject namelijk veel in beweging gezet bij hem.

Wat was er gebeurd zónder de pilot volgens betrokkenen?

In het algemeen: hulp was minder goed van de grond gekomen, met daardoor meer escalaties en ondertoezicht-stelling (OTS) van de kinderen.

Overdracht naar lokaal team (CJG)
Het CIT had het gezin overgedragen aan het lokale team. Een gezinscoach van het CJG zou vanuit de hulpvraag van de ouders zijn gaan werken. Er was dan minder oog geweest voor de problemen van de ouders en door de weerstand van vader was dit waarschijnlijk snel afgesloten (meest waarschijnlijk). Als gezinscoaching wel was doorgegaan, zou het CJG waarschijnlijk ook bij Impegno uitgekomen zijn voor de hulp in het gezin, gezien de psychische problemen. Het CJG heeft echter minder tijd voor afstemming met Impegno dan Bureau Basiszorg van Indigo (minder waarschijnlijk).

Ondertoezichtstelling na herhaalde incidenten
De professionals schatten in dat het stuklopen van de hulp bij het CJG of de minder afgestemde hulp bij Impegno niet kon voorkomen dat er meer geweldsincidenten zouden plaatsvinden in de thuissituatie. Daarom verwachten ze dat er via de Jeugdbeschermingstafel uiteindelijk een ondertoezichtstelling was aangevraagd en goedgekeurd. Ze denken dat tijdens de OTS de jeugdbeschermer ook oog zou hebben gehad voor de dingen die wel goed gaan in het gezin. Maar zij denken ook dat vader mogelijk nog meer in de weerstand zou zijn gekomen door het gedwongen karakter en dat samenwerking met hem lastig zou zijn.

V-ggz
Ondersteuning van de moeder vanuit v-ggz liep al bij aanvang van deze casus en was ook zonder de pilot doorgelopen.

Analyse van kosten en baten

Voor het CIT was dit een van de meest intensieve casussen. De kosten van de inzet van het CIT bedragen ongeveer € 50.000, bovenop bestaande hulp. In de situatie zonder pilot zou er ook intensieve hulp zijn geweest, alleen dan waarschijnlijk gedwongen. Het is niet duidelijk wat voor hulp er gedurende de OTS was ingezet naast voogdij. Het is daarom niet mogelijk een inschatting te maken van het verschil in kosten tussen de situatie met en zonder pilot.

Casus 3: Integrale aanpak voor integrale problematiek

Werkwijze: Beter Thuis
Een gezin met twee dochters is al lange tijd in contact met Youz. Bij de oudste is autisme spectrum stoornis (ASS) gediagnostiseerd en zij gaat niet naar school. Zij zit vaak teruggetrokken op haar kamer. De jongste krijgt ook hulp van Youz en laat op school teruggetrokken gedrag zien. Vader heeft te maken met zowel lichamelijke als psychische problematiek en alcoholgebruik. De zorg voor het gezin ligt daardoor bij moeder, die hiermee zwaar belast is. Door de uiteenlopende problematiek en daaraan gekoppelde stress in het gezin is er gedeelde behoefte aan een meer integrale gezinsaanpak, zowel bij het gezin als bij de hulpverlening. Met de Beter Thuis-aanpak moet deze integrale aanpak geboden worden.

Hoe zag de begeleiding eruit?

De gezinsbehandelaar van Beter Thuis was de vaste contactpersoon van het gezin en stemde veel af met andere hulpverleners. Ze was met name voor moeder een vertrouwenspersoon. Dit vertrouwen hielp, maar deze taak was toch intensief voor de gezinsbehandelaar. Vanuit Beter Thuis waren er ook een tweede ambulant gezinsbehandelaar en een orthopedagoog bij betrokken, die zich vooral op de oudste dochter richtten. Ook was er een oudercoördinator bij betrokken, die zich vooral op vader richtte. Tot slot was er een regiebehandelaar (gz-psycholoog) voor vader.

Structuur voor dochter en behandeling van vader
De focus lag in de eerste periode op het terugbrengen van structuur en regelmaat bij de oudste dochter. De ouders kregen psycho-educatie over de stoornis van hun dochter. Daarnaast was een detox-behandeling voor vader gestart. Hij werd hiervoor vier weken opgenomen. De afwezigheid van vader gaf rust voor het gezin; de gezinsleden hoefden zich even geen zorgen te maken over het zijn drankgebruik. Na de opname volgde een online groepsbehandeling voor vader, wat hij een onprettige ervaring vond. De andere deelnemers aan de groepsbehandeling betichtten hem van sociaal wenselijk antwoorden. Na de behandeling kwam de nadruk te liggen op de diagnose van vader vanwege de vermoedens van ASS, die bij de oudste dochter al was vastgesteld. Ook volgde vader traumatherapie. Dit vond hij zinvol, maar ook zwaar. Met een verslavingstherapeut ging vader op zoek naar de oorzaken van zijn drankgebruik. Omdat die therapeut ook benoemde wat er goed ging, vond vader het prettiger dan eerdere behandelingen. De problemen door alcoholgebruik namen af.

Behandeling van dochter
Na een halfjaar startte de orthopedagoog van Beter Thuis met cognitieve gedragstherapie voor de oudste dochter, en werkte hierin samen met de gezinsbehandelaar van Beter Thuis. Dit ging heen en weer, maar er was steeds meer inzicht in haar problematiek. De gezinsbehandelaar zette ondertussen in op het terugleiden naar school van de oudste dochter. Hierin werkte deze samen met het Centrum voor Onderwijs en Zorg (CvOZ), dat middels dagbehandeling en individueel contact de voorwaarden schept om weer naar (regulier) onderwijs te gaan. De samenwerking tussen Beter Thuis en CvOZ werd steeds intensiever, zodat er bij een terugval een duidelijk plan en taakverdeling zouden liggen.

Gedurende het traject ging het soms veel beter met de oudste dochter, maar viel ze toch steeds terug. Daarom is zij nu aangemeld voor opname bij een jeugdinstelling.

Omdat er veel speelde tussen de gezinsleden, is er systeemtherapie ingezet. Die stopte echter al snel door ziekte van de behandelaar, waardoor het bij vijf gesprekken bleef. Moeder ging een tijd later wel verder met schematherapie (in een groep) voor zichzelf.

> *"[Gezinsbehandelaren] konden elkaar mooi aanvullen, we konden verdieping zoeken in waar we mee bezig waren. De beperkende factor hierin is [oudste dochter] zelf, want wij komen niet verder." - Orthopedagoog Beter Thuis*

Waar heeft de aanpak toe geleid?

1. **Sneller en beter inspelen op situaties door integrale samenwerking**

De betrokken hulpverleners geven aan dat de onderlinge samenwerking binnen Beter Thuis de hulp meer overzichtelijk en flexibel maakte. Men kon snel 'aanhaken en aansluiten' wanneer dit nodig was. De balans tussen acuut ingrijpen en voor consistentie zorgen, was nodig bij dit gezin en de teamaanpak en tussentijdse overleggen maakten dit mogelijk.

2. **Ondersteuning op maat voor vader zorgde voor verbetering**

De situatie van vader vroeg om een aanpak op maat, omdat hij bij de reguliere verslavingszorg tussen wal en schip viel. Beter Thuis maakte mogelijk dat er buiten het reguliere aanbod hulp kon worden geboden, waarbij aandacht was voor de samenhang tussen de diagnose van (vermoedelijke) ASS, verslaving en traumaverwerking.



Welke verbeterpunten zien de betrokkenen zelf?

1. **Systemisch werken had meer vorm kunnen krijgen**

Het vertrek van de systeemtherapeut zorgde voor een breuk in de integrale ondersteuning. Systeemtherapie voor het gehele gezin had veel kunnen opleveren, maar kwam uiteindelijk niet van de grond. De 'gezinspatronen' die samenhangen met de problematiek, zijn niet doorbroken.

2. **Behandelaar volwassenen miste**

In de beginfase was het team minder 'compleet' dan in de situatie ten tijde van het onderzoek. In de beginfase was er nog geen behandelaar in het team voor volwassenen. Een behandelaar voor moeder werd daardoor gemist.

3. **Omvang Beter Thuis zorgt voor afstand tussen medewerkers**

'Integraliteit' betekent ook dat er veel expertise in huis moet zijn. Beter Thuis is een grote organisatie geworden. Een externe betrokkene merkt op dat er zo veel mensen vanuit één organisatie bij betrokken zijn, dat het overzicht weg is; je weet als buitenstaander niet wie je voor welke vraag moet benaderen. Dit zou ook bij ouders tot frustraties hebben geleid.

Wat was er gebeurd zónder de pilot volgens betrokkenen?

Zonder de aanpak van Beter Thuis zou er een meer individuele aanpak zijn geweest voor elk gezinslid apart. Voor de kinderen had dit betekend dat zij langer zorg zouden krijgen vanuit de poliklinieken. Voor vader was er wel verslavingszorg geweest, maar dit was niet ambulant geweest. Omdat vader vaak niet kwam opdagen, was deze zorg eerder (zonder succes) afgesloten. De trauma-behandeling was er waarschijnlijk niet gekomen, omdat de problematiek van vader hiervoor niet ernstig genoeg was.

De betrokkenen vanuit Beter Thuis schatten in dat er een Jeugdbeschermingstafel zou hebben plaatsgevonden, na verwijzing van het CJG. De inschatting is dat het waarschijnlijk niet tot een ondertoezichtstelling was gekomen, maar dat het Veilig Verder Team erbij betrokken zou zijn geweest.

