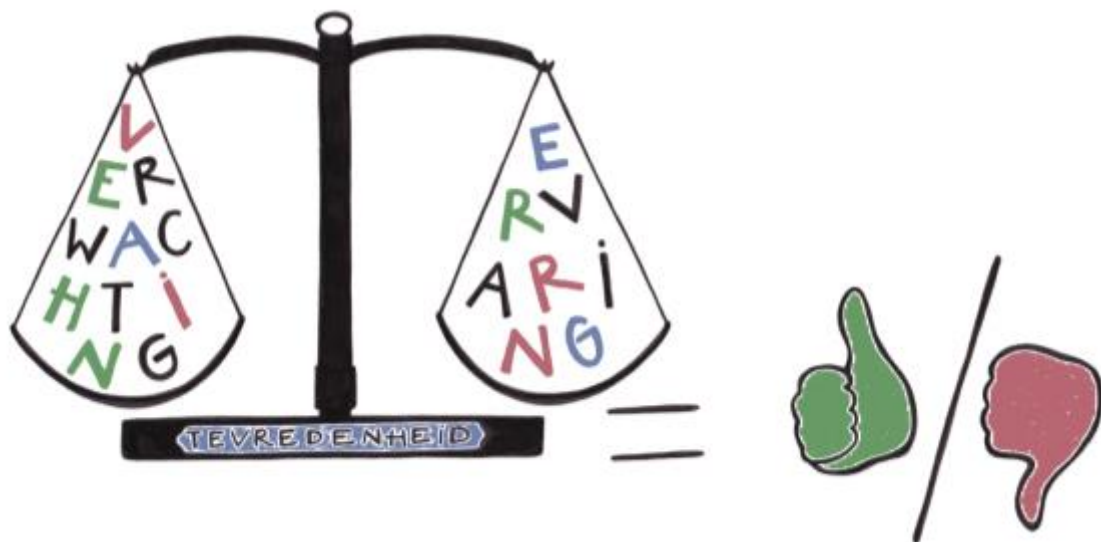


# Klantwaarden

en toeleiding naar

# jeugdhulp

na de decentralisatie



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM  
THESIS MBA-HEALTH, APRIL 2016  
ERWIN BEERS

THESIS BEGELEIDER:  
PROF. DR. J. VAN DE KLUNDERT, CHAIR DEPARTMENT HEALTH SERVICES MANAGEMENT & ORGANISATION

## Voorwoord

Aan het einde van twee inspirerende jaren MBA-health van het Centrum voor Zorgbestuur van de Erasmus Universiteit, kijk ik met veel indruk terug. Wat begon als een rationele keuze om een studie te volgen die passend was bij mijn functie, eindigt als een periode waarin mijn managementovertuigingen stevig ontwikkeld zijn. De MBA-health heeft verbreding en verdieping gebracht, waardoor mijn visie op lange termijn, positionering, strategie en samenhang tussen belangrijke processen concreet is geworden. De focus van creëren van toegevoegde waarde is opvallend geweest; passend voor de zorgsector en een actuele beweging die me erg aanspreekt. Vanuit dit perspectief heb ik deze thesis geschreven. In de gespecialiseerde zorg hebben de hulpverleners, beleidsmakers, de overheden, adviseurs en ikzelf altijd wel een mening over kwaliteit.

Het paradigma om de tevredenheid van cliënten te bekijken vanuit klantwaarde als balans tussen verwachting en ervaring kan, volgens mijn ervaring, beter vertegenwoordigd worden. De toeleiding naar jeugdhulp na de decentralisatie vond ik daarom interessant om te onderzoeken. Wat zijn de uitkomsten ten aanzien van klantwaarde anno 2016, na een ingrijpende wijziging in het toeleidingproces per 1 januari 2015. De input die ik heb verkregen tijdens de MBA-health, hebben inzichten en kennis gebracht om hier nader onderzoek naar te doen. Daarbij mijn dank aan de programmadirectie dr. Elly Breedveld, prof. dr. Inge Bongers en dr. Aad de Roo en de docenten van de MBA-health 2015-2016.

In het bijzonder dank aan prof. dr. Joris van de Klundert als thesisbegeleider. Ten eerste dat je op mijn verzoek als thesisbegeleider wilde optreden; ik zie je als autoriteit op het gebied van kwaliteit en management in de zorg. Middels telefoon en Skype heb ik altijd feedback ontvangen, waar ter wereld we ons op dat moment ook bevonden, die het onderzoek naar mijn inzien sterker heeft gemaakt. Het was werken en leren tegelijk voor mij.

Gedurende het uitvoeren van het onderzoek en opstellen van mijn thesis, heb ik veel ondersteuning ontvangen van diverse collegae. De vanzelfsprekende positieve medewerking die ik kreeg was hartverwarmend. Oprecht bedankt daarvoor! Met name mijn directe collegae: dr. Rob Wielink, Trudy van de Belt, Freya Hornyak MSc., Suzanne Ceelen MSc. en alle hulpverleners die de vragenlijsten hebben afgenomen. Als externe collegae en deelnemers van de panels, dank ik prof. dr. Daniëlle Jansen, Syta Talsma, Anita Modderman, Jenny Klijnsma en de cliëntenraad van Jeugdhulp Friesland.

Tenslotte mijn grootste supporter en echtgenote, Alien Beers. Thanx for keeping up with me!

*Plato presents the following quote by Socrates on Quality: “a general explanation of what feature any object, or action, or person, or accomplishment of any kind, has to have in order to be correctly characterized as highly valued or worth valuing in this broad way (i.e. as being ‘fine’)”*

## Management summary

Responsibility for child welfare services in the Netherlands has, since 1 January 2015, been devolved to municipal councils. As a result of this decentralization, councils are now responsible for child services, including access and finance. In the referral process for child welfare services, there has been a major increase in the number of referrers, in large part as a result of the deployment of neighbourhood and regional teams by municipalities. As a result of the Children’s Act (Jeugdwet 2015), councils have the room to give their own form to the referral process.

The result of the decentralisation and the freedom of municipalities to make their own policy, is that a great deal of variety has arisen in the process of referral to child services. As a result, the referral process has become more complex. The risks arising from increasing variety in referrers and policy can lead to a less than optimal process and “unsatisfactory levels of customer value”. In this research, the level of customer value in the current referral process to child services – in the context of the decentralisation of such services – is clarified and a model for a referral process is designed in order to ensure and maintain quality. In order to make the customer value levels visible, five research questions have been formulated, which can be summarised as “In what ways can the referral process for child services be adapted in order to improve the quality, in particular those qualities which are relevant from a client’s perspective?”.

The research was done in the context of the regional agreements in Friesland with regard to referral to child services. In Friesland there are five referral processes identified by collaborating municipalities. The policy of the three largest municipalities has been examined in order to determine how neighbourhood and regional teams have been locally implemented. The referral routes are particularly focussed on process and policy, which means that there are opportunities to improve customer value. The Frisian processes have developed within the same framework as has been applied elsewhere in the Netherlands.

The theoretical framework of the research is focussed on customer value (Van de Klundert, 2009) and what factors form the basis for dissatisfaction (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 2012). In the research the following definition has been used to explain what constitutes quality; “those units which constitute quality, by which an analysis can be conducted to determine outcomes”. In addition, the seven existing quality instruments used to measure client satisfaction in the child services are examined (Nederlands Jeugdinstituut, 2013). The basis of a redesign is theoretically supported by the model for assessing value in the care system (Porter & Olmsted, 2006) and principals for adding value are described (Borghuis, 2011). Finally, the value of professional clarification of the referral queries is underpinned and elaborated on. If there is sufficient clarity in referral requests, the right sort of services can be chosen, which “means that the manner by which an assessment and decision-making process is applied, contributes to parents and children receiving an adequate response to their request for help and helps solve their problems, reduces them or makes them bearable.” (Bartelink et al., 2010).

The results of the study indicate that the objectives of the old system (Wet op de Jeugdzorg, 2005), in terms of access, are no different from the ambitions behind the decentralization (Jeugdwet, 2015). The reasons that the objectives were not achieved by the previous system have been partially overcome (partitions between the different sectors of child services have been removed) but new obstacles have arisen in their place. As a result, the other weaknesses of the old system, bureaucracy and insufficient expertise, remain as a threat to the process.

The customer value in the referral process can be measured by applying the characteristics of quality care, determined by the validated instrument known as the Client Test (Cliënten-toets). The corresponding questionnaire, with adaption, can be applied and used to measure satisfaction and the quality of care experienced. Experts confirm the following “According to members, the aforementioned units of quality care are more than sufficient and give a good picture of the satisfaction with regards to access to care.” The outcomes of the quantitative data show a satisfaction level of 7.45 on a scale of 1 to 10. The dimension of quality care known as ‘Objective and results’ is experienced as being the most important and the ‘waiting time’ has a strong correlation to satisfaction.

In order to raise the levels of customer value, use can be made of the validated instruments relating to the type of query and in order to clarify requests. As a result of this, one can proceed through the system much quicker and the collection of relevant information can lead to more efficient process of diagnosing. For the duration of the referral process, the number of different plans can be integrated, so that wastage is reduced and clients know what choices they can make which will improve their trust that the care will achieve the desired objectives. Improvements can be retained by using a referral system wherein processes and quality care are specified and space is left available for local freedom in policy. The design and application of a referral model as a chain of value, demands equal input from the organisations involved, with regard to the perspective value to the client.

## Managementsamenvatting

De jeugdzorg in Nederland is sinds 1 januari 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten. Middels deze decentralisatie zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de jeugdhulpverlening, inclusief de toegang en de financiering. In het toeleidingsproces naar jeugdhulp is daardoor een sterke uitbreiding van het aantal verwijzers gekomen, met name door het inzetten van wijk- en gebiedsteams door gemeenten. Gemeenten hebben tevens de ruimte om binnen de kaders van de Jeugdwet (2015) zelf vorm te geven aan de toeleidingprocessen.

Het gevolg van de decentralisatie en de beleidsvrijheid van gemeenten, is dat er veel variatie is ontstaan in de toeleiding naar jeugdhulp. Daardoor is het toeleidingsproces complexer geworden. Risico's van toename in variatie van verwijzers en beleid kunnen leiden tot een suboptimaal proces en 'achterblijvende klantwaarde'. In dit onderzoek is de klantwaarde in de bestaande toeleiding naar jeugdhulp – in de context van de decentralisatie van de jeugdzorg – inzichtelijk gemaakt en is een toeleidingmodel ontworpen om kwaliteit te specificeren en te borgen. Om de klantwaarde inzichtelijk te maken zijn vijf onderzoeksvragen geformuleerd, die als volgt samengevat worden: 'Op welke wijze kan het toeleidingsproces naar jeugdhulp worden aangepast ter verhoging van de kwaliteit, in bijzonder met betrekking tot kwaliteitsdimensies die relevant zijn vanuit klantperspectief?'

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de context van Friese regionale afspraken omtrent de toeleiding naar jeugdhulp. In Friesland zijn vijf toeleidingprocessen gedifferentieerd door de samenwerkende gemeenten. Het beleid van de drie grootste gemeenten is bestudeerd om de lokale uitvoering van wijk- en gebiedsteams te bepalen. De toeleidingroutes zijn met name proces- en beleidsmatig ingericht, waarin nog kansen liggen om de klantwaarde te verbeteren. De Friese ontwikkeling vindt plaats binnen dezelfde kaders als elders in Nederland worden toegepast.

Het theoretisch kader van het onderzoek richt zich op klantwaarde (Van de Klundert, 2009) en welke oorzaken ten grondslag kunnen liggen aan ontevredenheid (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 2012). Daarbij is in het onderzoek de volgende definitie bepaald om kwaliteitsdimensies uit te leggen: 'de eenheden die de kenmerken van kwaliteit vormen, waarmee een analyse kan worden uitgevoerd om uitkomsten te controleren'. Vervolgens zijn de zeven bestaande kwaliteitsinstrumenten ten behoeve van het meten van cliënttevredenheid in de jeugdhulp bestudeerd (Nederlands Jeugdinstituut, 2013). Ten behoeve van de opmaat naar een herontwerp is theorie uitgewerkt over het waardeketenmodel in de zorg (Porter & Olmsted, 2006) en zijn principes van waardetoevoeging vanuit logistiek perspectief benoemd (Borghuis, 2011). Tenslotte is de waarde van professionele vraagverheldering in het toeleidingsproces onderbouwd. Door adequate vraagverheldering kan de juiste keuze voor jeugdhulp gemaakt worden, hetgeen "betekent dat de manier waarop dit beoordelings- en besluitvormingsproces uitgevoerd wordt, eraan bijdraagt of ouders en kinderen de hulp krijgen die een adequaat antwoord op hun hulpvraag biedt en hun problemen oplost, vermindert of draaglijk maakt." (Bartelink et al., 2010).