De kinderen waren voor langere periode de poliklinieken voor ortho-psychiatrie en angst- en stemmingsstoornissen blijven bezoeken. Volgens betrokkenen vanuit Beter Thuis had dit niet tot voldoende resultaat geleid en had het CJG een aanmelding bij de Jeugdbeschermingstafel gedaan.

De betrokkenen vanuit Beter Thuis geven aan dat de ouders mogelijk uit elkaar waren gegaan. Jeugdbescherming had bij de ouders voor nieuwe stress gezorgd en de inschatting is dat hun relatie dit niet had aangekund.

"Wat je ziet is dat ze iets proberen, en als dat niet lukt, dan proberen ze misschien nog iets, maar als dat ook niet lukt, dan geven ze het op. En ik denk dat we met dit team gerichter doorverwijzen, waardoor we het gezin een aantal faalervaringen en demotivatie hebben bespaard." - Behandelaar verslavingszorg

Financiële baten en kosten

In deze casus is onvoldoende informatie over de gemaakte kosten beschikbaar. We kunnen daarom geen inschatting maken van de financiële kosten en baten.

Casus 4: Werken naar voldoende veiligheid

Werkwijze: Beter Thuis

Een moeder van vijf kinderen woont thuis met haar tweeling: haar twee jongste kinderen. Haar drie andere kinderen zijn uit huis geplaatst. De tweeling is een deel van de week bij een netwerkpleegouder. Moeder heeft moeite met grenzen stellen aan haar kinderen, mede door haar diagnose ADHD. Ook zijn er vermoedens van een licht verstandelijke beperking.

Gezien de diversiteit aan problemen in het gezin is het van belang dat er integrale hulp wordt geboden. Na een melding bij de Jeugdbeschermingstafel meldt de CJG-gezinscoach het gezin aan bij Beter Thuis. Er zijn op dat moment conflicten binnen het gezin, zorgen om huisvesting en financiën en psychische problemen bij moeder en de tweeling.

Hoe zag de begeleiding eruit?

Analysefase

In de beginperiode (analysefase) stond moeder open voor hulp. Een van de kinderen niet: die vond het overdreven dat er zo veel hulp werd ingezet. Over het andere kind waren geen zorgen, daarom is dat niet aangemeld. In deze fase heeft de gz-psycholoog van Beter Thuis meegekeken met de ambulant behandelaar, omdat er zorgen over de thuissituatie waren. De conclusie van de analysefase van Beter thuis was dat de gezinssituatie te onveilig was.

De uitkomsten van de analysefase zijn besproken in een groot netwerkoverleg met het gezin, de school, gezinscoach, gz-psycholoog, reclassering en netwerkpleegouders. Moeder nam het de betrokkenen van Beter Thuis kwalijk dat zij de situatie als onveilig bestempelden. Het contact vanuit Beter Thuis was daarom op een lager pitje komen te staan; moeder had op dat moment geen vertrouwen meer in Beter Thuis.

Onderzoeksfase

In de hierop volgende onderzoeksfase was er minder betrokkenheid vanuit Beter Thuis, door het afgenomen vertrouwen. Wel ging het onderzoek door de orthopedagoog van Beter Thuis door. De orthopedagoog stond toen nog wel goed in contact met moeder en de pilot 'Beter Thuis' maakte het mogelijk dat er flexibel kon worden gewerkt. Een nieuwe gz-psycholoog startte na een aantal maanden met de ondersteuning van het kind. Dit liep goed, omdat het gezin al bekend was met deze hulpverlener. Een aantal maanden later startte ook een nieuwe ambulant behandelaar. Dit zorgde ervoor dat moeder de behandeling vanuit Beter Thuis weer een kans gaf.

Behandeling

In de behandeling heeft de ambulant behandelaar eerst ingezet op praktische ondersteuning in het huishouden, om vertrouwen op te bouwen. Dit gaf moeder het gevoel dat ze iets had aan de ondersteuning. Door de brede hulpvraag van moeder was ook ggz-ondersteuning van Ipse de Bruggen ingeschakeld. Tegelijkertijd startte psychotherapie met het kind, te beginnen bij zijn eigen behoeften. Door op zijn behoeften aan te sluiten, kwam dit kind in 'therapiemodus'.

Nadat het even goed leek te gaan met het kind, namen incidenten tussen moeder en kind op een gegeven moment weer toe. Deze conflicten leidden ook tot fysiek geweld. Er werd gesproken over gezinstherapie, maar moeder en de tweeling voelden hier niet voor. Ondanks de groeiende hulpvraag werd de behandeling afgesloten; het kind werkte niet voldoende mee. Ook het CJG sloot daarom de hulp aan het gezin af, tegen het advies van Beter Thuis in.

Hierna volgden meerdere escalaties. De situatie was erg onveilig, maar omdat het gezin wel hulp accepteerde, kwam het gedwongen kader niet in zicht. Uiteindelijk is daarom vrijwillige hulp van het Veilig Verder Team ingezet. Dat ging intensieve ambulante begeleiding gericht op veiligheid inzetten bij het gezin.

Waar heeft de aanpak toe geleid?

1. Vertrouwen opbouwen door flexibiliteit

Vanuit Beter Thuis kon flexibel inzet geleverd worden, passend bij waarvoor het gezin op dat moment ruimte voelde. Toen het vertrouwen afnam, kon tijdelijk afgeschaald worden, zonder te hoeven afsluiten. Toen er weer ruimte was, kon opgeschaald worden en groeide het vertrouwen weer. Zo bleef hulpverlening wel aanwezig in het gezin, totdat het overgedragen werd aan het Veilig Verder Team.

2. Integraal werken vanuit een team zorgt voor snel schakelen

Er is veel expertise aanwezig binnen Beter Thuis. Vanuit Beter Thuis waren actief: een orthopedagoog, ambulant begeleider, behandelaar van moeder en gz-psycholoog. In dit gezin waren veel verschillende problemen, maar er hoefde nauwelijks buiten Beter Thuis naar passende oplossingen gezocht te worden en er kon grotendeels zonder (aanvullende) indicaties gewerkt worden. Ook is overleg tussen disciplines makkelijker wanneer je van dezelfde organisatie bent. Omdat vanuit teamverband gewerkt wordt, is er ook een gezamenlijke visie, wat weer bijdraagt aan het vertrouwen in de hulp bij het gezin.

Welke verbeterpunten zien de betrokkenen zelf?

1. Samenwerking met externen was niet altijd optimaal

De gedeelde visie binnen Beter Thuis werd niet altijd gedeeld met externe partijen, waaronder het CJG. Dat sloot bijvoorbeeld de casus af toen het gezin niet in gesprek wilde. Beter Thuis sloot juist niet af toen het gezin minder meewerkte, omdat er duidelijk hulp nodig was en het gezin de aanwezigheid van hulp ook niet weigerde. Voor externen was niet altijd duidelijk wat de visie van Beter Thuis was en wat alle disciplines binnen het gezin deden. Meer aandacht voor de samenwerking met externen is nodig, volgens betrokkenen.

2. Integrale systeemtherapie had mogelijkheden geboden

Er is geen ondersteuning geweest gericht op het gezinssysteem (moeder en de tweeling, niet alleen het kind met problematiek). Die had wel meerwaarde kunnen hebben; nu zijn alle problemen binnen het gezin vooral individueel benaderd en bleef het andere kind buiten beeld. De samenhang tussen de problemen van het gezin vroeg om een integrale aanpak, maar moeder en kind wilden geen gezinsaanpak.

Wat was er gebeurd zónder de pilot volgens betrokkenen?

Zonder de aanpak van Beter Thuis zou er ambulante begeleiding door Middin zijn ingezet. Deze ambulante begeleiding had zich gericht op moeder. Het kind stond niet open voor hulp en had niet meegewerkt aan de ondersteuning, en psychotherapie was niet van de grond gekomen. De ambulante begeleiding was daarom teruggegaan naar het CJG. Dit centrum was uiteindelijk waarschijnlijk terechtgekomen bij Jeugdformaat voor een VUHP-traject (voorkomen uithuisplaatsing). Hier is namelijk eerder over gesproken. Hierdoor zou de veiligheid zijn verbeterd, maar de achterliggende problematiek niet zijn opgepakt, geven betrokkenen aan. Ook Beter Thuis heeft dit niet volledig opgepakt, maar wel iets in gang gezet.

Analyse van kosten en baten

Het is niet met zekerheid te zeggen of de aanpak met de pilot kostbaarder of juist minder kostbaar was dan zonder. In de aanpak met en zonder pilot is er sprake van intensieve zorg. Wanneer het VUPH-traject in de meest intensieve vorm was ingezet, was het waarschijnlijk iets kostbaarder geweest dan de aanpak vanuit Beter Thuis. Wanneer het in een lichtere vorm was ingezet, was de aanpak van Beter Thuis kostbaarder, vooral omdat deze langduriger is ingezet.

Casus 5: Pilots ontmoeten elkaar – Expertiseteam zet Beter Thuis in

Werkwijze: ExpertTafel Jeugdbescherming west (en Beter Thuis)

Een gezin met drie dochters heeft al langere tijd contact met jeugdbescherming en jeugdhulp. In het verleden heeft vader huiselijk geweld gepleegd. Trauma's van deze gebeurtenissen zijn in het gezin nog niet verwerkt. De ouders zijn inmiddels gescheiden en vader woont niet meer bij het gezin. Hij heeft geen contact meer met hen, maar heeft wel gezag over de kinderen. De jongste dochter is uit huis geplaatst als gevolg van geweld tussen de jongste twee dochters. Ondanks een machtiging uithuisplaatsing komt zij na twee maanden toch weer thuis te wonen, omdat zij op de groep niet op haar plaats is. De betrokkene vanuit Jeugdbescherming west brengt de casus in bij de ExpertTafel, samen met de gedragswetenschapper. De jeugdbeschermer en Youz – al jaren betrokken bij het gezin – hebben op dat moment geen passende oplossingen meer in zicht; er is al heel veel geprobeerd.

Hoe zag de begeleiding eruit?

De rol van de ExpertTafel van Jeugdbescherming west was in deze casus het adviseren van de jeugdbescherming over de in te zetten zorg. Het team achter de ExpertTafel is in principe erbij betrokken vanaf het moment van aanmelding bij de ExpertTafel totdat hun advies in werking is gezet. Bij lastige situaties is het team daarna nog wel beschikbaar voor advies.

Verloop betrokkenheid expertiseteam (ExpertTafel)

Na de aanmelding van de casus bij de ExpertTafel vond een voorgesprek plaats, waarin gezamenlijk werd bekeken of de casus geschikt was voor bespreking aan de ExpertTafel. Hierna vond de ExpertTafel snel plaats. Het team van de ExpertTafel bestond uit Ipse de Bruggen, Youz, Horizon, Jeugdformaat, een onderwijsspecialist en een voorzitter. Naast dit team sloten betrokken hulpverleners (v-ggz, jeugd-ggz en twee hulpverleners van Youz) en de moeder en jongste dochter aan. Moeder en dochter hadden een actieve rol in het gesprek, maar moeder voelde zich wel



beperkt doordat de dochter aanwezig was; ze had niet het idee volledig open te kunnen zijn. De andere twee dochters waren niet aanwezig bij het gesprek; die zijn later pas gesproken.

Aan de ExpertTafel stond de vraag centraal: waar kan de jongste dochter wél naartoe, nu zij niet meer terechtkan in haar woongroep? De ExpertTafel adviseerde om in te zetten op gezinsopname en Beter Thuis (een van de andere pilots in dit onderzoek) als overbruggingszorg. De aanbieders van gezinsopname zagen het echter niet zitten om het gehele gezin op te nemen; ze zagen er alleen iets in om moeder en dochter op te nemen. De oudere dochters zouden onvoldoende gemotiveerd zijn. Ook was er een wachtlijst van negen maanden voor de gezinsopname.

Nadat dit bekend was geworden, adviseerde de ExpertTafel om alsnog Beter Thuis in te zetten. Omdat ook die niet direct kon starten, was het advies om compenserende zorg door (bijvoorbeeld) dagopname voor de jongste dochter in te zetten, om het gezin tijdelijk te ontlasten. Ook is er gesproken over aanvullende ggz-hulp voor moeder in de tussentijd. Hiervoor is een second opinion aangevraagd, maar het verslag hiervan liet door wachtlijsten zeven maanden op zich wachten.

Toen Beter Thuis vier maanden later startte – er was vertraging door miscommunicatie – trok de ExpertTafel zich terug; dit is gebruikelijk wanneer de geadviseerde zorg is gestart.

Traject Beter Thuis
Beter Thuis bood intensieve begeleiding in het gezin, waaronder psychiatrische ondersteuning en EMDR-sessies voor moeder. Een medewerker van Beter Thuis omschrijft het als een soort gezinsopname in de thuissituatie. Eerst is elk gezinslid individueel gesteund. Later was de begeleiding meer gericht op het gezinssysteem. In de tussentijd bleef de ExpertTafel erbij betrokken op momenten dat de situatie onveilig was door het gebruik van geweld tussen de kinderen. Nadat ambulante spoedhulp was ingezet, werd de jongste dochter voor zes weken op een crisisplek geplaatst om de veiligheid thuis te garanderen. Vervolgens werd zij overgeplaatst naar een woongroep. De behandeling van de dochter verliep vanuit Beter Thuis. De jongste dochter bleef in de verblijfsinstelling, maar er werd wel gewerkt aan versterking van de momenten dat zij thuis was.

Verbinding met v-ggz
Beter Thuis had geen direct contact met de ggz-behandelaar van moeder, maar moeder houdt hen wel op de hoogte. Gedurende het traject werd de zorg van moeder afgesloten; ze kon onvoldoende meewerken aan de behandeling door alle problemen thuis.

Waar heeft de aanpak toe geleid?

Inzet expertiseteam zorgde voor snel en gedragen advies
Toen de jeugdbeschermer geen mogelijkheden meer zag voor passende hulp voor het gezin, kwam de ExpertTafel snel bijeen en kwam tot een concreet advies voor twee mogelijke ondersteuningsvormen. Voor de jeugdbescherming hielp het dat zij gesteund en serieus genomen werd in haar vraag om advies en de verantwoordelijkheid kon delen met de ExpertTafel. Ook moeder voelde zich serieus genomen en gehoord.

Welke verbeterpunten zien de betrokkenen zelf?

1. Plan B had opgenomen kunnen worden in het advies
Het expertiseteam adviseerde een gezinsopname. Toen die niet mogelijk bleek voor het hele gezin en op korte termijn, is een alternatief advies gegeven. De betrokkenen zien achteraf in dat het beter was geweest direct een tweede advies te geven, zodat niet meer tijd verloren ging. Nu werd er toch nog uit crisis gehandeld.

2. Betrekken gehele gezin bij ExpertTafel
Moeder en de jongste dochter namen deel aan de Expert-Tafel, de andere kinderen niet. Achteraf ziet het expertise-team in dat beter het hele gezin had kunnen deelnemen. "Dan was het plaatje completer geweest en had [jongste dochter] niet het gevoel gehad dat alles bij [haar] lag."

3. Wachttijden voor gezinsopname en Beter Thuis
Het advies van het expertiseteam was gezinsopname. De wachttijd hiervoor was echter te lang voor het gezin en de jeugdhulpaanbieders wilden ook niet het gehele gezin opnemen. Daarom is de geadviseerde hulp niet ingezet. Het alternatief voor gezinsopname – ondersteuning door Beter Thuis – was sneller inzetbaar, maar werd door verschillende omstandigheden ook pas na vier maanden opgestart. Vooral de onduidelijkheid over wachttijden zorgde voor onzekerheid en stagnatie.

> *"De afspraken zijn snel gemaakt, maar vervolgens zijn er in de wachttijd toch nog escalaties." - Medewerker Indigo*



4. V-ggz niet goed aangesloten
De ggz-aanbieder waarvan moeder hulp ontvangt, is niet aangesloten bij de ExpertTafel en had geen direct contact met Beter Thuis. Gedurende het traject sloot deze aanbieder de zorg af zonder dat de betrokken hulpverleners van Beter Thuis hiervan op de hoogte waren.

> *"Die overleggen niet en sluiten de zorg gewoon af. Dat vonden we echt jammer, want er was daar echt nog wel meer nodig." - Medewerker Beter Thuis*

Dit laat volgens een betrokkene de relevantie van de pilot zien: doordat een betrokken ggz-partij onvoldoende is aangesloten, is de integratie van v-ggz en jeugdhulp nog niet voldoende. Moeder kan haar afspraken bij de behandeling niet nakomen doordat er problemen zijn met de kinderen. In het verleden – en dus ook gedurende dit traject – werden daarom trajecten (vroegtijdig) afgesloten.

> *"Jeugdbescherming kijkt naar jeugd en ggz naar volwassen, terwijl ouders misschien hun begeleiding niet nakomen door problematiek bij kinderen. Wat heel logisch is, maar daar wordt nu wel behandeling op afgesloten. Daar valt nog een wereld te winnen en dat is de meerwaarde van deze pilot." - Medewerker Indigo*

Wat was er gebeurd zónder de pilot volgens betrokkenen?

Omdat er sprake was van twee pilots in één casus (expertiseteam jeugdbescherming en Beter Thuis), is het ingewikkeld om een inschatting te maken van de situatie zonder de pilot. We gaan uit van een situatie waarin géén vertegenwoordiger van Indigo in het expertiseteam aanwezig was, maar Beter Thuis wel bestond. De inschatting van betrokkenen is dat de casus dan ook bij Beter Thuis was terechtgekomen.

Analyse van kosten en baten

Het verschil in kosten tussen de aanpak vanuit de pilot en de situatie zonder pilot is beperkt. Alleen de kosten van de expertise van Indigo in het expertiseteam waren er niet geweest.

Casus 6: Depressieve moeder en ex-man/vader zonder huis

Werkwijze: Beter Thuis

Een moeder woont alleen met haar dochter van drie jaar. Vader (ex-partner van moeder) komt wekelijks langs om zijn dochter zien. Hij heeft zelf geen woning waar de dochter kan langskomen of verblijven. Moeder werkt niet, zit in de schuldhulpverlening, maar heeft wel stabiele financiën en een dito woonsituatie. Moeder is depressief, overprikkeld en ontvangt weinig ondersteuning bij de opvoeding van haar dochter. Ze moet veel regelen, onder andere omdat ze net in een andere gemeente is komen wonen. Ze ervaart de zorg voor haar dochter als erg stressvol en heeft hulp nodig bij de opvoeding. Moeder durft niet met medicatie voor haar depressie te starten, omdat die haar vermogen om goed voor haar dochter te zorgen mogelijk vermindert. De dochter gaat twee dagen per week naar de opvang, waardoor moeder wat rust en tijd voor zichzelf heeft. Tijdens de coronaperiode kon de dochter echter niet naar de opvang. De dochter eet weinig en weinig gevarieerd, dit is een zorg voor de ouders. De ouders zijn het hierover onderling niet goed eens. Vooral moeder is erg bezorgd. Er loopt hulpverlening vanuit Jeugd en Gezinshulp (JGH; toegang tot jeugdhulp gemeente) en Parnassia voor haar depressie en praktische ondersteuning thuis vanuit Limor. De betrokken hulpverlening is echter nog weinig verbonden, wat bij moeder voor ruis zorgt. Een integrale benadering is gewenst.