De resultaten van het onderzoek wijzen uit dat de doelstellingen uit het oude stelsel (Wet op de Jeugdzorg, 2005), ten aanzien van de toegang, niet anders zijn dan de ambities van de decentralisatie (Jeugdwet, 2015). De oorzaken dat de doelstellingen niet gehaald zijn in het vorige stelsel zijn deels opgelost (de schotten tussen de deelsectoren in de jeugdzorg zijn opgeheven), maar er komen nieuwe belemmeringen voor terug. Hierdoor dreigen de andere oorzaken uit het oude stelsel, bureaucratie en onvoldoende deskundigheid, niet opgeheven te worden.

De klantwaarde in het toeleidingsproces kan gemeten worden door kwaliteitsdimensies te hanteren van het gevalideerde instrument de Cliënten-toets. De bijbehorende vragenlijst kan, met aanpassingen, toegepast worden om de tevredenheid en ervaren kwaliteit te meten. Deskundigen bevestigen als volgt: "Volgens de leden zijn de genoemde kwaliteitseenheden ruim voldoende en geeft de vragenlijst een goed beeld over de tevredenheid over de toegang naar de hulpverlening." De

uitkomsten van de kwantitatieve data tonen een tevredenheidscijfer van een 7,45 op een 10-puntschaal. De kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' wordt als meest belangrijk ervaren en de 'wachtijd' heeft een sterke correlatie met de tevredenheid.

Om de klantwaarde te verhogen kan gebruik gemaakt worden van gevalideerde instrumenten om het type hulpvraag en de vraagverheldering te duiden. Daardoor kan het proces sneller doorlopen worden en vormen relevante processchakels toegevoegde waarde, doordat verzamelde informatie tot efficiëntere diagnostiek leidt. Gedurende het toeleidingsproces kan het aantal plannen geïntegreerd worden, hetgeen verspilling wegneemt en zodat cliënten duidelijk weten wat keuzes zijn, er meer vertrouwen in de hulpverlening ontstaat en vertrouwen hebben dat ze de doelen behalen. De verbeteringen kunnen worden geborgd door een toeleidingmodel te gebruiken waarin proces en kwaliteit gespecificeerd worden en ruimte laat voor lokale beleidsvrijheden. Het ontwerpen en uitvoeren van een toeleidingmodel als waardeketen, vraagt een gelijkwaardige inzet van betrokken organisaties vanuit het perspectief klantwaarde.

## Inhoudsopgave

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>- 2 -</b>
<b>MANAGEMENT SUMMARY</b> .....	<b>- 3 -</b>
<b>MANAGEMENTSAMENVATTING</b> .....	<b>- 5 -</b>
<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>- 9 -</b>
1.1. PROBLEEMSTELLING .....	- 9 -
1.2. DOELSTELLING.....	- 10 -
1.3. VRAAGSTELLING.....	- 11 -
1.4. ONDERZOEKSOPZET .....	- 12 -
<b>2. ONDERZOEKONTWERP</b> .....	<b>- 13 -</b>
2.1. AARD ONDERZOEK.....	- 13 -
2.2. ONDERZOEKSINSTRUMENTEN .....	- 13 -
2.2.1. <i>Literatuuronderzoek</i> .....	- 13 -
2.2.2. <i>Vragenlijst</i> .....	- 13 -
2.2.3. <i>Panel</i> .....	- 14 -
2.3. ANALYSE.....	- 14 -
2.4. AFBAKENING.....	- 14 -
<b>3. CONTEXT VAN HET ONDERZOEK: TOELEIDING IN FRIESLAND</b> .....	<b>- 15 -</b>
3.1. LOKAAL BELEID .....	- 15 -
3.2. ORDENINGSPRINCIPES.....	- 16 -
3.3. TOELEIDINGSROUTES.....	- 16 -
<b>4. THEORETISCH KADER VAN HET ONDERZOEK</b> .....	<b>- 19 -</b>
4.1. KLANTWAARDE.....	- 19 -
4.2. KWALITEITSDIMENSIES.....	- 20 -
4.3. MEETINSTRUMENTEN VOOR KWALITEIT .....	- 21 -
4.4. TOELEIDING ALS WAARDEKETEN.....	- 21 -
4.5. VERHELDERING HULPVRAAG .....	- 24 -
4.5.1. <i>Instrument ernst</i> .....	- 25 -
4.5.2. <i>Instrument aard</i> .....	- 25 -
<b>5. RESULTATEN</b> .....	<b>- 27 -</b>
5.1. RESULTAAT ONDERZOEKSVRAAG 1.....	- 27 -
5.1.1. <i>Evaluatie Wet op de Jeugdzorg</i> .....	- 27 -
5.1.2. <i>Spoorboekje Jeugdwet</i> .....	- 28 -
5.1.3. <i>Jeugdwet</i> .....	- 28 -
5.1.4. <i>Factsheet toegang</i> .....	- 29 -
5.1.5. <i>Functioneel ontwerp</i> .....	- 30 -
5.1.6. <i>Kwaliteitskader deskundigheid</i> .....	- 30 -
5.1.7. <i>Stand van zaken 2015</i> .....	- 30 -
5.2. RESULTAAT ONDERZOEKSVRAAG 2 .....	- 32 -
5.3. RESULTAAT ONDERZOEKSVRAAG 3.....	- 34 -
5.3.1. <i>Resultaten totaal</i> .....	- 34 -
5.3.2. <i>Resultaten per route</i> .....	- 37 -
5.4. RESULTAAT ONDERZOEKSVRAAG 4.....	- 39 -
5.5. RESULTAAT ONDERZOEKSVRAAG 5.....	- 41 -
5.5.1. <i>Panelgroep</i> .....	- 41 -
5.5.2. <i>Toeleidingproces</i> .....	- 45 -

<b>6. CONCLUSIES.....</b>	<b>- 50 -</b>
6.1. ONDERZOEKRESULTAAT NADER BESCHOUWD.....	- 50 -
6.2. DISCUSSIE .....	- 51 -
6.3. ONDERZOEKSMETHODE NADER BESCHOUWD .....	- 52 -
6.4. AANBEVELINGEN .....	- 53 -
<b>7. LITERATUURLIJST .....</b>	<b>- 55 -</b>
<b>8. BIJLAGEN .....</b>	<b>- 57 -</b>
8.1. SAMENSTELLING PANELS.....	- 57 -
8.2. VRAGENLIJST CLIËNTTEVREDENHEID.....	- 58 -
8.3. UITKOMST PANEL 1.....	- 60 -
8.4. MEMO PANEL 2 .....	- 61 -
8.5. PRESENTATIE PANEL 2.....	- 63 -
8.6. TOPICLIJST.....	- 64 -

## 1. Inleiding

Op 1 januari 2015 hebben drie decentralisaties (zorg, jeugd en werk) plaatsgevonden vanuit het rijk en provincies naar de gemeenten. Het doel van de decentralisatie van de jeugdzorg is “meer preventie en eerdere ondersteuning, meer uitgaan van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders, minder snel problemen medicaliseren, betere samenwerking rond gezinnen en integrale hulp op maat” (Doodkorte, 2012). Daarbij moet tevens een flinke besparing behaald worden, doordat er minder gebruik gemaakt zal worden van de niet vrij toegankelijke jeugdhulp. Deze verandering heeft grote impact op de sector van jeugdhulpverlening, maar zeker ook op gemeenten. Van de ene op de andere dag worden ze verantwoordelijk voor beleid, verwijzingen en financiering van een volledige hulpverleningssector in Nederland.

	Stelsel nu	Stelsel straks
Gemeenten zorg	Verantwoordelijk voor preventieve jeugdhulp	Verantwoordelijk voor alle zorg voor jeugd
Financiën	Verkokerde financieringsstromen	één financieringsstroom
Wetgeving	diverse wetgevingstrajecten	één wettelijk kader

Spoorboekje transitie Jeugdzorg 2012

In het nieuwe stelsel worden alle vormen van jeugdhulp in één wettelijke context en financiering geplaatst onder regie van gemeenten, waarbij verzuiling dient te worden opgeheven om de doelstelling te bereiken: “om de grote druk op gespecialiseerde zorg terug te dringen en de verkokerde manier van werken binnen jeugdhulp aan te pakken, kiest het kabinet voor een stelselwijziging. De jeugdhulp gaat over naar gemeenten”. De wettelijke context betreft de nieuwe Jeugdwet 2015 en financiering door de gemeenten, een uitbreiding van verwijzers en lokale beleidsvrijheid voor gemeenten. Deze vrijheid leidt tot diversiteit in beleid, bijvoorbeeld met betrekking tot de visie op jeugdhulp, de keuze voor voorzieningen, de financiering en de wijze van inkoop.

Het aantal verwijzers in de jeugdhulp is door de decentralisatie enorm uitgebreid, omdat naast de huisartsen, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en Bureau Jeugdzorg (BJZ), nu ook de gemeenten als verwijzer mogen optreden. Bovendien kennen wijkteams onderling variatie door een behoorlijke mate van diversiteit van organisatievormen, samenstelling, expertise en mandaat. Ongeveer 86% van de 393 gemeenten werkt met wijk- en gebiedsteams (Sociale Wijkteams in vogelvlucht, Movisie, 2014), waardoor naar schatting 1.000 teams van ongeveer twaalf medewerkers actief zijn geworden. Dit betekent een toename van 12.000 verwijzende individuen. Voor de JOH is ook de huisarts een nieuwe verwijzer geworden, hetgeen betekent een toename van ruim 9.300 verwijzers ([www.ZorgkaartNederland.nl](http://www.ZorgkaartNederland.nl)).

### 1.1. Probleemstelling

De Kinderombudsman heeft naar aanleiding van de decentralisatie van de jeugdzorg in april 2015 een rapportage gepubliceerd waarin onder andere onderzoeksuitkomsten met betrekking tot de toegang naar jeugdhulp wordt gepresenteerd (eerste deelonderzoek ‘De zorg waar ze recht op hebben, onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na de decentralisatie’, 2015). Een risico die de Kinderombudsman vermeldt is dat het voor wijkteams niet duidelijk is welke elementen in welke situatie het beste werken, terwijl wijkteams cruciaal onderdeel van de toegang van jeugdhulp zijn. Verder benoemt hij dat het voor professionals die met meerdere gemeenten werken, de diversiteit van wijkteams teams een uitdaging is: “Voor deze professionals is het lastig hun weg te vinden in het jeugdhulplandschap. Deze professionals lopen het risico via de wijkteams niet de beste zorg voor het kind te kunnen selecteren.” (Kinderombudsman, 2015).

De toeleiding naar jeugdhulp sterk is gewijzigd door de decentralisatie en het onderzoek van de Kinderombudsman benoemt risico's met betrekking tot de juistheid van verwijzingen naar jeugdhulp. Het is aannemelijk dat de wijzigingen en risico's gevolgen hebben voor de cliënttevredenheid. Derhalve is het interessant om de toeleiding naar jeugdhulp vanuit het perspectief van de cliënt te kennen, om tevens vanuit dat perspectief de toegang te beoordelen.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt:

*Vanwege de toename en variatie in verwijzers en lokaal beleid, is het toeleidingsproces naar de niet vrij toegankelijke jeugdhulp complexer geworden. Risico's van toename in variatie van verwijzers en beleid kunnen leiden tot een suboptimaal proces en 'achterblijvende klantwaarde'.*

## 1.2. Doelstelling

De gestelde probleemstelling is een praktijkprobleem of handelingsprobleem (Verschuren en Doorewaard, 2007). Kenmerken van een praktijkprobleem zijn dat het omvangrijk en complex kan zijn omdat er sprake is van gegroeide of samengestelde problematiek. Om deze reden is het belangrijk om het onderzoek te kaderen ten gunste van een nuttige bijdrage aan een evaluatie van het toeleidingsproces.

De doelstelling van het onderzoek is:

*Het inzichtelijk maken van de klantwaarde in de bestaande toeleiding naar jeugdhulp – in de context van de decentralisatie van de jeugdzorg – en op basis van de uitkomsten en literatuur het vormgeven van een herontwerp van het toeleidingsproces.*

Om de klantwaarde is de beleving die de klant ervaart en waardevol vindt. Om dit te kunnen meten moeten kwaliteitsdimensies worden opgesteld, waardoor klantwaarde betekenis krijgt.

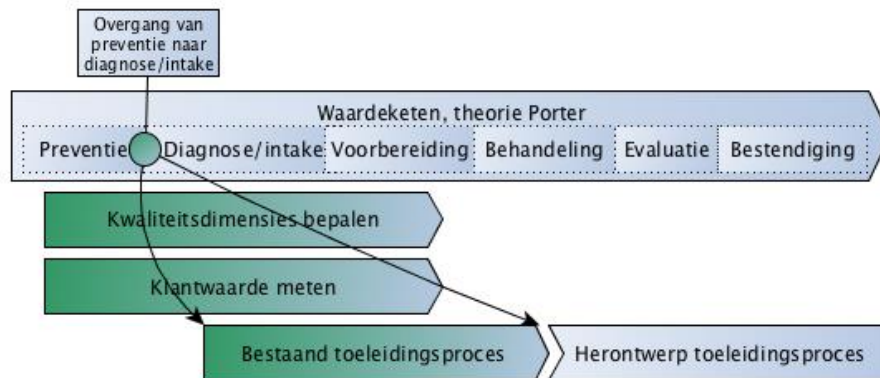
De sector jeugdhulp betreft de niet vrij toegankelijke gespecialiseerde jeugdhulpverlening, die alleen toegankelijk is met een legitieme verwijzing. De verwijzers naar jeugdhulp zijn gemeenten (vaak wijk- of gebiedsteams, huisartsen, medisch specialist, jeugdarts en Gecertificeerde Instellingen <sup>1</sup>(Jeugdwet, artikel 2.6.g. en 3.5.).