Hoe zag de begeleiding eruit?

Kennismaking en diagnose

Moeder werd door JGH doorverwezen naar Beter Thuis. Het idee was dat Beter Thuis een meer integrale en intensieve aanpak kon bieden. Tijdens het intakegesprek kwam naar voren dat moeder onzeker en verdrietig is, veel zorgen over haar dochter heeft en ook over de hechting tussen zichzelf en haar dochter. Moeder stond open voor extra hulp. De onderzoeksfase van Beter Thuis had langer geduurd dan normaal en liep deels parallel met behandeling/hulp.

Verergering problematiek en eerste opname moeder

In de eerste periode coördineerde Beter Thuis alle hulpverlening en bood praktische ondersteuning. De problematiek van moeder nam toe en ze was bang dat ze tekortschoot in het bieden van een veilige omgeving aan haar dochter. Er is toen besloten dat moeder en dochter niet meer alleen met elkaar konden zijn. Terwijl moeder wachtte op een opname was er veel familie in huis om te helpen. Het plan dat een neef in huis zou komen om voor de dochter te zorgen zodra moeder werd opgenomen, ging niet door, omdat hij geen onkostenvergoeding voor vervoer kon krijgen. Toen moeder werd opgenomen, kwam de vader (haar ex) in huis om voor zijn dochter te zorgen. De gemeente ging op zoek naar een woning voor hem, zodat hij daar met zijn dochter kon wonen. Na een week brak moeder de opname af. Ze vond de opvang voor haar dochter niet goed geregeld. Ook was ze niet tevreden met de opname, omdat die meer een time-outplek bood en ze daar geen behandeling of begeleiding kreeg bij het wennen aan haar medicatie. Toen ze weer thuis was, leidde dit tot serieuze problemen met haar ex en bracht ze zelfs een nacht door in een hostel.

In deze periode was er intensieve inzet vanuit Beter Thuis. In de zomer werd er ook gewerkt met videofeedback aan moeder en daarnaast een KOPP-training. In deze periode was er geen directe behandeling gericht op de dochter.

Vader kreeg eerst twee tijdelijke woningen toegewezen en daarna een permanente woning, waar hij met zijn dochter kon wonen. Vader was vanaf dat moment ook betrokken in het hulpverleningstraject van Beter Thuis. Moeder werkte met hulp van Beter Thuis aan het opbouwen van een beter contact met haar dochter. Tegelijkertijd twijfelde ze al langer aan de diagnose van een borderline persoonlijkheidsstoornis. Zelf had ze het vermoeden van autisme, een vermoeden dat gedeeld werd door hulpverleners. De hulpverlening aan dochter richtte zich met de inzet van Basalt ook op haar eten, dat weinig en weinig gevarieerd was. Uit onderzoek kwam naar voren dat de dochter geen problemen met eetvaardigheden had, maar dat vooral de stress/druk in het gezin rondom het eten een probleem vormde. In deze fase was de hulp vooral gericht op het adviseren van de ouders hoe de dochter zo stressvrij mogelijk kan eten.

Tweede opname

Moeder werd vervolgens een maand opgenomen voor behandeling van haar depressie. Tijdens de opname werd de diagnose autisme gesteld, die later ook nog door een psychiater is bevestigd. Met deze diagnose voelde moeder zich beter gehoord. Tijdens de opname heeft zij ook kunnen uitrusten en kreeg ze goed te eten. Ze heeft een fijn contact opgebouwd met twee andere patiënten met de diagnose autisme, hierdoor voelde ze ook erkenning. Na de opname werd de behandeling veel minder intensief, wat in het begin lastig was voor moeder. Wel werd het contact met haar dochter in deze periode verder opgebouwd. Moeder merkte zelf ook vooruitgang en ging muziek maken.



Verbetering
In deze periode liep de behandeling van depressie door en startte ook ondersteuning voor autisme. De autisme-ondersteuning zou eerst vanuit een andere organisatie geboden worden, maar dat ging niet door. De praktische ondersteuning thuis door Limor liep ook nog steeds door. Aangezien de thuissituatie rustiger was geworden, werd in deze periode besloten de eetproblemen bij de dochter verder aan te pakken (Basalt: de aanpak 'SOS approach to feeding'). Moeder en dochter namen deel aan sessies bij Basalt om de eetmomenten plezieriger te maken.

Langzaam ging het steeds beter met moeder en ook in de relatie (de hechting) met haar dochter. Moeder en dochter brachten steeds meer tijd samen door. Het Beter Thuis-traject werd afgesloten en er werd (minder intensieve) ondersteuning vanuit Jeugdformaat opgestart. Lastig was wel dat op het moment dat Beter Thuis stopte, Jeugdformaat nog niet was begonnen, juist in een periode waarin moeder het moeilijk had. Dit veroorzaakte bij haar weer meer stress.

Waar heeft de aanpak toe geleid?
Met de Beter Thuis-aanpak is er meer structuur aangebracht in de diverse hulpverlening die er (al) bij betrokken was. Dit bood moeder veel meer rust en heeft daarnaast geleid tot een gefaseerde aanpak, waarbij 1. de veiligheid en stabiele woonsituatie van de dochter voorop stond, gevolgd door 2. de aanpak van de depressie van de moeder, 3. versterking van de band tussen moeder en dochter en ten slotte 4. de aanpak van de eetproblemen van de dochter. Doelen die zijn bereikt:

- De dochter is op een veilige manier bij haar haar eigen ouders gebleven.
- Er is ingespeeld op behoeften van moeder en dochter.
- Er is goed contact tussen moeder en dochter.
- Moeder is sterker geworden en heeft een positiever zelfbeeld.
- Vader is erbij betrokken (door huisvesting te regelen).
- Er is passende hulp bij de (vernieuwde) diagnose bij moeder.

Welke verbeterpunten zien de betrokkenen zelf?
De betrokken professionals zien in deze casus niet veel verbeterpunten. Wel geven ze aan dat er in het begin nog te veel verschillende hulpverleners bij betrokken waren, waardoor er niet voldoende overzicht was. Het stroomlijnen van de hulpverlening had sneller gekund. Ook vinden de betrokken professionals het jammer dat een autismetraject bij de eerste organisatie niet van de grond is gekomen. Ze denken dat dat goed voor moeder zou zijn geweest. Moeder is over het geheel erg tevreden met de hulpverlening die ze heeft ontvangen. Ze vond wel dat de overdracht van haar centrale contactpersoon bij Beter Thuis naar haar opvolger soepeler had gekund.

Wat was er gebeurd zónder de pilot volgens betrokkenen?

Uithuisplaatsing en wonen bij vader (meest waarschijnlijk)

De reeds betrokken organisaties blijven erbij betrokken met een versnipperde en minder intensieve aanpak. De situatie was verder geëscaleerd, omdat moeder minder steun zou hebben gehad, waardoor Veilig Thuis erbij betrokken was geraakt en er waarschijnlijk een OTS was uitgesproken voor de periode van zes maanden. Mogelijk was het dan ook tot een uithuisplaatsing gekomen. Waarna vader waarschijnlijk een woning had gekregen en de dochter bij hem had kunnen wonen. De hulpverlening was in dit scenario versnipperd gebleven.

Wonen bij vader met versnipperde zorg (minder waarschijnlijk)

De reeds betrokken organisaties blijven betrokken met een versnipperde aanpak. De gemeente heeft sneller (dan nu het geval was) een woning voor vader gevonden, zodat de dochter bij hem kan wonen. Hulpverlening was versnipperd gebleven. In beide scenario's was het voordeel van Beter Thuis gemist en had dit minder goed voor het gezin uitgepakt. De situatie was instabieler en minder overzichtelijk geweest.

Inschatting van kosten en baten

Zonder Beter Thuis waren er minder mogelijkheden om in te spelen op de behoeften van de moeder. Zelf zegt ze dat een enkele keer iets wat ze wilde niet mogelijk was, maar dat er verder altijd iets geregeld kon worden. Het voordeel van Beter Thuis was dat er intensieve hulpverlening kon worden ingezet, met meerdere huisbezoeken per week en meer coördinatie. Daarbij werd de expertise van jeugdhulp en de behandeling gebundeld en was er de vrijheid om te doen wat nodig was, waardoor maatwerk kon worden geleverd in plaats van dat vanuit een bepaald protocol gehandeld moest worden. Zonder Beter Thuis waren er minder uren en minder flexibiliteit geweest. Daardoor is een Veilig Thuis-melding voorkomen en heeft alle hulp vrijwillig kunnen plaatsvinden. Op de heel korte termijn heeft de intensieve Beter Thuis-aanpak tot meer ureninzet en hogere kosten geleid. Op de wat lagere termijn zijn verdere escalatie van de problematiek, en daarmee veel hogere kosten, voorkomen.

Casus 7: Moeder en agressieve, criminele ex

Werkwijze: Beter Thuis

Een moeder woont samen met haar drie kinderen. De oudste twee gaan naar school en de jongste is elke dag thuis met moeder. Moeder werkt niet en leeft van een Wajong-uitkering. Ze kan hier moeilijk van rondkomen en heeft financiële problemen. Er woont veel familie in de omgeving, waar moeder ook goed contact mee heeft. Met de vader van haar oudste kinderen is het contact goed, maar met de vader van het jongste kind zijn er grote problemen. Er was en is sprake van huiselijk geweld. Deze ex wil nog steeds een relatie met moeder en komt op onregelmatige momenten langs. Moeder wil dit niet, maar het lukt haar niet om hem buiten de deur te houden en de bezoeken gaan gepaard met veel ruzies.