Het toeleidingsproces betreft het proces waarbij een cliënt zijn of haar hulpvraag voor het eerst stelt tot en met het moment van intake bij een jeugdhulpaanbieder. Dit proces kan worden ingericht volgens een waardeketenmodel voor de zorg (Value Chain Healthcare, M. Porter & E. Olmsted), dat is ingericht in de fasen Preventie, Diagnostiek/intake, Voorbereiding, Behandeling, Evaluatie en Bestendiging. Het toeleidingsproces spitst zich toe op het moment dat preventieve hulp niet meer voldoende is en gespecialiseerde behandeling nodig is – in het waardeketenmodel is dit de overgang van de fase Preventie naar Diagnostiek/intake in de jeugdhulp.

---

<sup>1</sup> Een Gecertificeerde Instelling is verantwoordelijk voor de kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.

Conceptueel model:



### 1.3. Vraagstelling

Om de doelstelling van het onderzoek te realiseren is het van belang om vijf onderzoeksvragen te stellen en te beantwoorden. Deze vragen kunnen als volgt worden samengevat: 'Op welke wijze kan het toeleidingsproces naar jeugdhulp worden aangepast ter verhoging van de kwaliteit, in bijzonder met betrekking tot kwaliteitsdimensies die relevant zijn vanuit klantperspectief?'

De vijf onderzoeksvragen zijn:

1. *Wat zijn de historische en actuele ontwikkelingen van de toegang naar jeugdhulp?*

De historische en actuele ontwikkelingen spelen een grote rol in de totstandkoming van het huidige toeleidingsproces. Door het beantwoorden van deze vraag wordt gekeken hoe de toeleiding naar jeugdhulp zich heeft ontwikkeld en welke kwaliteitsdimensies in het toeleidingproces vanuit dat perspectief een rol spelen.

2. *Welke kwaliteitsdimensies kunnen gehanteerd worden om klantwaarde in het toeleidingsproces te beoordelen?*

Door het benoemen van kwaliteitsdimensies ontstaan eenheden waarop beoordeeld kan worden of al dan niet overeenkomst bestaat tussen de verwachting en de ervaring van klanten. De kwaliteitsdimensies zijn nodig om de cliënttevredenheid te kunnen beoordelen.

3. *Hoe ervaren de klanten de kwaliteit van de huidige toeleiding naar jeugdhulp?*

Om de kwaliteit van het toeleidingsproces vanuit klantwaarde te bevorderen, is het nodig om de ervaren klantwaarde in het huidige proces te meten. De uitkomsten leveren inzichten voor de keuzes die gemaakt worden in het herontwerp van het toeleidingsproces. Deze informatie wordt derhalve gebruikt om geconstateerde afwijkingen mee te nemen in een nieuw ontwerp en daarmee de tevredenheid te verhogen.

4. *Welke kwaliteitsdimensies vinden de klanten belangrijker?*

Door het beantwoorden van deze vraag wordt gekeken welke kwaliteitsdimensies nadrukkelijk aandacht verdienen in het herontwerp van het toeleidingsproces.

5. *Welke verbeteringen kunnen in het huidige toeleidingsproces bijdragen aan verbetering van de voor klanten belangrijke kwaliteitsdimensies?*

Op basis van de verkregen informatie uit de historische en actuele ontwikkelingen, de ervaren klantwaarde op basis van vastgestelde kwaliteitsdimensies en de dimensie die het meest van belang

wordt geacht, wordt een herontwerp van het toeleidingsproces gemaakt. Dit herontwerp wordt gemaakt op basis van het waardeketenmodel (Value Chain Healthcare, M. Porter en E. Olmsted).

#### 1.4. Onderzoeksopzet

Het onderzoek is opgebouwd door eerst een analyse te doen van het huidige toeleidingsproces. Hiervoor zijn lokaal beleid en toeleidingsroutes in kaart gebracht. Dit beleid en routes vormen het perspectief van waaruit verbeteringen van het herontwerp van een toeleidingsproces worden bepaald. De uitwerking van deze context van het onderzoek staat beschreven in hoofdstuk 3.

Na de context wordt een theoretisch kader weergegeven om vanuit de literatuur inzicht te geven in klantwaarde en een waardeketenmodel. Hiervoor zijn kwaliteitsdimensies in de jeugdzorg bestudeerd om zodoende aan te sluiten bij bestaand onderzoek en instrumenten. Daarna wordt het begrip klantwaarde uitgewerkt en een model om afwijkingen te duiden. Het waardeketenmodel wordt nader toegelicht en uitgelegd, omdat dit model wordt gebruikt om het herontwerp in weer te geven. Tenslotte wordt ingegaan op het belang van juiste vraagverheldering in het toeleidingsproces en bruikbare instrumenten daarvoor. Het theoretisch kader staat beschreven in hoofdstuk 4. Op basis van het theoretisch kader worden onderzoeksvragen 1 en 2 beantwoord en deels onderzoeksvraag 5.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de onderzoeksvragen weergegeven. De resultaten van onderzoeksvraag 3 en 4 komen voort uit kwantitatieve data. Deze resultaten vormen ook input voor het herontwerp van het toeleidingsproces, het resultaat van onderzoeksvraag 5. Daarnaast is gebruik gemaakt van een panel van experts als kwalitatieve data als input voor het resultaat van onderzoeksvraag 5.

Tenslotte worden in hoofdstuk 6 de conclusies en discussie weergegeven. De uitkomsten en aanbevelingen kunnen ter hand worden genomen ten behoeve van het beleid van gemeenten, zodat dit beleid klantwaarde kan ondersteunen. Het effect daarvan zou moeten zijn dat de beleefde ervaringen van cliënten, gedurende de toeleiding naar gespecialiseerde zorg, positief zijn en daarmee een bijdrage levert aan de hulpverlening.

## 2. Onderzoekontwerp

In het onderzoekontwerp wordt de aard van het onderzoek uitgewerkt en hoe deze aansluit bij de doelstelling van het onderzoek. Vervolgens worden de instrumenten toegelicht zijn gebruikt om de data te verzamelen die nodig is om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Tenslotte wordt de afbakening van het onderzoek geduid.

### 2.1. Aard onderzoek

Het onderzoek heeft kenmerken van een ontwerpgericht onderzoek. Kenmerkend voor een ontwerpgericht onderzoek is een adequate probleemanalyse en een diagnose voor de oplossing (Doorewaard en Verschuren, 2007). Bij een ontwerpgericht onderzoek is kennis van ontstaansgeschiedenis vaak een belangrijke schakel. De setting van dit onderzoek betreft een enkelvoudige casestudy. Een casestudy heeft een aantal kenmerken, onder andere dat niet met hele grote aantallen onderzoekseenheden wordt gewerkt. De case betreft een onderzoek naar welke aanbevelingen gedaan kunnen worden om de kwaliteit van de toeleiding naar jeugdhulp te verbeteren.

De aanbevelingen dienen te leiden tot het vormgeven van een toeleidingsproces naar jeugdhulp na de decentralisatie van de jeugdzorg – een herontwerp van het toegangsproces – en derhalve een bijdrage te leveren aan de verhoging van kwaliteit. Het doel is om systematisch verbeteringen in de processen te ontwerpen ter verhoging van de klantwaarde en dit te borgen in beleid.

### 2.2. Onderzoeksinstrumenten

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden worden onderzoeksinstrumenten ingezet. Deze instrumenten zijn literatuuronderzoek, een vragenlijst en tenslotte een panelgroep.

#### 2.2.1. Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek wordt toegepast om de context van het onderzoek en de onderzoeksvragen 1, 2 en deels onderzoeksvraag 5 te beantwoorden. Het bureauonderzoek betreft het bestuderen van literatuur, publicaties, artikelen en beleidsdocumenten. De publicaties en artikelen zijn geraadpleegd vanaf relevante websites zoals ministeries, brancheorganisaties en onderzoeksinstituten. In het bestuderen van de literatuur is de focus gelegd op informatie over het toeleidingsproces naar jeugdhulp.

#### 2.2.2. Vragenlijst

Om de ervaren klantwaarde te meten is een vragenlijst ten behoeve van cliënttevredenheid opgesteld. Deze vragenlijst is afgestemd op de toeleidingsroutes in Friesland en ingedeeld op basis van de kwaliteitsdimensies als resultaat van onderzoeksvraag 2. De uitkomsten van de vragenlijsten vormen de data voor de resultaten van onderzoeksvraag 3 en 4.

De ontwikkelde vragenlijst is gebaseerd op de Cliënten-toets (st. Alexander en NJI, 2007). De vragen van de Cliënten-toets zijn aangepast om de betrekking op het toeleidingsproces duidelijk te maken en zijn meer gericht op de betrokken hulpverleners dan op een specifieke zorgorganisatie. Tenslotte zijn de vragen aangevuld met specifieke vragen over wachttijd, aantal betrokken hulpverleners en de verwijzende partij. Deze vragen geven informatie over de duur en aantal betrokkenen in de toegang naar hulpverlening, hetgeen iets zegt over efficiëntie waar klanten een ervaring bij zullen hebben.

Er is een focusgroep ingezet om te toetsen of de vragenlijst representatief is om de tevredenheid over de toegang naar jeugdhulp te meten. Deze focusgroep bestaat uit de Cliëntenraad van Jeugdhulp Friesland en een lid van een onderzoeksgroep in het kader van de entree van de jeugdzorg in Groningen (C4Youth). De deelnemers van de Cliëntenraad hebben de volgende achtergrond: pleegouder, biologisch ouder van een kind of jeugdige in zorg, een jongere in zorg.

De vragenlijst wordt bij een aselecte steekproeftrekking gedaan door alle cliënten die in een periode in zorg komen.

### 2.2.3. Panel

De kwalitatieve data is verzameld door middel van drie panelgroepen. De eerste panelgroep is geraadpleegd om de bepaalde kwaliteitsdimensies uit de literatuur vanuit deskundigenperspectief vast te stellen. Het panel levert daarmee een bijdrage aan het resultaat van onderzoeksvraag twee.

In de tweede panelgroep is een paneldiscussie waar de uitkomsten en de evidence-based oplossingen van onderzoeksvraag één tot en met vier voorgelegd en besproken. Er worden elementen bepaald die bruikbaar zijn in een herontwerp en gereflecteerd op afwijkingen tussen verwachtingen en ervaringen van cliënten. Zodoende is bijgedragen aan de validiteit van de oplossingen voor herontwerp van de toeleiding naar jeugdhulp in Friesland. De tweede panelgroep levert een bijdrage aan de resultaten van onderzoeksvraag vijf.

### 2.3. Analyse

De kwantitatieve data wordt uitgewerkt en geanalyseerd in SPSS. De uitkomsten van de hiervan laten een score zien over de ervaren klantwaarde over de toeleiding naar jeugdhulp in Friesland. Hiermee kan worden vastgesteld of er afwijkingen zijn tussen de verwachtingen en de ervaringen van klanten. In de literatuur worden evidence-based oplossingen gezocht voor de geconstateerde afwijkingen.

Na de panelgroep worden mogelijke elementen bepaald om toe te passen in een herontwerp. In de panelgroep worden deze besproken om input te genereren voor een herontwerp. Het herontwerp wordt opgesteld met behulp van de principes voor een waardeketen van Porter. Hiertoe worden de fasen binnen de overgang van preventie naar diagnose/intake inzichtelijk gemaakt als een proces. Tevens worden de actoren benoemd en de samenwerking daartussen.

Het uiteindelijke voorstel voor het herontwerp is wederom voorgelegd aan de panelgroep.

### 2.4. Afbakening

Om een gericht onderzoek en advies te kunnen doen, wordt het onderzoek afgebakend door deze te beperken tot de sector jeugd- en opvoedhulp (JOH) in de provincie Friesland. Deze afbakening betekent dat de deelsectoren jeugd-GGZ en jeugd-LVB niet zijn meegenomen. De reden van deze afbakening is omdat het (voor dit onderzoek relevante) gevolg door de decentralisatie voor de sector JOH vergelijkbaar is met de andere deelsectoren. Immers, alle deelsectoren in de jeugdhulp moeten zich na de decentralisatie van de jeugdzorg binnen dezelfde wetgeving verhouden. De provincie Friesland is gekozen omdat het voor de onderzoeker het meest haalbaar is om in deze regio data te verzamelen. De afbakening houdt in dat het onderzoek in de natuurlijke omgeving wordt bestudeerd, in het werkveld. De afbakening levert geen beperking op voor het toepassen van de uitkomsten op andere sectoren en regio's, omdat de uitgangspunten en kaders landelijk gelijk zijn.