Veilig Thuis heeft het gezin aangemeld bij Beter Thuis wegens het huiselijk geweld in combinatie met parentificatie van het oudste kind en paniekaanvallen en boosheid van moeder richting de kinderen. De politie was er al bij betrokken vanwege het huiselijk geweld en daarvoor liep een aangifte tegen vader. Moeder was van mening dat hulp niet nodig was en had zelf ook negatieve ervaringen met hulpverlening als tiener. Door bemiddeling van haar moeder en de moeder van haar (gewelddadige) ex, stemt ze wel in met hulp.

Hoe zag de begeleiding eruit?

Kennismaking en diagnose

De kennismakings- en diagnosefase was intensief en kenmerkte zich door wantrouwen en weerstand bij de moeder. Betrokkenen vanuit Beter Thuis waren twee ambulant behandelaren, die moeder elke week twee- tot driemaal spreken: een orthopedagoog en gz-psycholoog voor de kinderen en een verpleegkundig specialist ggz voor moeder. Daarnaast kwam de wijkagent wekelijks langs. Op advies van deze agent werd besloten om de gesprekken niet meer bij moeder thuis te doen, maar op kantoor. Moeder ervoer de gesprekken als belastend en was het ook niet eens met de uitkomsten van de diagnosefase, vooral niet met de uitkomst dat ze nog meer beveiligingsmaatregelen moest nemen.

Vervolgens startte een onderhandelingsperiode over wat nodig was voor de veiligheid en ontwikkeling van de kinderen. Veilig Thuis stelde eisen en gaf aan dat er een OTS in het vooruitzicht lag. De eisen waren onder meer het niet meer binnenlaten van haar ex en veiligheidsafspraken met de school van de kinderen. Moeder stemde in en wees de optie van een blijf-van-mijn-lijfhuis af. Omdat de volledige zorg voor de jongste, die erg pittig was, moeder erg zwaar viel, werd een sociaal-medische indicatie (SMI) goedgekeurd, zodat de jongste drie dagen naar de kinderopvang kon. Toen vader vast kwam te zitten vanwege eerdere mishandeling van moeder, gaf dit rust en veiligheid. Na twee maanden kwam hij echter onverwachts vrij. Moeder had in deze periode last van paniekaanvallen en nam dan contact op met de ambulant behandelaren.

Eerst fase behandeling
Mede vanwege de dreiging van een OTS werkte moeder mee aan behandeling en ambulante begeleiding. De diverse behandelingen die volgden, leidden tot meer rust bij moeder en kinderen. Moeder vond het wel lastig dat ze tot sommige dingen werd gedwongen, zoals een IQ-onderzoek van de oudste en onderzoek naar de taalontwikkeling van de jongste. Er waren zorgen over het oudste kind, omdat die op school niet goed kon meekomen, de gebeurtenissen thuis nog niet had verwerkt en er thuis ook niet over werd gesproken. De gz-psycholoog had spelcontacten met de oudste. Tegelijkertijd sprak moeder met een ambulant behandelaar. Ook werd een hechtingsinterventie ingezet voor moeder en de jongste.

In deze periode waren moeder en professionals dichter bij elkaar gekomen qua visie op wat nodig was. Moeder zag in dat de kinderen nog last konden hebben van eerdere gebeurtenissen.

Gedurende het traject met de verpleegkundig specialist ggz werd moeder steeds opener en is ook EMDR-therapie opgestart.

Behandeling met groepstraining
In deze periode is vanuit Youz Groepstraining Preventie voor kinderen in lastige situaties ingezet. Moeder vond de tips prettig en besefte dat ze wel veel meegemaakt had. Een kantelpunt voor moeder was een gesprek over welke rol bij het kind hoort en welke bij de ouder. Daarna pakte ze zelf weer meer haar ouderrol. De sessies met de verpleegkundig specialist ggz en EMDR liepen in deze periode door. Dat gold ook voor de ambulante behandeling. In deze periode waren er ook sessies van de gz-psycholoog met de jongste en is met een hechtingsbevorderend spel gewerkt aan vergroting van het gevoel van basisveiligheid bij het kind en stimulering van sensitief en wederkerig/ plezierig contact tussen moeder en kind.

Waar heeft de aanpak toe geleid?
De gewelddadige ex komt niet meer langs. Moeder heeft hem door haar opstelling duidelijk gemaakt dat hij niet meer welkom is en zij geen relatie meer met hem wil. Moeder heeft veel stappen gezet en er is veel meer rust en stabiliteit in het gezin ontstaan. De gestelde doelen zijn behaald, waaronder: 1. moeder pakt haar ouderrol en begrenst de kinderen, 2. moeder volgt individuele behandeling en beseft dat hulp voor haar gezin nodig is en 3. de weerbaarheid van moeder richting haar ex is vergroot. Moeder vindt het spannend dat Beter Thuis nu afgesloten gaat worden. Er blijft ondersteuning, maar of ze een klik heeft met deze voor haar nieuwe hulpverleners, weet ze nog niet. Kinderopvang (SMI) is nog met een half jaar verlengd. De aanpak heeft tot het volgende geleid:

- Een passende, integrale aanpak voor zowel moeder als kinderen.
- Er was door de Beter Thuis-aanpak een brede samenwerking en afstemming tussen de betrokken professionals. Dit werd ook bevorderd doordat ze vanuit dezelfde locatie en hetzelfde team werkten.
- De verschillende hulptrajecten voor het gezin konden nu goed gefaseerd worden en op elkaar afgestemd.
- Voor moeder was het belangrijk dat Beter Thuis er steeds was en haar het gevoel kon geven er altijd voor haar te zijn. Dit heeft haar vertrouwen gegeven. In het begin heeft de angst voor een OTS moeder geholpen om hulp toe te laten.

Welke verbeterpunten zien de betrokkenen zelf?
De betrokken professionals zien in deze casus weinig verbeterpunten. Het oordeel is dat ze de beoogde werkwijze van Beter Thuis hier echt goed hebben kunnen toepassen. Ook de afstemming met een externe partij als Veilig Thuis verliep goed en was belangrijk voor het uiteindelijke succes.

Wel was deze aanpak erg intensief. Er waren veel contactmomenten en tijdsinzet vanuit Beter Thuis voor nodig. De professionals zien ook achteraf echter geen beter alternatief en zijn van mening dat deze tijdsinvestering ook echt nodig was om resultaat te kunnen boeken.

Wat was er gebeurd zónder de pilot volgens betrokkenen?
De situatie met de ex-partner was erg bedreigend en als Veilig Thuis niet naar Beter Thuis had kunnen verwijzen, had Veilig Thuis moeder verwezen naar JGH, die vervolgens Jeugdformaat en/of v-ggz had ingeschakeld. Waarschijnlijk had JGH ook een SMI-aanvraag gedaan en was er ook kinderopvang voor het jongste kind gekomen.

De verwachting van de professionals is dat Jeugdformaat geen voet aan de grond had gekregen bij moeder. De v-ggz had wel contact gezocht met jeugdhulp, maar dan was het trauma bij de moeder waarschijnlijk niet bovengekomen en zou alleen op de paniek van moeder zijn gefocust. Als Jeugdformaat en JGH denken dat er onvoldoende hulp in het gezin is, wordt er waarschijnlijk een OTS uitgesproken en als moeder dan nog niet meewerkt een uithuisplaatsing (UHP). De angst voor een UHP was voor moeder groot, mogelijk was dit reden geweest om Jeugdformaat dan wel binnen te laten. Als hulp vanuit de v-ggz niet van de grond zou zijn gekomen, was een gezinsopname van zeker enkele maanden een mogelijkheid geweest, maar moeder had zich hiertegen zeker verzet.

De betrokken partijen hadden niet dezelfde tijdsinzet als Beter Thuis aan de casus kunnen besteden. Terwijl dit in de werkelijkheid juist cruciaal is geweest om vertrouwen en medewerking van moeder te krijgen.

In alle scenario's was de samenwerking tussen jeugdhulp en v-ggz en vooral de medewerking van moeder zeer waarschijnlijk niet voldoende van de grond gekomen. Hierdoor zouden de verschillende partijen ook niet alle relevante informatie en diagnoses over alle gezinsleden hebben gehad. In de regel doet v-ggz ook geen bemoeizorg.

Het meest aannemelijk is dat de hulpverlening te beperkt zou zijn geweest en moeder in feite in dezelfde situatie zou zijn gebleven.

Er zou een zeer grote kans zijn geweest dat moeder de banden met de ex-partner niet had kunnen verbreken en mogelijk zelfs weer een relatie was aangegaan. Gezien alle gebeurtenissen in het verleden en het gewelddadige karakter van de ex zou een verdere escalatie en zelfs het volledig uit de hand lopen van de situatie een zeer reële mogelijkheid zijn geweest, geven betrokkenen aan.

Inschatting van kosten en baten

Zonder Beter Thuis was er in het meest waarschijnlijke scenario op korte termijn minder zorg ingezet en waren de kosten lager geweest. Op termijn zou de escalatie van het huiselijk geweld geleid hebben tot een onhoudbare situatie en zou een zware interventie nodig zijn geweest, waaronder een OTS en daarna, als moeder dan nog niet meewerkte, ook een UHP. Dit had ook kunnen leiden tot een sterke escalatie van de kosten, die zeer waarschijnlijk ook duidelijk hoger hadden gelegen dan nu het geval is geweest met de inzet vanuit Beter Thuis. Kortom: de pilot heeft kwalitatief geleid tot een beter resultaat voor moeder en haar kinderen en op langere termijn tot lagere (financiële) kosten voor de samenleving.