Gezien de afbakening tot een regio kunnen relatief weinig stakeholders geïnterviewd kunnen worden qua aantal in relatie tot landelijke relevantie. De uitkomsten zullen naar verwachting wel bijdragen om te kunnen vergelijken en duiden, omdat de specifieke groepen stakeholders representatief zijn om de kwaliteitsdimensies te bepalen. De beschrijving van de context kan bijdragen om in andere regio's te beoordelen of het beleid en/of toeleidingsproces vergelijkbaar is en de uitkomsten van dit onderzoek te transporteren zijn.

### 3. Context van het onderzoek: toeleiding in Friesland

Gemeenten in Nederland hebben beleidsvrijheid gekregen om beleid te beschrijven hoe de toegang vorm te geven, waarbij de uitgangspunten van de Jeugdwet geborgd zijn (Jeugdwet, artikel 2.9). Voor dit onderzoek wordt de regio Friesland in ogenschouw genomen en met name de grote gemeenten Leeuwarden ('Beleidsregels Jeugdhulp Leeuwarden', 2014), Smallingerland (Kadernota integrale aanpak sociaal domein 'Samen voor elkaar', 2014) en Sudwest Fryslân (Beleidsplan 'Veerkracht in het Sociaal Domein', 2014). Het geraadpleegde beleid van deze gemeenten toont onder andere uitleg over de werking van de toegang naar jeugdhulp. In meer of mindere mate zijn beleidskaders geschetst, waarbinnen de toegang vorm moest krijgen. Gemeenten waren eraan overgeleverd dat de implementatietijd kort was en de verantwoordelijkheid ineens werd overgeheveld. De werkelijke realisatie van de toegang is daardoor een ontwikkeling geweest gedurende 2015.

#### 3.1. Lokaal beleid

In het genoemde lokale beleid van de betreffende gemeenten is op hoofdlijnen duidelijk dat wijk- en gebiedsteams hoofdzakelijk de toegang naar jeugdhulp zijn. Een wijk- en gebiedsteam wordt bemand door sociaal werkers – er wordt niet expliciet benoemd dat deze werkers moeten voldoen aan de verantwoorde werktoedeling. Wel wordt expliciet benoemd dat de sociaal werker bepaalde deskundigheid moeten hebben en in staat moeten zijn om te beoordelen welke vorm van jeugdhulp passend is. De verantwoorde werktoedeling komt hier niet ter sprake, zoals uitgewerkt in Kwaliteitskader Jeugd. Een sociaal werker van het wijkteam gaat eerst een onderzoek doen naar reeds bekende informatie. Tijdens dit onderzoek wordt de jeugdige of gezin op de hoogte gebracht van het opstellen van een familiegroepsplan. Na het onderzoek gaat de sociaal werker het gesprek aan met een jeugdige of gezin aan om op methodische wijze de vraag te verhelderen. Wel worden punten genoemd waaraan het gesprek moet voldoen, waarbij duidelijk is dat deze punten vanuit de Jeugdwet aangevoerd zijn. De borging van de Jeugdwet lijkt daarmee actief gekoppeld aan de uitvoering. Na het onderzoek en het gesprek, wordt een ondersteuningsplan opgesteld, waar een familiegroepsplan onderdeel van kan zijn (als het gezin dat opgesteld heeft). Het gesprek tussen de jeugdige of het gezin vindt bij voorkeur zoveel mogelijk bij mensen thuis plaats. Het proces van onderzoek en gesprek duurt maximaal zes weken. De verslaglegging van gesprekken of andere informatie is te allen tijde beschikbaar voor de betrokkenen en wordt in ieder geval na een gesprek toegezonden.

De sociaal werker kan een deskundigenadvies inwinnen voor advies en triage. Bij verwijzing naar jeugdhulp is dit verplicht. Hiermee lijkt de verantwoorde werktoedeling deels gedekt, maar in het beleid worden geen expliciete eisen aan de deskundigen gesteld waardoor dit niet met zekerheid te zeggen is. Het ondersteuningsplan is samen met verslag de verwijzing voor inzet van jeugdhulp. Voorts wordt het behandelplan dat door een jeugdhulpaanbieder is opgesteld, binnen vier weken aangeboden aan het wijk- of gebiedsteam en geaccordeerd om toegevoegd te worden aan het ondersteuningsplan (als betrokkenen daarmee instemmen). In het beleid van gemeente Sudwest Fryslân wordt het ondersteuningsplan als volgt omschreven: "Onder ondersteuningsplannen verstaan wij een samenhangend pakket van ondersteuning, zorg en hulpverlening op het gehele sociale domein" (Beleidsplan 'Veerkracht in het sociaal domein, pg. 30 punt 17). Gemeente Leeuwarden omschrijft het als een plan waarin de hulpvraag, oplossingen en doelstellingen worden geformuleerd. (Beleidsregels Jeugdhulp Leeuwarden 2015, paragraaf 4.7). Het ondersteuningsplan wordt specifiek gedefinieerd in de verordeningen.

De klantwaarden die genoemd worden in de beleidsnotities zijn terug te voeren op kwaliteitseisen uit de Jeugdwet. Daarin zijn deskundigheid, informatie en contact waarden die in de routes terug zijn te zien. Ook de laagdrempeligheid van de toegang middels wijk- en gebiedsteams, de huisarts en een centraal nummer voor spoedeisende jeugdhulp. De verantwoorde werktoedeling en de methodische vraagverheldering worden niet expliciet uitgewerkt in de beleidsnota's van de betreffende gemeenten.

De jeugdhulp in Friesland is regionaal georganiseerd door de gemeenten middels een samenwerking (*Zorg voor jeugd Fryslan – op kompas invoegen en aansluiten – beslispunt 8*). Vanuit deze constructie, later gerealiseerd als het Sociaal Domein Fryslân ([www.sdfryslan.nl](http://www.sdfryslan.nl)), zijn in samenwerking met een aantal gemeenten standaard routes opgesteld voor de toegang naar jeugdhulp. In de volgende paragrafen is schematisch weergegeven hoe deze toeleiding eruit ziet, waarbij de fasen 'wachtlijst', 'intake' en 'start jeugdhulp' zijn toegevoegd. Dit zijn de gebruikelijke fasen bij Jeugdhulp Friesland die doorlopen worden na aanmelding door een verwijzer. Op deze wijze is inzichtelijk welke stappen cliënten moeten doorlopen om tot start zorg te komen.

### 3.2. Ordeningsprincipe

In Friesland wordt gewerkt met een ordeningsprincipe (Ordeningsprincipe 'Kind in Fryslan', Oijen, J. van) om onderscheid te bepalen tussen generalistische en specialistische jeugdhulp. De typen hulpvraag die leiden naar niet vrij toegankelijk jeugdhulp betreffen de opvoedingsnood en de opvoedingsproblemen.

Bij opvoedingsvragen heeft het kind thuis, op school of op straat weinig tot geen problemen. Het kind ontwikkelt zich normaal. Opvoedingsvragen zijn naar tevredenheid op te lossen. De opvoeder(s) voelt(en) zich competent. Er is voldoende steun uit het eigen netwerk rond het gezin. Opvoedingsspanning is er regelmatig een probleem met het kind thuis, op school of op straat. Er zijn vragen over de psychische en gedragsontwikkeling van het kind. Men vindt de opvoeding van het kind vaak moeilijk. Dat kan uitmonden in chronische opvoedings stress. De opvoeder voelt zich onzeker of niet competent. Er is maar af en toe steun uit het eigen netwerk. De typen Opvoedingsvragen en Opvoedingsspanning worden in de eerste lijn of wijk- en gebiedsteams beantwoord door bekwame sociaal werkers.



Opvoedingsnood kenmerkt zich dat het leven van het kind thuis, op school of op straat is een aaneenschakeling van problemen laat zien. Het kind vertoont merkwaardig gedrag of heeft onbegrijpelijke emoties. De relatie tussen kind en opvoeder is ernstig verstoord. De opvoeder voelt zich machteloos en de situatie lijkt onoplosbaar. De opvoeders lopen vast in de opvoeding. Het netwerk rond het gezin functioneert niet meer. Bij Opvoedingscrisis is er een acute probleemsituatie met het kind. Het kind is een gevaar voor zichzelf of anderen. De opvoeders kunnen het niet meer aan en geven het op. De opvoeder heeft de controle verloren of kan de veiligheid van het kind niet meer garanderen. De opvoeders zijn noch samen, noch apart in staat om op dit moment het kind op te voeden. Het eigen netwerk kan nu niet bijspringen. De uitvoering van de Opvoedingsnood en Opvoedingscrisis vindt plaats onder behandelverantwoordelijkheid van een zorgaanbieder (SKJ of BIG geregistreerd).

### 3.3. Toeleidingsroutes

In Friesland zijn vijf routes uitgewerkt om gebruik te kunnen maken van de gespecialiseerde jeugdhulp. Deze routes verlopen via een arts, een wijk- of gebiedsteam, een spoedeisend proces of de Gecertificeerde Instelling voor gedwongen of vrijwillig kader.

#### Route arts

De huisarts, medisch specialist en de jeugdarts kunnen als verwijzer cliënten aanmelden bij jeugdhulporganisaties. Bij voorkeur melden ze aan bij wijk- of gebiedsteams, zij volgen dan voorts de route van het wijkteam. Een arts kan de keuze maken om een deskundigenadvies in te winnen ten gunste van de verwijzing naar een jeugdhulpaanbieder. Na aanmelding bij een jeugdhulp aanbieder volgt een regulier proces van wachtlijst (wanneer aan de orde), intake en start behandeling. Het is

per gemeente verschillend of er aanvullend een beschikking moet komen en/of er na aanmelding bij een jeugdhulpaanbieder teruggekoppeld moet worden naar de gemeente. (Sociaal Domein Fryslan, april 2015. *Routes toeleiding jeugdhulp*)

Hulpvraag	Contact huisarts	Consultatie deskundige (facultatief)	Aanmelding zorgaanbieder	Wachttijst	Intake	Start jeugdhulp	Melding in zorg bij gemeente
		Doorverwijzing wijk- of gebiedsteam					

#### Route wijkteam

De sociaal werkers in het wijk- of gebiedsteam stelt na gesprek met een gezin een ondersteuningsplan op. In dit plan wordt aangegeven dat er noodzaak is om niet vrij toegankelijke jeugdhulp in te zetten. Afhankelijk van de zwaarte van de in te zetten jeugdhulp, wordt advies ingewonnen bij een jeugdexpert. Op basis van het plan en het advies wordt een jeugdhulpaanbieder geadviseerd door het wijk- of gebiedsteam en in overleg met jeugdige of gezin een keuze gemaakt. Het wijk- en gebiedsteam stuurt een aanmelding naar de jeugdhulpaanbieder met vermelding van soort in te zetten hulpverlening, al dan niet met maatwerkadvies. Na aanmelding bij een jeugdhulp aanbieder volgt een regulier proces van wachtlijst (wanneer aan de orde), intake en start behandeling. Het behandelplan dient binnen vier weken verzonden te worden naar het wijk- en gebiedsteam. Na accordering wordt de beschikking verleend. (Sociaal Domein Fryslan, april 2015. *Routes toeleiding jeugdhulp*)

Hulpvraag	Contact zoeken met lokaal wijk- of gebiedsteam	Keukentafelgesprek (na huisarts)	Meervoudig afstemmen (huisarts, wijk- of gebiedsteam, client)	Opstellen ondersteuningsplan	Consultatie deskundige (facultatief)	Opstellen maatwerkadvies (facultatief)	Zorgaanbieder selecteren met client	Aanmelding zorgaanbieder	Wachttijst	Opstellen behandelplan en terugzenden	Intake	Start jeugdhulp
		Keukentafelgesprek										

#### Route spoed

Wanneer jeugdigen en/of gezinnen in een crisissituatie verkeren, kan direct contact worden opgenomen met Spoed4Jeugd voor spoedeisende hulpverlening. Een aanmelding via Spoed4Jeugd wordt gezien als een verwijzing voor 28 dagen hulpverlening. Spoed4Jeugd wordt uitgevoerd door samenwerkende jeugdhulpaanbieders en derhalve is er sprake van rechtstreekse aanmelding door de melder. De melder is niet per definitie een verwijzer, maar kan elke betrokkenen burger of functionaris in Friesland zijn ([www.spoed4jeugd.nl](http://www.spoed4jeugd.nl)). Na de start van spoedeisende hulpverlening wordt de gemeente geïnformeerd over de ingezette hulpverlening. (Sociaal Domein Fryslan, april 2015. *Routes toeleiding jeugdhulp*)

Hulpvraag	Contact spoedeisende jeugdhulp (Spoed4Jeugd)	Aanmelding zorgaanbieder	Start jeugdhulp	Melding in zorg bij gemeente
-----------	--	--------------------------	-----------------	------------------------------

#### Route Gecertificeerde Instelling vrijwillig

De Gecertificeerde Instellingen (GI) voeren de jeugdbescherming en jeugdreclassering uit. Vanuit het 'drang-kader' hebben zij de bevoegdheid om rechtstreeks aan te melden bij jeugdhulpaanbieders. Het 'drang-kader' houdt in dat er sprake is van meervoudige complexe problematiek waarin jeugdige en/of gezin niet openstaat voor hulpverlening, terwijl er sprake is van ontwikkelingsbedreiging bij het kind. In dit proces dient de medewerker van de GI af te stemmen met het wijk- of gebiedsteam, waarna zij de aanmelding bij een jeugdhulpaanbieder verzorgen en de beschikking regelen. Na aanmelding bij een jeugdhulp aanbieder volgt een regulier proces van wachtlijst (wanneer aan de orde), intake en start behandeling. (Sociaal Domein Fryslan, april 2015. *Routes toeleiding jeugdhulp*)

Klantwaarde en toeleiding naar jeugdhulp,  
na de decentralisatie



*Route Gecertificeerde Instelling gedwongen*

De Gecertificeerde Instellingen (GI) voeren de jeugdbescherming en jeugdreclassering uit. Vanuit het 'dwang-kader' hebben zij de bevoegdheid om rechtstreeks aan te melden bij jeugdhulpaanbieders. Het 'dwang-kader' is aan de orde bij beschermingsmaatregelen die opgelegd zijn door de rechter. Omdat er wel een beschikking afgegeven dient te worden door de gemeente, wordt de gemeente na opname hierover geïnformeerd. Na aanmelding bij een jeugdhulp aanbieder volgt een regulier proces van start behandeling. (Sociaal Domein Fryslan, april 2015. *Routes toeleiding jeugdhulp*)



## 4. Theoretisch kader van het onderzoek

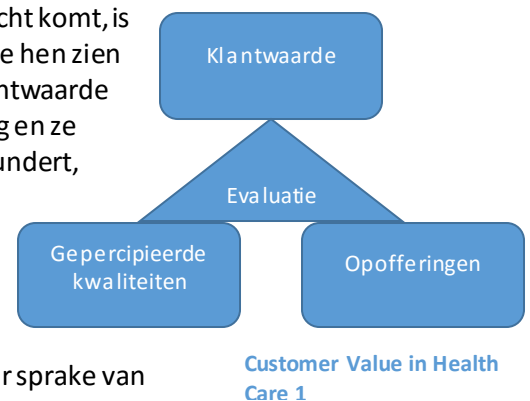
In het theoretisch kader wordt inzicht in de literatuur gegeven over klantwaarde en een waardeketenmodel.

In paragraaf 4.1 het begrip klantwaarde uitgewerkt en een model om afwijkingen te duiden. In hoofdstuk 4.2 wordt het begrip kwaliteitsdimensies nader toegelicht en in paragraaf 4.3 de kwaliteitsinstrumenten in de jeugdzorg bestudeerd om zodoende aan te sluiten bij bestaand onderzoek en instrumenten. Vanuit deze theorie wordt onderzoeksvraag 2 beantwoord. Daarna wordt Deze theorie wordt gebruikt om betekenis te geven aan de resultaten van onderzoeksvraag 3 en 4. Het waardeketenmodel wordt nader toegelicht en uitgelegd in paragraaf 4.4, omdat dit model wordt gebruikt om het herontwerp in weer te geven als resultaat van onderzoeksvraag 5. Tenslotte wordt in paragraaf 4.5 ingegaan op het belang van juiste vraagverheldering in het toeleidingsproces en bruikbare instrumenten daarvoor. De vraagverheldering is een belangrijk onderdeel van het toeleidingsproces en daarom belangrijk in het resultaat van onderzoeksvraag 5.

### 4.1. Klantwaarde

Klantwaarde wordt bepaald op basis van de verhouding tussen de kosten en/of moeite en de ervaringen over de uitkomsten door klanten. In een model om klantwaarde te bepalen, wordt duidelijk hoe dat evenwicht eruitziet. De klant heeft persoonlijke ervaringen in het proces en over de uitkomsten van toeleiding (gepercipieerde kwaliteiten). Deze worden afgewogen tegen de kosten en/of moeite die klanten moeten leveren (opofferingen).

Wanneer een jeugdige of gezin in de toeleiding naar jeugdhulp terecht komt, is dat altijd ten behoeve van een eigen hulpvraag. Daarmee kunnen we hen zien als de klant van de behandeling die ingezet gaat worden. Vanuit klantwaarde perspectief zijn zij degene die (indirect) betalen voor de behandeling en ze ervaren persoonlijk de effecten/waarde van de kwaliteit (Van de Klundert, 2009). Hulpverleners en uiteindelijk de zorgaanbieder moeten zich beseffen dat de klantwaarde bepaald wordt op basis van het evenwicht tussen de kosten en/of moeite en de ervaringen over de uitkomsten van de toeleiding. Met andere woorden: was de toeleiding het waard om tot de juiste vorm van jeugdhulp te komen? Als de vraag niet bevredigend beantwoord kan worden, is er sprake van gebrek aan kwaliteit.



De uitkomsten van de gepercipieerde kwaliteit, zal door klanten afgewogen worden tegen de opofferingen die ze ervoor hebben moeten leveren. In de toeleiding kan hierbij gedacht worden aan reistijd, wachten, vrije dagen opnemen, kosten maken, afspraken bijwonen, aantal keren dat klanten hun hulpvraag moeten uitleggen, etc.

Wanneer er onbalans is in het evenwicht tussen de ervaringen en de kosten en/of moeite, dan ontstaat er een negatieve klantwaarde. Stel eens voor: een jeugdige en zijn ouders moeten tien weken wachten op enkelvoudig advies, daarvoor hebben ze vier keer hun verhaal gedaan, drie keer moeten langskomen tijdens schooltijd en in totaal acht mensen gezien om uiteindelijk te horen dat ze het best even naar de huisarts kunnen gaan. Er ontstaat een negatieve klantwaarde, waarbij de vraag is of dit gezin de volgende keer opnieuw een hulpvraag zal stellen. Voorts is het de vraag of dit gezin een volgende keer te laat hulp zal vragen, omdat ze geen positieve verwachtingen hebben van de toegang. De beoogde laagdrempeligheid van de toegang wordt dan negatief beïnvloed. Klantwaarde is daarmee niet alleen een evenwicht in ervaringen en kosten en/of moeite van de jeugdige en het gezin, maar heeft mogelijk ook effect op de kansen die gemeenten en zorgaanbieders krijgen om invloed uit te oefenen in gezinnen met bepaalde problematiek.

Andersom kan een goed functionerend toeleidingsproces ertoe leiden dat een jeugdige of gezin de opofferingen meer dan waard vindt, omdat de vraagverheldering, tempo en ingezette hulpverlening leidt tot positieve ervaringen uitkomsten met betrekking tot de hulpvraag. De ervaren problematiek wordt hopelijk opgeheven (persoonlijke en maatschappelijk resultaat) en een volgende keer zal tijdig opnieuw hulp worden gevraagd, waarbij mogelijk met een enkelvoudig advies het gezin weer voort kan en de inzet van meer kostbare jeugdhulp voorkomen wordt.

De afwijkingen tussen de verwachtingen en de ervaringen van cliënten kan middels een gap-analyse (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 2012). worden geanalyseerd. Deze theorie kent vijf niveaus om de afwijking tussen de ervaring en de verwachting uit te leggen en te duiden:

1. *Gap tussen verwachting van de klant en de perceptie van deze verwachting door management.*

De perceptie van medewerkers (hulpverleners of management) sluit niet aan bij de actuele kwaliteit die cliënten verwachten. Ze kennen onvoldoende de betekenis van een excellent niveau van cliënttevredenheid.

2. *Gap tussen managementperceptie van klantverwachting en ontwerp voor processen van zorgverlening.*

De specificatie van cliënttevredenheid is niet opgesteld in overleg met cliënten maar gebaseerd op de perceptie van anderen, bijvoorbeeld de organisatie die hulp levert. Het gevolg is dat de kwaliteit onjuist is gespecificeerd en niet aansluit bij de verwachting van cliënten.

3. *Gap tussen standaardzorg conform ontwerp en de daadwerkelijk geleverde zorg*

De werkelijk geleverde kwaliteit is niet in overeenstemming met de gedefinieerde kwaliteit. Er is dus niet uitgevoerd wat afgesproken is.

4. *Gap tussen de geleverde zorg, en de ervaring (perceptie) van door cliënt.*

De geleverde kwaliteit komt niet overeen met de gecommuniceerde en beloofde kwaliteit. In advertenties of folders wordt een hogere kwaliteit beloofd dan in werkelijkheid geleverd wordt.

5. *Het verschil tussen de verwachting en ervaringen van cliënten.*

Uiteindelijk gaat het om het verschil tussen de verwachtingen en de werkelijke kwaliteit die cliënten ervaren hebben. Als de verschillen klein zijn in afwijkingen 1 tot en met 4, dan zal dat ook zo zijn in afwijking 5. Om het verschil te meten tussen de verwachtingen en de ervaringen, is het belangrijk om de verwachtingen van cliënten vast te stellen en vervolgens de ervaringen te meten.

#### 4.2. Kwaliteitsdimensies

Er is geen duidelijke definitie vindbaar om de term kwaliteitsdimensie uit te leggen, bijvoorbeeld door het in te voeren in Google en in het woordenboek. De term komt wel naar voren als zelfstandig naamwoord binnen onderzoeken naar kwaliteit, maar de term zelf wordt niet gedefinieerd. Om onderzoeksvraag twee goed te beantwoorden is het belangrijk om de term kwaliteitsdimensie goed te definiëren. Om deze definitie te formuleren is gekeken naar de definities van de termen kwaliteit en dimensie. De definitie van kwaliteit is:

*Het geheel van kenmerken van een entiteit dat betrekking heeft op het vermogen van die entiteit om kenbaar gemaakte en vanzelfsprekende behoeften te bevredigen (Nederlands Normalisatie Instituut).*

Deze kenmerken kunnen negatief, neutraal of positief zijn.

*Dimensies zijn de parameters of eenheden waarop een element wordt beschreven.*

Een dimensieanalyse is een manier om de uitkomst van afleidingen en berekeningen met wetenschappelijke formules te controleren (M. Vonk, [www.quantumuniverse.nl/ge-1-grootheden-en-eenheden](http://www.quantumuniverse.nl/ge-1-grootheden-en-eenheden)). De definitie van kwaliteitsdimensies voor dit onderzoek wordt samengesteld door de definities van kwaliteit en dimensie:

*De eenheden die de kenmerken van kwaliteit vormen, waarmee een analyse kan worden uitgevoerd om uitkomsten te controleren.*

#### 4.3. Meetinstrumenten voor kwaliteit

In de jeugdhulp zijn door het Nederlands Jeugdinstituut zeven CQ-indexen als instrument om de tevredenheid over de resultaten van gebruikers te meten (*Indicator 1: De mate van tevredenheid van jeugdigen en ouders over de resultaten per dienst*. Nederlands Jeugdinstituut, 2013). Een CQ-index is een wetenschappelijk gefundeerde, gestandaardiseerde systematiek die kan worden ingezet om de ervaringen van patiënten/cliënten met de aan hen verleende zorg te meten. Dat is een belangrijk verschil ten opzichte van veel andere vragenlijsten, waarin naar tevredenheid van patiënten/consumenten wordt gevraagd. Voordeel van het vragen naar concrete ervaringen van zorggebruikers is dat het meer bruikbare informatie oplevert voor kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering (Cleary & Edgman, 1997). Van de zeven CQ-indexen (instrumenten) zijn er drie instrumenten richten zich op de WMO en de jeugdgezondheidszorg. Er zijn vier instrumenten die verbonden zijn aan de gespecialiseerde jeugdhulp, namelijk de Beoordelingsschaal voor tevredenheid en Effect (BESTE), de Exitvragenlijst Jeugdzorg, GGZ Jeugdthermometer (jeugd-GGZ) en de Cliënten-toets.

Het instrument BESTE richt zich specifiek op de cliëntsatisfactie na afloop van hulpverlening meet (Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effect (BESTE), NJI). De BESTE kent geen kwaliteitsdimensies en de vragen zijn specifiek gericht op effecten van de hulpverlening. Het werkveld voor de BESTE is de jeugdzorg en de jeugdgezondheidszorg.

De Exitvragenlijst Jeugdzorg richt zich ook de geleverde hulpverlening met een beperkt aantal vragen en kent geen kwaliteitsdimensies (Exitvragenlijst Jeugdzorg, NJI 2009). Het werkveld voor de Exitvragenlijst is specifiek de jeugdzorg.

De GGZ Jeugdthermometer heeft als doel de geleverde hulpverlening te meten en kent een viertal kwaliteitsdimensies, namelijk (1) informatie, (2) inspraak, (3) hulpverlener en (4) resultaat (GGZ Jeugdthermometer, NJI 2009). Het werkveld voor de GGZ Jeugdthermometer is specifiek de jeugd-GGZ.