Casus 8: Moeder, oma en drie kinderen

Werkwijze: Beter Thuis

Bij de aanmelding bij Beter Thuis bestaat het gezin uit moeder, oma en drie kinderen, van wie de oudste meerderjarig is. Het is een samengesteld gezin: de kinderen hebben alle drie een andere vader. De vader van het jongste kind is in beeld. De moeder van moeder (hierna 'oma' genoemd) woont ook bij het gezin in en is medeopvoeder. Omdat de vader van het jongste kind huiselijk geweld heeft gepleegd, woont het gezin op een geheime locatie en is vader een huisverbod opgelegd. Omdat alle gezinsleden problematiek hebben, zowel psychische als fysieke, wordt de gezamenlijke hulpvraag te zwaar voor de reeds erbij betrokken organisaties (Youz, Opvoedpoli en maatschappelijk werk). JGH heeft besloten dat er te veel speelt in dit gezin, met veel verschillende hulpverleners, dat het beter is om alle hulp in één organisatie onder te brengen, en heeft het gezin daarom bij Beter Thuis aangemeld.

Hoe zag de begeleiding eruit?

Opstarten en analysefase

Het startgesprek door Beter Thuis werd gevoerd bij het gezin thuis met moeder, oma en zeven hulpverleners van de erbij betrokken organisaties. Vader was niet aanwezig, maar heeft toestemming gegeven voor de betrokkenheid van Beter Thuis. In acht weken tijd vonden er verschillende gesprekken en onderzoeken plaats door professionals met moeder, oma en kinderen. Voor de beeldvorming bij de kinderen lag er al veel informatie van Youz. De verpleegkundig specialist v-ggz gaf moeder en daarna ook oma uitleg over posttraumatische stressstoornis (PTSS) en voerde een screening uit.

De systeemtherapeut sprak tweemaal met moeder en oma en de kinderpsycholoog verzorgde een screening van de oudste twee kinderen. De kinderpsychiater screende het jongste kind. Dit was eerder al in contact met deze psychiater en had ook al medicatie. De gezinsbehandelaar voerde meerdere gesprekken met alle gezinsleden en ook een keer met vader om de situatie in beeld te krijgen. Ook waren er vanuit Beter Thuis contacten met JGH en de school van de kinderen.

Reakt heeft de financiën in beeld gebracht en geholpen met subsidies aanvragen, onder meer voor een scootmobiel voor moeder (vanuit de Wmo). En vanuit de gemeente werd budgetbeheer ingezet.

Aan het einde van de analysefase was nog veel onduidelijk voor het gezin. Moeder was ook druk bezig met allerlei medische afspraken wegens haar psychosomatische klachten. Ook was ze druk bezig haar financiën op orde te krijgen. Het oudste kind zat inmiddels in de daklozenopvang, omdat hij het huis uit was, maar geen onderdak had. Iedereen sliep slecht in deze periode en ze hadden veel overlast van de buren. Ook waren er zorgen over een van de kinderen (zoon), die psychische problemen had en in het verleden gemanipuleerd was door vader. Er waren daarom zorgen of hij eigenschappen van zijn vader had overgenomen. Aan het einde van de analysefase werd besloten om eerst traumabehandeling te starten voor moeder en oma, zodat zij er daarna beter voor de kinderen konden zijn als die met hun traumabehandeling zouden starten.

Behandeling Beter Thuis
In de behandelperiode is ingezet op de individuele problematiek bij de gezinsleden en was er aandacht voor de omgang met elkaar in het gezin. Moeder en oma kregen in deze periode traumabehandeling van een verpleegkundige specialist ggz, gevolgd door EMDR-therapie. Ook een van de kinderen kreeg EMDR-therapie. De regiebehandelaar en gz-psycholoog hebben met behulp van Words & Pictures het verhaal van de traumatische gebeurtenissen gemaakt. De ambulante behandeling vanuit Beter Thuis richtte zich op het gezinsleven. Er zijn afspraken gemaakt over hoe met elkaar om te gaan. Daarnaast waren er gesprekken op de scholen van de kinderen. Na een geweldsincident op school voerde de orthopedagoog gesprekken met een van de kinderen. Daaruit kwam naar voren dat het agressieve gedrag van het kind voortkwam uit trauma's. Het kind werd hiervoor behandeld bij een psychiater, met positief resultaat.

Met het toenemen van stabiliteit in het gezin vonden er ook gesprekken tussen moeder en het oudste kind plaats over hoe om te gaan met personen in het criminele circuit. Zo zag moeder nu in dat ze geen nieuwe spullen meer van haar kind kon aannemen als niet duidelijk was hoe die eraan gekomen was. Ook heeft moeder duidelijk gemaakt wat grenzen zijn. Het oudste kind zag de verbeteringen in het gezin en zocht nu ook zelf hulp.

Wat heeft de ondersteuning opgeleverd?

1. Afname van traumagerelateerde klachten
Voor de behandeling was het leven van oma grotendeels stil komen te staan. Alles draaide om het gezin van haar dochter. De traumabehandeling heeft goede resultaten opgeleverd en oma pakt haar eigen leven weer op. Ze is nog steeds medeopvoeder in het gezin en heeft een goede invloed op de thuiswonende kinderen.

De traumabehandeling was heftig voor moeder, met onder meer fysieke reacties, maar heeft er wel voor gezorgd dat het nu een stuk beter met haar gaat. Ze heeft minder nachtmerries en herbelevingen, durft de deur weer uit en kan nu betere gesprekken voeren met oma over de gezinssituatie. Ook de fysieke klachten van moeder zijn verminderd. Daarbij is met de ambulante behandeling belangrijke vooruitgang in de onderlinge omgang in het gezin gerealiseerd. Zo is bijvoorbeeld gewerkt aan het inzicht dat iedereen een eigen perspectief heeft op een situatie en dat het belangrijk is dat te beseffen en te accepteren. Hierdoor zijn er nu minder confrontaties en is er meer rust in huis gekomen. Moeder heeft geleerd echt haar moederrol op zich te nemen; dit heeft geleid tot duidelijkheid en rust. Moeder, oma en kinderen durven inmiddels ook meer naar buiten te gaan en doen ook vaker leuke dingen als gezin samen. De kinderen fietsen naar school. Dit hebben ze geoefend met de ambulant behandelaar. Omdat de snelste route naar school dicht langs het huis van vader loopt, nemen ze wel een andere route.

2. Betere omgang tussen gezinsleden, meer veiligheid
De hoeveelheid hulpverlening in het gezin was groot, maar ook een opluchting voor moeder en oma. Het gaf vertrouwen en rust. Als gevolg van de hulp worden de fysieke ruzies anders aangepakt in het gezin. Moeder neemt het jongste kind apart als het boos wordt. Daarmee biedt ze meer veiligheid aan zowel het jongste kind als de oudere kinderen. Er zijn nog steeds dingen die het gezin niet durft en ze zijn nog steeds bang dat ze vader tegenkomen. Moeder en oma hebben met de kinderen besproken wat te doen als ze vader tegenkomen. Als gevolg van meer rust en stabiliteit thuis is het oudste kind wat meer uit de schulp gekropen. De omgang tussen de andere gezinsleden en het jongste kind (zoon) is veel positiever.

Welke verbeterpunten zien de betrokkenen zelf?

De betrokken professionals zien in deze casus niet veel verbeterpunten. Er waren met name in het begin veel verschillende hulpverleners bij betrokken, maar gezien het aantal gezinsleden en de problematiek van elk gezinslid en het gezin als geheel was dat ook wel nodig. De hoeveelheid hulpverlening was wel zwaar voor moeder, maar ze haalde er ook rust en kracht uit.

Wat was er gebeurd zónder de pilot volgens betrokkenen?

De hulpverlening vanuit Youz en de opvoedpoli had nog een korte tijd doorgelopen, maar zou dan zijn gestopt, omdat deze eigenlijk al was vastgelopen. Maatschappelijk werk van Kwadraad had nog wel blijven doorlopen voor moeder. Moeder had daar veel vragen gesteld over zichzelf, de kinderen en oma. Een belangrijke beperking van maatschappelijk werk was echter geweest dat ze niet thuis bij het gezin komen en een minder goed beeld van de situatie krijgen. Daarnaast zou het snel ophouden als moeder niet voldoende met de adviezen zou doen in de praktijk. Ook budgetbeheer en de inzet vanuit de coördinator Wmo zouden zijn doorgelopen. JGH zou ook betrokken blijven en pogen alle verschillende hulpverlening te laten samenkomen, maar zou dit niet op het niveau van Beter Thuis kunnen doen, omdat JGH daar minder tijd voor heeft. De hulpverlening was daardoor versnipperd gebleven, gericht op elk specifiek probleem en niet op het gezin als eenheid. Moeder zou op een wachtlijst voor traumabehandeling bij de v-ggz zijn gekomen, met een wachttijd van minimaal negen maanden. Eventueel was VUHP (voorkomen uithuisplaatsing) door Jeugdformaat ingezet, maar dan was er geen therapie ingezet.



Doordat er een minder intensieve inzet was geweest, had het langer geduurd voordat gestart kon worden met traumabehandeling. De traumabehandeling was uiteindelijk wel ingezet, maar veel later en minder effectief, omdat er meer onrust thuis zou zijn geweest door het ontbreken van de ambulante behandeling gericht op de thuissituatie. De jongste zoon was in zijn geïsoleerde positie in het gezin en 'onruststokersrol' gebleven. Hij was mogelijk opgenomen wegens zijn angst en psychiatrische klachten. Door de angsten (om naar buiten te gaan) en onrust in het gezin waren de kinderen waarschijnlijk thuis komen te zitten. De problematiek van de kinderen was niet minder geworden en waarschijnlijk verergerd zolang de situatie van moeder niet verbeterde. Als dat te lang had geduurd, zou de Raad voor de Kinderbescherming in beeld zijn gekomen voor onderzoek naar de noodzaak van een UHP van de kinderen. Oma was uit beeld gebleven voor traumabehandeling en was in deze periode niet toegekomen aan het oppakken van haar eigen leven door de aanhoudende problemen.