De Cliënten-toets heeft als doel om onder jeugdigen en ouders op hoofdlijnen de kwaliteit van de jeugdzorg te meten en de uitkomsten te gebruiken als basis voor cliëntenfeedback en het doorgeven van verbeteringen in de jeugdzorg vanuit cliëntenperspectief (Cliënten-toets, NJI 2007). De Cliënten-toets maakt gebruik van vijf schalen (kwaliteitsdimensies), namelijk (1) contact, (2) deskundigheid, (3) informatie, (4) verloop van het proces en (5) doel en resultaten. De Cliënten-toets kan gebruikt worden binnen de jeugdzorg, zowel binnen multifunctionele organisaties voor jeugdzorg (ambulante, dagbehandeling en residentieel), kinder- en jeugdpsychiatrie en bureau's jeugdzorg.

#### 4.4. Toeleiding als waardeketen

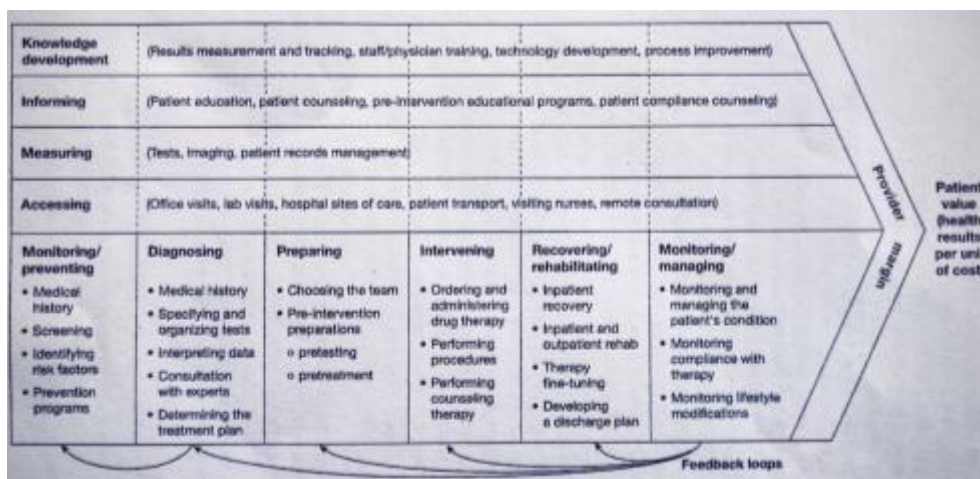
In de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (2009) is geconstateerd dat een gevolg van een niet optimaal functionerende jeugdzorgketen tot wachtlijsten leidt. Wachtlijsten leiden tot kiezen voor second best oplossingen, uitblijven van diagnostiek voor vraagverheldering, risico op escalatie, beperking in het uitvoeren van zorgarrangementen door samenwerkende ketenpartners (ongelijke

wachlijsten) of inadequate opvolging gerechtelijke uitspraken (UHP<sup>2</sup>, GBM<sup>3</sup>, proces-verbaal conflictscheidingen). In de evaluatie van de Wjz wordt aan twee oplossingsrichtingen gedacht om wachlijsten op te lossen, namelijk meer financiële middelen en/of betere samenwerking in de keten. Met betrekking tot de samenwerking werd (voor de decentralisatie) gewezen op de schotten tussen de verschillende financiering, verwijzers en toegangen in de jeugdzorg. Deze schotten zijn met de nieuwe Jeugdwet (2015) en de decentralisatie naar gemeenten opgeheven.

De toegang naar jeugdhulp kan gezien worden als (onderdeel van) een waardeketen. Een waardeketen is een serie van relevante processtappen die waarde aan elkaar toevoegen en leiden tot een bepaald strategisch doel. Ofschoon de toegang een koppeling is in de totale waardeketen, is het proces van het ontstaan van de hulpvraag tot en met de intake in de jeugdhulpverlening een deel-waardeketen. In dit proces is ook sprake van processtappen die in verbinding met elkaar moeten leiden tot het toevoegen van waarde voor de cliënt.

Porter (2006) geeft aan dat het redeneren vanuit het perspectief van de waardeketen een goede systematische wijze is om de processtappen te identificeren, relevante informatie (-technologie) toe te voegen om het proces te verbeteren en systematisch kennis te blijven ontwikkelen om het proces te blijven verbeteren. Om de waardeketen van de toegang in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van de Care Delivery Value Chain van Porter (Redefining Health Care, M. Porter & E. Omsted). Dit model toont de typen activiteiten die nodig zijn om een waardeketen te ontwerpen of in kaart te brengen (afbeelding 1). De toeleiding naar jeugdhulp is de 'interface' van de fase 'monitoring en preventie' naar de fase 'diagnostiek'. Een interface is de koppeling van de ene processtap naar de volgende.

Het waardeketenmodel biedt de mogelijkheid om het functioneren van de keten zelf te verbeteren. Door formatieve feedback op de werking van de schakels te geven, kan een steeds betere aansluiting ontstaan. Daarmee ontstaat een progressieve ontwikkeling van waarde toevoeging. Bijvoorbeeld: als blijkt dat de wijze van vraagverheldering onvoldoende of onjuiste informatie biedt om diagnostiek te starten, gaat de diagnostiek langer duren om dat relevante informatie nog verzameld moet worden of erger: er worden fouten gemaakt. Wanneer iteratief de toeleiding steeds geëvalueerd wordt tussen de betrokken partijen, kan in het voorbeeld de vraagverheldering mogelijk aangepast worden. Analyse van de situatie en onderzoek naar een betere oplossing levert kennisontwikkeling op. Tevens leidt het tot waardevermeerdering en aannemelijk tot een verbeterde gepercipieerde kwaliteit.



Care Delivery Value Chain (Porter) 1

<sup>2</sup> Uithuisplaatsing

<sup>3</sup> Gedragsbeïnvloedende maatregel

In het Care Delivery Value Chain model, worden de schakels in een waardeketen ondersteund door vier factoren, namelijk (1) knowledge development, (2) informing, (3) measuring en (4) accessing.

1. Knowledge development – deskundigheid: verwijst naar een systematisch proces van bevordering van deskundigheid middels (1) meten en analyseren, (2) verbeteringen doorvoeren en (3) opleiden van medewerkers.
2. Informing – informeren: verwijst naar het notificeren, adviseren en coachen van de cliënt. Informeren is belangrijk gedurende het hele proces en kan grote invloed hebben op de behandelresultaten.
3. Measuring – meten: verwijst naar het meten van de relevante (medische) omstandigheden, bijvoorbeeld screening, diagnostiek en prestatie-indicatoren. Dit zijn vaak complexe handelingen die systematisch en met deskundigheid uitgevoerd moeten worden vanwege interpretatie.
4. Accessing – beschikbaarheid: verwijst naar de wijzen waarop contact gelegd kan worden met de cliënt, maar ook de beweging van de cliënt door het proces.

Deze ondersteunende factoren overbruggen de diverse schakels in het toeleidingsproces. Ze zijn doorlopend van toepassing en daarmee verbindend in de kwaliteit in de gehele keten en van toepassing op alle partijen die daar een rol in spelen.

De koppelingen tussen fasen zijn belangrijk in de waardeketen, omdat de effectiviteit van deze koppeling bepaalt of er sprake is van het toevoegen van waarde aan de volgende schakel. Vanuit de LEAN-gedachte (Taiichi Ohno, Toyota, begin jaren 1950), kan er verspilling optreden wanneer een dergelijke koppeling onvoldoende aansluiting tussen de twee processtappen realiseert. De koppeling tussen de schakels in het proces bepalen dus de waardetoevoeging. Een koppeling kan verschillende vormen aannemen, bijvoorbeeld informatieverzameling, mate van reeds toegepast advies, overdrachten, etc. De vraag daarbij is: Hebben we voldoende gedaan om de volgende stap zo effectief mogelijk te ondersteunen, waarbij de klant maximaal profiteert? Een andere vorm om overdracht tussen schakels te beoordelen is te kijken of er sprake van is verspilling in het proces. De theorie LEAN biedt daarbij inzichten vanuit drie perspectieven: (1) muda, hetgeen betekent dat alles dat meer dan noodzakelijk is om waarde toe te voegen verspilling is, (2) mura, hetgeen betekent dat variatie tot verspilling leidt en (3) muri, hetgeen verspilling als gevolg van overbelasting betekent met (Borghuis, T., 2011). De acht vormen van ‘muda’ verspilling zijn:

1. Overproductie (harder werken dan nodig, gereed zijn voordat de volgende kan starten)
2. Overbewerking (zwaardere interventie inzetten of meerdere plannen maken dan nodig)
3. Defecten (verkeerde inschattingen of informatie)
4. Wachten (informatie t.b.v. vraagverheldering of diagnostiek is nog niet beschikbaar)
5. Voorraad (wachlijsten)
6. Beweging (veel afspraken en vergaderingen om aan deel te nemen)
7. Transport (documenten en informatie moet steeds verzonden worden)
8. Talent (overgekwalificeerd personeel inzetten of onbenut laten van professionele autonomie)

Het wegnemen van verspilling dient te resulteren in ‘flow’ in het proces. Dit vraagt een stimulerende structuur met relevante betrokkenen, waarin het proces steeds tot verbetering en/of ontwikkeling kan zijn. Wanneer elke schakel voorbereidend is op de volgende en voortbordurend op de vorige, moet er ruimte zijn om elkaar gunnen de juiste dingen te doen. Specialististen moeten mogelijk erkennen dat sommige werkzaamheden effectiever zijn in een voorliggende schakel en als kant-en-klare informatie binnenkomt waar een wijkteam haar ambities moet bijstellen omdat iets beter door een specialist gedaan kan worden. Het bovenliggend perspectief om samen een bijdrage te leveren aan “het veilig en gezond opgroeien van kinderen, te groeien naar zelfstandigheid en voldoende zelfredzaam te worden” (Jeugdwet, 2015) is een sleutel.

#### 4.5. Verheldering hulpvraag

In de toegang naar hulpverlening is in het gehele proces sprake van co-creatie met de cliënt. Een individueel behandeltraject kan alleen tot stand komen in samenspraak met de cliënt; er wordt middels uitgebreide interactie een verheldering van hulpvraag ontwikkeld. De meer gedetailleerde afstemming volgt tussen de cliënt en de behandelaar. Als gevolg hiervan zou er een continu contact tussen de medewerker en de cliënt zijn en beschikt de cliënt over alle informatie. Doordat er veel afgestemd wordt met de cliënt, moeten medewerkers over een breed scala aan inhoudelijke en procesmatige competenties en vaardigheden beschikken (Zomerdijk, 2005).

Uit onderzoek 'Toegang tot zorg en diensten' (Schipper, E.C.C. et.al.) blijkt dat zorgorganisaties hoogopgeleide medewerkers in de toegang positioneren, omdat zij overzicht hebben over behandelinterventies en de complexiteit van samenstellen van arrangementen in relatie tot de hulpvraag. Zij zijn in staat om met de cliënt complexe hulpvragen en keuzes te onderscheiden en op grond daarvan een goede triage te verrichten. De communicatieve vaardigheden en het relevante werk- en denkniveau worden in het onderzoek genoemd als overwegingen om hoogopgeleide medewerkers in te zetten in de toegang. Op elk moment in de route moet er afstemming zijn met de cliënt om tot een goed behandeltraject te komen, maar de keuze is wie op welk moment met de cliënt in gesprek is. Op basis hiervan kan gesteld worden dat het van belang is om hoogopgeleide medewerker tijdig in te zetten in de toegang, om zodoende tot triage naar juiste behandeling te realiseren (Schipper, E.C.C. et.al.). Dit inzicht geeft informatie voor het inrichten van de processtappen van de toegang en het besluiten over de deskundigheid van de in te zetten medewerkers.

In de evaluatie van de Wjz en de doelstellingen van de decentralisatie, speelt de verheldering van de hulpvraag een grote rol. Het is belangrijk om de verheldering van de vraag meer nadrukkelijk uit te werken, omdat dit een koppeling betreft tussen de toeleiding en inzet van jeugdhulp. Deze koppeling is kritisch, omdat na het toeleidingsproces de diagnostiek sneller uitgevoerd kan worden op basis van reeds verzamelde informatie. Het proces waarin wordt bepaald wat het meest passende zorgaanbod is, wordt aangeduid als indicatiestelling, 'Indicatiestelling is het proces waarin een hulpverlener samen met ouders en kinderen (en/of hun omgeving) beoordeelt welke problemen spelen en beslist welke hulp het beste ingezet kan worden. Het is een proces van professionele oordeelsvorming waarin een hulpverlener op basis van een gedegen analyse van de problematiek beoordeelt welk hulpaanbod het meest geschikt is.' (Bartelink, ten Berge & van Yperen, 2010).

'Een goede indicatiestelling is een voorwaarde voor effectieve hulpverlening (Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer & Aarle, 2003; Poston & Hanson, 2010). Dat betekent dat de manier waarop dit beoordelings- en besluitvormingsproces uitgevoerd wordt, eraan bijdraagt of ouders en kinderen de hulp krijgen die een adequaat antwoord op hun hulpvraag biedt en hun problemen oplost, vermindert of draaglijk maakt.' (Bartelink, ten Berge & van Yperen, 2010).

Naast de indicatiestelling wordt in de publicatie 'Beslissen over hulp door ouders, jeugdige én de jeugd- en gezinsgeneralist' uitgebreid ingegaan op de wijze, deskundigheid en met welke instrumenten generalisten tot een goede beoordeling kunnen komen. In een kenniskring van professionals van organisaties en gemeenten is gekeken naar handelingsadviezen, taakverdeling tussen generalisten en professionals en de dialoog in gezamenlijk beslissen met jeugdigen en ouders. De vijf kwaliteitsdimensies die in de publicatie worden gebruikt zijn (1) dialoog met ouders en jeugdigen, (2) doelgericht, gestructureerd en inzichtelijk besluitvormingsproces, (3) cyclisch proces als onderdeel van de hulpverlening, (4) integrale blik en integrale aanpak en (5) goed toegeruste professionals. De kenniskring geeft overigens aan dat het beslissen over hulpverlening hoge eisen stelt aan deskundigheid, waarbij wordt verwezen naar SKJ geregistreerde professionals. Er wordt verder uitgebreid uiteengezet over welke vaardigheden de generalist over moet beschikken, het beslissen in dialoog met jeugdigen en ouders en welke instrumenten geschikt zijn voor generalisten om de ernst en aard objectiever te taxeren (hetgeen tevens de dialoog met jeugdigen en ouders

vergemakkelijkt). Dit sluit aan bij de Jeugdwet dat toeleiding naar jeugdhulp middels verantwoorde werktoedeling dient plaats te vinden; het Kwaliteitskader Jeugd benoemd daarvoor geregistreerde hulpverleners.

Om tot een goede vraagverheldering te komen is het dus belangrijk om de ernst en de aard van de hulpvraag objectief vast te stellen. De ernst is van belang om het tempo van interventie te bepalen en de aard om te bepalen welke vorm van jeugdhulp ingezet moet worden. Voorts zijn er instrumenten voor het bepalen van veiligheid en zelfredzaamheid die door wijk- en gebiedsteams ingezet kunnen worden. In de 'Staalkaart triage' (2015) door het Nederlands Jeugdinstituut, Trimbos, kenniscentrum kind- en jeugdpsychiatrie en landelijk kenniscentrum jeugd LVB, zijn methoden, modellen en instrumenten inzichtelijk gemaakt om 'triage in de wijk' uit te voeren. In dit onderzoek worden twee instrumenten als voorbeeld aangedragen om ernst en aard te bepalen.

#### 4.5.1. Instrument ernst

Van Yperen et.al. (2010) hebben een gevalideerd taxatie-instrument ontwikkeld om de ernst van problematiek inzichtelijk te maken. De Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP) is bedoeld om op gestructureerde wijze, met een korte vragenlijst, tot inzicht te komen welke hulpverlening nodig is en hoe snel deze ingezet moet worden. Met het instrument wordt bekende informatie verzameld en geordend om op gestandaardiseerde wijze tot een oordeel te komen. Dit levert een transparant en objectief standpunt op dat gebruikt kan worden voor een verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening. Deze informatie kan door gespecialiseerde hulpverleners gebruikt worden als input voor diagnostiek en/of het opstellen van een behandelplan. De STEP werd voorheen gebruikt door Bureau Jeugdzorg als indicatiestellend orgaan.

De STEP geeft inzicht in de ernst van de problematiek op basis van vier facetten van ernst: abnormaliteit van gedrag, bijdragende factoren, gevolgen probleemgedrag en kwaliteit van leven. Vanuit een theoretisch model worden risicofactoren inzichtelijk gemaakt die 'druk' uit oefenen op de ontwikkeling van een jeugdige. Daarnaast worden protectieve factoren inzichtelijk gemaakt en de balans van draagkracht en draaglast. De uitkomsten van het theoretisch model vormt de taxatie van de ernst.

Er zijn drie niveaus in de STEP waarop ernst van problematiek bepaald kan worden. Het eerste niveau geeft globale taxatie op de punten Functioneren jeugdige, Kwaliteit Omgeving, Zwaarte zorg en Urgentie zorg. Het tweede niveau bevat aanvullende instrumenten die ten behoeve van het indicatieproces meer informatie genereren op specifieke terreinen. Het derde niveau betreft specifieke instrumenten ten behoeve van het diagnostisch proces. Niveau drie lijkt overeenkomstig met de uitspraak van Zomerdijk (2005) dat na de eerste verheldering van hulpvraag meer gedetailleerde afstemming plaatsvindt tussen de cliënt en de (gespecialiseerde) behandelaar. Niveaus één en twee zijn bruikbaar in de toeleiding naar de juiste vorm van jeugdhulp. Bij het invullen van de STEP is het belangrijk dat dit gebeurt op basis van een professionele beoordeling van de medewerker, hetgeen eisen stelt aan de deskundigheid van medewerkers.

#### 4.5.2. Instrument aard

Voor het bepalen van de aard van de problematiek is een gevalideerd instrument ontwikkeld dat bruikbaar is in de toeleiding naar jeugdhulp, namelijk de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Dit instrument is aanvankelijk ontworpen voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) om psychosociale problemen op uniforme wijze op te sporen. Omdat de JGZ in veel wijk- en gebiedsteams een rol heeft gekregen, maar tenminste als eerstelijnsvoorziening, is het aannemelijk dat de SDQ goed werkbaar is in de toeleiding naar jeugdhulp. Daarnaast adviseert ook de Inventgroep de SDQ als instrument voor gebruik in de verschillende sectoren zoals de JGZ, het onderwijs, de peuterspeelzalen, kinderopvang en de huisarts (rapport Inventgroep, 2005).

De SDQ meet de aanwezigheid van psychosociale problemen, de sterke kanten van het kind en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren. De vragenlijst bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op de volgende vijf subschalen:

- Hyperactiviteit/aandachttekort
- Emotionele problemen
- Problemen met leeftijdsgenoten
- Gedragsproblemen
- Pro-sociaal gedrag

De SDQ is beschikbaar voor verschillende leeftijdsgroepen, maar ook voor ouders en leerkrachten. Hierdoor wordt een verbinding gelegd met het onderwijs, waar vanuit de jeugdhulp en ook vanuit de Jeugdwet belangrijke verbindingen worden gelegd. De vragenlijst kan eenvoudig vooraf worden afgenomen en als onderdeel van de informatieverzameling dienen. Als onderdeel van de totale informatievoorziening, met de taxatie van ernst, ontstaat goede basisinformatie om diagnostiek te starten en/of een behandelplan vorm te geven.

## 5. Resultaten

In de paragrafen in hoofdstuk 5 worden de antwoorden op de onderzoeksvragen gegeven. De eerste paragraaf geeft een uitgebreid overzicht van de historische en actuele ontwikkelingen in de jeugdzorg. Afsluitend worden de kwaliteitsdimensies benoemd die een rol hebben gespeeld in de toeleiding naar jeugdhulp.

De tweede paragraaf geeft antwoord op de vraag welke kwaliteitsdimensies toepasbaar zijn om de ervaren klantwaarde in de toeleiding naar jeugdhulp te meten (onderzoeksvraag 2). Daarvoor is gebruik gemaakt van het theoretisch kader in paragraaf 4.1.

In de derde paragraaf worden de uitkomsten getoond uit de kwantitatieve data, waarmee de cliënttevredenheid over de huidige toeleiding naar jeugdhulp wordt weergegeven (onderzoeksvraag 3). De vierde paragraaf geeft antwoord op onderzoeksvraag 4: de kwaliteitsdimensie die cliënten het meest belangrijk vinden. Het theoretisch kader in paragraaf 4.2. is hierbij relevant.

De vijfde paragraaf geeft antwoord op onderzoeksvraag 5; er wordt een herontwerp beschreven van het toeleidingsproces. Het theoretisch kader van paragraaf 4.3. en 4.4. zijn hierbij toegepast, alsmede paneldiscussie van de panelgroep met deskundigen.

### 5.1. Resultaat onderzoeksvraag 1

Deze paragraaf geeft antwoord op onderzoeksvraag 1:

*Wat zijn de historische en actuele ontwikkelingen van de toegang naar jeugdhulp?*

De historische en actuele context van de ontwikkelingen met betrekking tot de toegang naar jeugdhulp worden weergegeven in een chronologische lijn. De lijn wordt gezien vanuit de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (Wjz), de ontwikkeling van de nieuwe Jeugdwet, de Jeugdwet en de operationalisering van de toegang.

Vanuit de voormalige Wet op de Jeugdzorg (Wjz), naar het kader van het nieuwe stelsel (Spoorboekje), de nieuwe Jeugdwet en de verdiepingslagen daarvan die in een factsheet, handreiking en kwaliteitskader zijn de ontwikkelingen samengevat. De Jeugdwet (2015) biedt een relevante set met factoren waar de toegang aan moet voldoen. Samenvattend betreffen dit deskundigheid, beschikbaarheid, samenwerking, invloed van keuze en eigenheid van cliënten en actieve informatievoorziening naar cliënten. De factsheet levert een verdieping op de wetteksten door verhelderende interpretatie. De handreiking levert oplossingsrichtingen met voor- en nadelen om tot keuzes te komen in het gemeentelijk domein. Tenslotte levert het 'Kwaliteitskader Jeugd' informatie over wie er mag acteren in de toeleiding naar niet vrij toegankelijke jeugdhulp.

Diverse publicaties vertonen een verschillend beeld over de stand van zaken van de toegang in 2015. Het is opvallend dat alle rapportages grotendeels dezelfde kwaliteitsdimensies belangrijk vinden: deskundigheid, informatievoorziening, samenwerking en contact.

#### 5.1.1. Evaluatie Wet op de Jeugdzorg

De Wet op de Jeugdzorg (Wjz, 2005) kende een belangrijk speerpunt, namelijk om jeugdigen een eenduidige toegang te bieden en ze vervolgens de afgestemde zorg zouden krijgen. Bureau Jeugdzorg (BJZ) heeft hier de hoofdrol in gekregen. In de uitwerking van deze wet, zijn destijds (delen van) de toegang naar jeugd-LVG en jeugd-GGZ niet uitgekristalliseerd, hetgeen geresulteerd heeft in uitzonderingen. Hierdoor ontstonden alsnog meerdere toegangen buiten BJZ om. De belemmering van de schotten in de financiering is een rol blijven spelen (provinciale financiering, AWBZ en ZvW), hetgeen onder andere heeft geleid dat de doelstelling van een eenduidige toegang niet is geslaagd. Andere reden waarom een geïntegreerde toegang door samenwerkende partijen niet is geslaagd, is vanwege onvoldoende deskundigheid over specifieke en/of complexe (GGZ-) problematiek (gebrekkige vraagverheldering en diagnostiek), waardoor de route via de huisarts dominant bleef.

Zorgvragers zouden via de huisarts, jeugdgezondheidszorg of ziekenhuis rechtstreeks aangemeld moeten worden (Rietveld, 2009). Een derde relevant gevolg van de concentratie van de toegang was dat er een bureaucratie van indicatiestelling ontstond, waardoor de doelstelling van laagdrempeligheid onder druk kwam te staan. Zorgvragers kregen hierdoor in plaats van een antwoord op een hulpvraag slechts een doorverwijzing naar een andere instantie, hetgeen tot negatieve beeldvorming leidde.

Cliënten hebben in panels aangegeven dat de wijze waarop met hen gecommuniceerd wordt in belangrijke mate van invloed is op de ervaren toegankelijkheid van de toegang. Professionals die werkzaam waren in de toegang, hebben in de evaluatie aangegeven dat één toegang maar beperkte meerwaarde heeft als er geen bijdrage kan worden geleverd aan betere afstemming rondom de cliënt. De schotten tussen de domeinen werden daarbij als zeer belemmerend beschouwd, omdat cliënten 'over de schutting worden gegooid'. Dit speelt met name bij multi-probleem gezinnen.

### 5.1.2. Spoorboekje Jeugdwet

Als antwoord op de beperkingen van de Wjz is in 2015 de nieuwe Jeugdwet van kracht geworden. Om de implementatie van deze nieuwe wet te begeleiden is er een Spoorboekje opgesteld. In het Spoorboekje wordt het belang van een goede toegang naar jeugdhulp opnieuw aan de orde gesteld en er wordt aangegeven dat er een concrete uitwerking voor de toegang in de wet zal volgen. Hierbij worden wijk- en gebiedsteams genoemd met integrale verantwoordelijkheid voor toegang en begeleiding van cliënten. Het Spoorboekje verwijst naar een Nota Toeleiding die verder ingaat op de inrichting van de toegang (dit lijkt uiteindelijk de factsheet 'Inrichting toegang jeugdhulp' te zijn geworden).