Inschatting van kosten en baten

Door Beter Thuis was het mogelijk om vanuit een centrale visie en samenhangende aanpak te werken aan het gezin als geheel, maar ook aan alle individuele leden van het gezin. Daarbij was het een groot voordeel dat het goed mogelijk was om specifieke hulpverlening in te schakelen wanneer dat nodig was, zoals de orthopedagoog voor de jongste zoon. Ook was er geen wachtlijst en kon een intensieve inzet worden gepleegd, die het gezin ook nodig had. Doordat vanuit een centrale organisatie werd gewerkt, kon snel de nodig hulp worden samengebracht. Zonder Beter Thuis waren er minder flexibiliteit en beschikbare tijd geweest. Hierdoor is nu een escalatie van de problematiek voorkomen. In welke mate is niet vast te stellen, maar gezien de hoeveelheid en ernst van de problematiek is het zeer aannemelijk dat moeder gedeeltelijk of geheel zou zijn uitgevallen en/of dat de situatie van de kinderen dermate was verslechterd dat ingrijpen met een UHP nodig was geweest.

In eerste instantie heeft de intensieve Beter Thuis-aanpak hogere kosten gemaakt dan de traditionele aanpak zonder de pilot. Op de wat lagere termijn zijn verdere escalatie van de problematiek en daarmee veel hogere kosten voorkomen.

4 Discussie en conclusie



In dit onderzoek hebben wij getracht grip te krijgen op de meerwaarde en verbeterpunten van de inzet van v-ggz in jeugdhulptrajecten in de pilots in de regio Haaglanden. Hieronder komen we per onderzoeksvraag tot conclusies.

Wat zijn in de diverse pilots het doel, de doelgroep en de werkwijze in de aanpak om de inzet vanuit v-ggz in jeugdhulptrajecten te realiseren?

De pilots verschillen in opzet, omvang en bemensing (zie hoofdstuk 2: Beschrijving van de pilots), maar hebben alle de bedoeling om de zorg te verbeteren bij gezinnen waarin sprake is van in ieder geval psychische problematiek en/of verslaving bij een of beide ouders, in combinatie met jeugdproblematiek. Hierbij gaat het in de praktijk niet enkel om de inzet van 'extra' v-ggz in jeugdhulptrajecten, maar ook om het verbinden van hulp rond volwassenenproblematiek en jeugdproblematiek in gezinnen.

Wat is de meerwaarde van de inzet van v-ggz in jeugdhulptrajecten op kortere en langere termijn voor a. kinderen, b. gezinnen en c. de maatschappij ten opzichte van de aanpakken zonder deze inzet?

Hoewel geen onderzoek is uitgevoerd naar elke afzonderlijke pilot en de pilots sterk verschillen, zijn er wel een aantal patronen zichtbaar in de casussen. Deze patronen laten zien wat de meerwaarde is van aandacht voor de samenhang en integratie van hulpverlening rond jeugdproblematiek en psychische problemen bij ouders. Hieronder gaan we in op de meerwaarde van een aantal kenmerken van de pilots: 1. Sterke casusregie, 2. Professionele speelruimte, 3. Gezamenlijke afweging en analyse, 4. Gezamenlijke aanpak, 5. Informatie delen en 6. Lerend effect.

1. **Sterke casusregie: een vast aanspreekpunt voor gezinnen en hulpverleners**

Bij de onderzochte casussen is sprake van complexe, meervoudige problematiek. Vaak is een groot aantal partijen betrokken bij het gezin. Voor gezinnen is het moeilijk overzicht te houden over het netwerk van professionals. In de casussen is in de meeste gevallen sprake van een vast contactpersoon vanuit de pilot. Een vast contactpersoon heeft voor het gezin grote meerwaarde. Een gezin heeft met diegene een helder aanspreekpunt, een persoon die zij leren kennen en in vertrouwen nemen en iemand die de gedeelde, gezamenlijke boodschap kan communiceren naar het gezin. De regisseur heeft een belangrijke rol in het verbinden van de verschillende lijnen van zorg en ondersteuning in het gezin, waaronder jeugdhulp en v-ggz. De regisseur kan niet altijd alle problemen in de samenwerking oplossen, maar signaleert, erkent en bespreekt ze met het gezin en maakt waar nodig verbinding met andere hulpverleners.

2. **Professionele speelruimte: vrije ruimte binnen pilotsetting zorgt voor passende hulp**

In de onderzochte casussen is er – vanuit de pilots – een bepaalde mate van vrije ruimte voor een of meer professionals. Dit betekent dat er buiten indicaties mogelijkheden zijn om het gezin te ondersteunen, de zorg te coördineren en jeugdhulp en v-ggz meer op elkaar af te stemmen. Ouders en professionals zien deze vrije ruimte als een belangrijke kracht van de pilots. Met de vrije ruimte kunnen professionals namelijk snel handelen bij een acuut probleem, waar zij normaliter eerst moeten zoeken naar een aanbieder die de hulp kan bieden. Snel handelen kan betekenen dat problematiek minder de kans krijgt verder te escaleren. Bovendien kan er vanuit deze vrije ruimte overbrugging geboden worden terwijl men wacht op passende ondersteuning.

3. **Gezamenlijke afweging en analyse: sneller passender ondersteuning en minder stapeling van zorg**

In de onderzochte casussen worden verschillende disciplines – waaronder jeugdhulp en v-ggz – betrokken in het analyseren van de hulpvraag en het zoeken naar passende ondersteuning. Deze gezamenlijke analyse heeft volgens professionals veel meerwaarde. De diversiteit aan expertise leidt tot een betere analyse van welke problematiek er speelt. Daarnaast is er meer kennis aan tafel over bestaand, passend aanbod voor het gezin. Bovendien kan (vanuit bovengenoemde vrije ruimte) zorg sneller ingezet worden, doordat professionals direct verbonden zijn en snel kunnen schakelen. Tot slot wordt zorg ook meer in samenhang gearrangeerd: er wordt gekeken naar het gehele gezinssysteem in plaats van naar ieders individuele problematiek. Dat leidt soms tot een nieuwe vorm van ondersteuning, maar kan ook betekenen dat bepaalde zorg (nog) níet wordt ingezet, om niet te veel tegelijkertijd te starten. Stapeling van zorg wordt zo voorkomen.

4. **Gezamenlijke aanpak: integraal werken leidt tot meer consistentie en afstemming met het gezin**

Gezinnen met multiproblematiek hebben vaak te maken met tegenstrijdige berichten en meningen. Verschillende hulpverleners hebben vaak ook niet de mogelijkheid om tot een consistent verhaal richting het gezin te komen. In de pilots is te zien dat – onder de deelnemers van de pilots althans – er meer consistente communicatie richting het gezin is, doordat professionals afstemmen wat hun gezamenlijke boodschap aan het gezin is. Voor gezinnen kan dit leiden tot meer vertrouwen in de ondersteuning: zij hoeven niet af te wegen naar wie zij het beste kunnen luisteren en er is nagedacht over wat er gemeld wordt.

Door de samenwerking tussen verschillende disciplines kunnen professionals meer als één stem naar het gezin communiceren, vanuit de gezamenlijke visie van de pilot/ het team. Voor het gezin is dit prettig, omdat de leden dan geen tegenstrijdige geluiden horen en hun verhaal niet meerdere keren hoeven te vertellen. Maar professionals zien ook de waarde van samenwerken in het feit dat gezinnen zo makkelijker gemotiveerd kunnen worden om hulp te accepteren: het is overtuigend en motiverend wanneer verschillende hulpverleners het plan steunen. Hierdoor werd bijvoorbeeld een ouder gemotiveerd om mee te gaan in het advies om verslavingszorg te krijgen en was de drempel lager om aan traumaverwerking te beginnen.

5. Informatie delen veel gemakkelijker binnen pilots

Binnen de pilots werken verschillende disciplines samen, vaak vanuit verschillende organisaties. Informatie delen – een belangrijke bottleneck bij interdisciplinair samenwerken – wordt binnen de pilots als makkelijker ervaren. Wanneer er partijen van buiten de pilot bij betrokken zijn, bijvoorbeeld een jeugdhulpinstelling of een v-ggz organisatie, speelt dit probleem echter nog steeds.

Privacywetgeving blijft in de weg zitten, ook binnen de pilots. Er zijn nu eenmaal zeer strenge regels voor het delen van persoonsgegevens, met name wanneer dit medische gegevens zijn. Een pilot kan dit niet veranderen, hoewel er wel wordt getracht de ruimte binnen de wetgeving zoveel mogelijk te benutten.

6. Interdisciplinair samenwerken kent lerend effect

In de pilots werken professionals uit verschillende disciplines samen. Professionals ervaren deze samenwerking als collegiaal en verrijkend en maken dankbaar gebruik van elkaars expertise. Maar ook leren zij van elkaar, met name door gezamenlijk afwegingen te maken, gebruikmakend van elkaars kennis, ervaring en expertise.

Wat zijn de kosten van de inzet van v-ggz in jeugdhulp-trajecten en wie betaalt deze?

In vier gezinnen is hulp vanuit de v-ggz toegevoegd aan de trajecten, waarbij het in drie gevallen gaat om traumabehandeling die vanuit de pilot geboden wordt. In een van deze gezinnen was er zonder de pilot helemaal geen v-ggz-ondersteuning geweest. Daarnaast wordt er in de meeste casussen expertise ingewonnen bij v-ggz- (en verslavingszorg-)professionals die zijn aangesloten bij de pilots. De ambulante behandeling van de ouders wordt hiermee afgestemd op de psychische problemen van de ouders. Ook wordt in de casussen getracht de samenwerking en samenhang tussen lopende ondersteuning vanuit jeugdhulp en v-ggz te versterken.

Omdat er naast de inzet en expertise van v-ggz ook extra inzet is rondom casusregie, het voeren van multidisciplinair overleg en het afstemmen tussen disciplines, is het niet mogelijk om de precieze kosten van de inzet van v-ggz los te berekenen. De werkwijze in de pilots is vaak intensiever op de korte termijn, maar op de langere termijn kunnen problematiek en aanvullende kosten waarschijnlijk bespaard worden. De benoemde meerwaarde van de pilots is voor een belangrijk deel afhankelijk van de ruimte die professionals hebben om interdisciplinair af te stemmen. Er bestaat een risico dat bij het aflopen van de pilots deze mogelijkheid verdwijnt, omdat deze inzet moeilijk gekoppeld kan worden aan indicaties of productcodes.

Welke verbeteringen zijn mogelijk in de aanpak die in de pilots wordt gehanteerd waar het de inzet van v-ggz in jeugdhulptrajecten betreft?

Op basis van het verloop van de ondersteuning en de ervaringen van betrokkenen binnen de onderzochte casussen komen we tot de volgende algemene verbeter-punten voor de samenwerking met externen, wachttijden en motivatie van gezinnen.

1. Samenwerking met externen: partijen buiten de pilot (inclusief v-ggz) niet goed aangesloten

In de onderzochte casussen speelt complexe problematiek, waarbij ook partijen buiten de pilot betrokken zijn. Het afstemmen van de ondersteuning met deze externe partijen bleek moeilijk. Zo is in meerdere casussen te zien dat een behandeling wordt afgesloten, omdat er onvoldoende voortgang is door de problemen die er binnen het gezin spelen. Dit werd niet afgestemd met de professionals binnen de pilots, waardoor zij niet tijdig konden anticiperen op het afsluiten van deze behandeling. V-ggz-professionals wijzen er ook op dat informatie niet altijd gedeeld mág worden. In deze casussen worden problemen in samenwerking tussen v-ggz en jeugdhulp duidelijk.

2. Wachttijden: capaciteitsproblemen zitten passende hulp in de weg

Het gezamenlijk en snel afwegen wat passende hulp voor het gezin is, is een belangrijke meerwaarde van de interdisciplinaire samenwerking binnen de pilots. De wachtlijsten die er bestaan, zowel bij jeugdhulp als v-ggz, zitten het bieden van passende hulp echter in de weg. Hoewel er vanuit de pilots vaak een vorm van overbrugging mogelijk is, of alternatieve mogelijkheden met kortere wachttijd worden voorgesteld, blijven kansen onbenut om snel en effectief hulp te bieden. In meerdere onderzochte casussen is de situatie verergerd, doordat er niet snel genoeg passende hulp kon worden ingezet.



Een belangrijke meerwaarde van de pilots is dat de wachttijd voor de pilots zeer beperkt is. Snel kunnen handelen draagt eraan bij dat verdere verergering van problematiek voorkomen en snel passende hulp gevonden wordt. In een van de onderzochte casussen bleek echter een wachttijd te bestaan voor de inzet van Beter Thuis. Bij één casus wordt opgemerkt dat Beter Thuis inmiddels zo'n omvangrijke organisatie is dat verschillende onderdelen op afstand van elkaar zijn komen te staan. Integraliteit vraagt om brede expertise, wat weer vraagt om meer personele bezetting. Groei kent echter ook nadelen.

3. Aandacht voor de motivatie van gezinsleden: integraliteit betekent meer professionals in het gezin

Een gezamenlijke aanpak betekent ook meer professionals in het gezin. Een grotere hoeveelheid aan betrokken professionals kan voor een gezin belastend zijn op de korte termijn. Hulpverleners geven daarom aan dat betrokkenheid van, aandacht voor en motivatie bij alle gezinsleden van groot belang is voor het slagen van trajecten. Er is echter niet in alle casussen aandacht besteed aan de motivatie van álle gezinsleden. Professionals geven zelf aan dat dit een verbeterpunt is: vaak worden vooral de gezinsleden met de (zwaarste) problematiek meegenomen in de overwegingen. Dit kan het slagen van een aanpak in de weg zitten. Wanneer een gezinslid op een later moment (alsnog) aanhaakt, kunnen er weer stappen gezet worden in de begeleiding van het gehele gezin.

Gezien de grotere hoeveelheid betrokken hulpverleners in een gezin is de integrale aanpak op de korte termijn niet kostenbesparend, maar vraagt juist om een extra investering. Een samenwerking tussen jeugdhulp en v-ggz is dus geen manier om snel kosten te besparen.

Referenties



Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). *Betere verbinding tussen professionals in de jeugdzorg en volwassenen-ggz*. Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Voor Jeugd & Gezin. Gedownload op 12-6 via **https://www.voordejeugdenhetgezin.nl/documenten/publicaties/2022/06/01/betere-verbinding-tussen-jeugdhulp-en-volwassenen-ggz**.

Ende, P.C. van der, Busschbach, J.T. van, Nicholson, J., Korevaar, E.L., & Weeghel, J. van (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 23*, 86-97.

Falkov, A., Goodyear, M., Hosman, C.M.H., Biebel, K., Skogøy, B.E., Kowalenko, N., Wolf, T., & Re, E. (2016). A systems approach to enhance global efforts to implement family-focused mental health interventions. *Child & Youth Services, 37*(2), 175-193.

Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Havinga, P. J., Boschloo, L., Bloemen, A. J. P., Nauta, M.H., de Vries, S.O., Penninx, R.A., & Hartman, C. A. (2017). Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry, 78*(1), 8-17.

Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*(9), 784-791.

Bijlage 1:
Formulier casusselectie



Waar zijn we naar op zoek?
In de regio Haaglanden worden vanuit het Transformatiefonds Jeugd een aantal pilots gefinancierd die (onder meer) tot doel hebben om bij gezinnen met ernstige, complexe problematiek indien nodig inzet en/of expertise vanuit de v-ggz te betrekken. Met een casusonderzoek wordt de meerwaarde van deze pilot onderzocht. Wij zijn nu op zoek naar casuïstiek uit deze pilots.

We zoeken naar sprekende voorbeelden vanuit deze pilots, maar dat hoeven niet allemaal succesverhalen te zijn. We zoeken naar **gezinnen die al langere tijd ondersteuning krijgen/hebben gekregen vanuit de pilot** (1-2 jaar). Juist bij die groep kunnen we verschillen zien. Graag ontvangen we **per pilot 4 ingevulde formulieren**. Per pilot selecteren wij hiervan 2 of 3 casussen.

Voor het onderzoek is het van belang dat de meest betrokken hulpverlener vanuit de pilot beschikbaar is om deel te nemen aan het onderzoek.

1. **Contactgegevens casushouder (betrokken hulpverlener vanuit de pilot)**
   Naam:
   Mailadres:

2. **Bij welke pilot is het gezin betrokken?**
- ○ Beter Thuis Zoetermeer
- ○ ntegraal 0-6-team in de wijk
- ○ Beter Thuis Den Haag en omgeving
- ○ GGZ bij JB (JB west)

3. **Deelname interview**
   Naar mijn inschatting zal het gezin:
- ○ geen toestemming geven voor dit onderzoek
- ○ toestemming geven voor dit onderzoek
- ○ deelnemen aan een gesprek

4. **Gezinssamenstelling**

.....

5. **Datum instroom gezin bij pilot (indicatie)**
   __ / __ / _____

   Datum uitstroom (indien van toepassing)
   __ / __ / _____

6. **Als er een groepsgesprek plaatsvindt rondom dit gezin, wie kan er dan uitgenodigd worden?**
   (denk aan 5-7 personen, aan betrokken hulpverleners, sociaal netwerk)

.....
.....
.....
.....

7. **Op welke gebieden waren/zijn er hulpvragen?**
- ○ financiën
- ○ werk
- ○ onderwijs
- ○ dagbesteding
- ○ huisvesting
- ○ huiselijke relaties
- ○ veiligheid
- ○ geestelijke gezondheid
- ○ lichamelijke gezondheid
- ○ middelengebruik
- ○ sociaal netwerk
- ○ maatschappelijke participatie
- ○ justitie

8. **De ondersteuning aan dit gezin is volgens jou ...**
- ○ goed verlopen
- ○ niet goed verlopen

Licht toe:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. **Wat is bijzonder/afwijkend aan het verhaal van ditgezin?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Juni 2023
© 2023 De Haagse Hogeschool

De Haagse Hogeschool
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag
www.dehaagsehogeschool.nl
www.kennisnetwerkjeugdhaaglanden.nl

Auteurs
Marije van der Hulst[1]
Maarten Kwakernaak[2]
Anne Steenbakkers[1]
Ahmed Hamdi[2]
Rob Gilsing[1]

[1] Lectoraat Jeugdhulp in Transformatie, De Haagse Hogeschool
[2] Verwey-Jonker Instituut

Uitgever
De Haagse Hogeschool in samenwerking met het Kennisnetwerk Jeugd Haaglanden

Fotografie
Shutterstock

Vormgeving
Gabriëlle Thijsen
Sandra Slingerland

ISBN
9789083280189