Gemeenten krijgen beleidsvrijheid om zelf in eigen verordening de toegang vorm te geven. In ieder geval moet de decentralisatie de toegankelijkheid van de zorg verbeteren en het beroep op specialistische (dure) zorg inperken. Er wordt aandacht gevraagd in het Spoorboekje voor de advies- en informatiefunctie en de systematiek van de toegang en vraagverheldering, maar ook aan motiveren en zicht houden op het halen van de doelen. De gemeente krijgt de verantwoordelijkheid om deskundigheid in te schakelen voor vraagverheldering en besluitvorming in complexe problematiek en om eenvoudige vragen meteen te kunnen beantwoorden. Verdere aandachtspunten bij de te ontwerpen toegang zijn:

- Competenties personeel;
- Hoe het eerste contact plaatsvindt (digitaal, telefonisch, face-to-face et cetera);
- Netwerk met nieuwe aanbieders, sociale kaart van de gemeente;
- Communicatie met cliënten, gespreksleidraad;
- Criteria voor de toegang;
- Waar de vraagverheldering plaatsvindt. Worden activiteiten bij het Wmo-loket goed op elkaar afgestemd?
- Of vraagverheldering in lijn met de uitgangspunten van de Jeugdwet plaatsvindt.

### 5.1.3. Jeugdwet

In de definitieve Jeugdwet (2015) zijn artikelen opgenomen die relevant zijn voor het functioneren van de toegang. Daarin wordt bepaald dat de toegang moet beschikken over de competentie om deskundig te adviseren en te voorzien in deskundige toeleiding naar de jeugdhulp en daar een verwijzing voor af te geven. Dit dient te leiden tot het veilig en gezond opgroeien van kinderen, te groeien naar zelfstandigheid en voldoende zelfredzaam te worden (art. 2.3.). Het niveau van de deskundigheid wordt verbonden aan de norm 'verantwoorde werktoedeling' met betrekking tot toeleiding, advisering, verwijzing en uitvoering naar en van jeugdhulp (art. 2.7.). Het werken met deze norm is vastgelegd in het Kwaliteitskader Jeugd (december 2014). Bij het inzetten van jeugdhulp is het wenselijk dat cliënten een eigen keuze kunnen maken met betrekking tot de in te zetten zorgaanbieder. Er moet in ieder geval rekening gehouden worden met bijvoorbeeld culturele

omstandigheden of religieuze overtuiging (art. 2.3.). Het gezin moet in de gelegenheid worden gesteld om samen met een hulpverlener een familiegroepsplan op te stellen (art. 2.1.) – er wordt geen beperking opgelegd welke hulpverlener gedurende de toeleiding hierin een rol speelt. In ieder geval moeten betrokkenen goed geïnformeerd worden omtrent de ingezette jeugdhulp en de geconstateerde problematiek (art. 7.3.2.). De wet stelt als regel dat bij een verwijzing naar jeugdhulp moet worden afgestemd met relevante en betrokken partners, zoals onderwijs en zorg (art. 2.9.). Naast de toegang via de gemeente, zijn ook huisartsen, medisch specialisten en de jeugdarts bevoegd om cliënten te verwijzen naar jeugdhulp (art. 2.6.). De toegang via de gemeente moet laagdrempelig zijn, goed bereikbaar en beschikbaar om onmiddellijk haar taak uit te kunnen voeren (art. 2.6.).

#### 5.1.4. Factsheet toegang

In juni 2014 is de factsheet ‘Toegang tot jeugdhulp’ vrijgegeven. Dit was een coproductie van de Vereniging Nederlandse Gemeenten, het ministerie van VWS, ministerie Veiligheid en Justitie en het Nederlands Jeugdinstituut. Deze factsheet levert concrete richtlijnen aan gemeenten over het vormgeven van de toegang. Er wordt ingegaan op twee onderdelen, namelijk de inrichtingsvereisten en de uitvoeringsaspecten met betrekking tot advisering, toeleiding en het inzetten van voorzieningen (analoog aan de Jeugdwet).

In de factsheet wordt omschreven voor welke vormen jeugdhulp de gemeente de toeleiding moet organiseren en hoe de gemeente daar verantwoordelijk voor is. Verder zijn de relevante wetteksten over de toegang uitgewerkt in concrete punten met illustraties van voorbeelden die kunnen voorkomen. Omdat de Jeugdwet stelt dat de deskundigheid afgemeten wordt aan de norm ‘verantwoorde werktoedeling’ wordt in de factsheet gesteld dat medewerkers in de toegang SKJ geregistreerde jeugdzorgprofessionals of BIG geregistreerd moeten zijn. Met betrekking tot de laagdrempelige toegang, wordt gesteld dat diversiteit in de toegang helpend is omdat mensen op verschillende plaatsen in contact komen met hulpverleners. Bijvoorbeeld de jeugd-GGD, huisarts, vertrouwenspersoon op school, een wijkteam of een hulp- en advieslijn. Als deze verschillende toegangen maken dat de gehele toegang naar jeugdhulp laagdrempelig en beschikbaar kan zijn.

Met betrekking tot het gebruik van instrumenten om besluitvorming te bepalen, wordt vanuit de factsheet nadrukkelijk aangegeven dat dat niet het geval is bij diagnostiek of triage. Voorts worden vier factoren genoemd om wel tot besluitvorming te komen: sturing op basis van de vraag van de cliënt (in dialoog), aard en zwaarte van de problematiek in de context, mogelijkheden van eigen kracht van de cliënt en tenslotte (zo nodig) welk hulpverleningsaanbod past bij de vraag, de problematiek en risico’s. Aanvankelijk lijkt het alsof instrumenten geen rol kunnen spelen in de diagnostiek en triage. Echter, de vier factoren die een gewogen besluit formuleren, maken gebruik van instrumenten om tot een deskundig en objectief beeld te komen. Daaruit volgt de besluitvorming door de hulpverlener – het instrument bepaalt niet de besluitvorming, maar levert wel een objectief beeld om tot goede besluitvorming te komen. De factsheet bevestigt dat voorts door een serie aan instrumenten en competenties te benoemen die de hulpverlener in kan zetten om tot een gewogen besluit te komen. Deze (niet uitputtende) set wordt gezien als borging van professioneel handelen:

- Communicatievaardigheden
- Goede opleiding en continue bijscholing
- Gevalideerde instrumenten
- Inzet methodieken, richtlijnen en protocollen
- Beroepscode geregistreerde beroepen
- Consultatie bij deskundigen
- Intercollegiale kwaliteitsmonitoring met bijvoorbeeld supervisie

De gemeenten en organisaties waar de hulpverleners werkzaam zijn dienen faciliterend te zijn in de benodigde middelen.

#### 5.1.5. Functioneel ontwerp

De handreiking 'Een functioneel ontwerp Zorg voor Jeugd', levert nog weer een verdieping op de factsheet, door verschillende keuzes voor te leggen en voor- en nadelen te benoemen. Voorbeelden gaan over centrale loketten of wijkteams, differentiatie in deskundigheid, etc. Een aanvulling op de Jeugdwet en factsheet is de ruimte voor de professional en dan met name een vergroting van de handelingsruimte van de professional. Er moet voldoende bevoegdheden worden toegekend zodat de hulpverlener vanuit professionaliteit effectief kan handelen. Deze ruimte wordt in relatie gebracht met deskundigheid en professionaliteit van de werker. Professionals die beslissen over hulp moeten in staat zijn om een ondersteuningsvraag, de geestelijke gezondheid en de veiligheid van een jeugdige of zijn ouders te beoordelen en professioneel advies te geven.

#### 5.1.6. Kwaliteitskader deskundigheid

De Jeugdwet (2015) stelt dat hulpverleners 'die werkzaamheden verrichten met betrekking tot de toeleiding naar, advisering over en de bepaling van de aangewezen voorziening...' (art. 2.7.2.) voldoen aan de eisen van verantwoorde werktoedeling. De uitvoering van jeugdhulp door zorgaanbieders dient hier ook aan te voldoen (art. 4.1.1.). De verantwoorde werktoedeling is uitgewerkt in het Kwaliteitskader Jeugd.

Het werken binnen de kaders van verantwoorde werktoedeling stelt drie normen: (1) de hulpverleners dienen geregistreerd professional te zijn (SKJ of BIG), (2) bij het toebedelen van taken aan een geregistreeerde hulpverlener moet rekening gehouden worden met de specialisatie en vaardigheden en (3) de geregistreeerde professional moet kunnen werken volgens een professionele standaard (voorzien door werkgever). Tevens is het fenomeen 'comply or explain' aan de orde, hetgeen betekent dat er werkzaamheden worden uitgevoerd door medewerkers die niet geregistreerd zijn, dit actief in beleid uitgelegd moet worden (explain). Dit mag alleen wanneer aangetoond en vastgelegd is dat de kwaliteit niet nadelig wordt beïnvloed.

Volgens de parameters uit het Kwaliteitskader Jeugd, is er bij de toeleiding naar de niet vrij toegankelijke jeugdhulp aannemelijk dat een vakbekwame geregistreeerde professional nodig is. Daarmee lijkt er geen ruimte te zijn om gebruik te maken van de afwijking middels 'explain'.

#### 5.1.7. Stand van zaken 2015

Vanuit verschillende perspectieven is gekeken hoe 2015 werkelijk verliep. Hiervoor zijn de rapporten van VNG, Monitor Transitie, Transitiecommissie Sociaal Domein en de Kinderombudsman geraadpleegd. Voor dit onderzoek is gemaakt van de meest recente rapportages van de betreffende partijen. Op deze wijze wordt een beeld gegeven over een zo groot mogelijk deel van 2015 en niet alleen de eerste ervaringen. De mate van positiviteit lijkt af te hangen met de geraadpleegde achterban: gemeenten en cliënten. Het feit dat er nog veel te doen is, wordt in alle rapportages wel duidelijk.

#### *Voortgang transitie jeugd*

In 2015 wordt hard gewerkt aan de ontwikkeling van de toegang via gemeenten naar de gespecialiseerde jeugdhulp. De VNG laat in de rapportage 'voortgang transitie jeugd' (Q3, 2015) weten dat de steeds betere onderlinge samenwerking tussen gemeenten en met aanbieders een succesfactor is. Daarnaast wordt er "veel tijd en geld geïnvesteerd in medewerkers, worden verbanden gelegd tussen verschillende zorglijnen en hun kennis". Als gevolg daarvan kan er meer maatwerk worden geleverd en meer ingezet worden op preventie. De gemeenten zetten medewerkers in die eerder elders in het jeugddomein werkzaam waren en voegen op die wijze kennis en expertise toe. Tenslotte geven gemeenten aan dat er nog veel moet gebeuren om echt goed kwalitatief maatwerk te kunnen bieden en aansluiting te vinden met derden en met andere

zorglijnen. Cliënten worden wel steeds meer betrokken. Interessant is dat deze rapportage van VNG weinig concrete onderbouwing toont waarom de ontwikkeling positief is en hoe de toegang vorm krijgt.

#### *Monitor Transitie Jeugd*

De Monitor Transitie Jeugd (jaarrapportage 2015) is minder enthousiast dan de gemeenten aan de VNG laten weten. De meldingen die de De Monitor ontvangt van ouders en jongeren blijven terugkomen en gaan met name over de toegang en de verwijzing naar hulp. Er is een hoge mate van 'kastje naar de muur' effect aan de orde, van afdeling naar wijkteam, van wijkteam naar zorgaanbieder en weer van zorgaanbieder naar gemeente. Daarnaast spelen wachtlijsten een rol, maar ook de tijd tussen het stellen van de hulpvraag en het moment dat cliënten werkelijk hulp krijgen. Dit laatste punt zegt ook iets over de duur tussen het stellen van de hulpvraag en het verwijzen naar een zorgaanbieder. Daarna kan er nog sprake van zijn van een wachtlijst. In veel gevallen ervaren cliënten dat ze niet tijdig informatie krijgen (knelpunt #1) en niet duidelijk is wat de ingezette hulpverlening nu gaat opleveren. In feite kan de cliënt geen verband leggen tussen de gestelde hulpvraag en de ingezette hulpverlening, waarbij afgevraagd kan worden of op interactieve manier voldoende vraagverheldering is toegepast. Het is ook onduidelijk welk proces gelopen gaat worden na het eerste contact met de gemeente (knelpunt #2). De melders van de knelpunten bij De Monitor geven in de jaarrapportage nog een tip mee: "betrek mensen eerder en zorg voor meer deskundigheid". De bejegening en de kwaliteit van de hulp die cliënten ontvangen wordt ook als knelpunt ervaren (knelpunt #3), onder andere omdat de hulpvraag onvoldoende geobjectiveerd werd en cliënten zich niet serieus genomen voelden.

#### *Rapportage Transitiecommissie Sociaal Domein*

Minister Plasterk heeft op 3 september 2015 de derde rapportage van de Transitiecommissie Sociaal Domein ontvangen. Deze commissie ziet dat het realiseren van de toegang een weerbarstige opgave is. De geldende principes zijn: laagdrempelig, integraal en het bieden van maatwerk. Dit allemaal in een wijzigende juridische context. Elke gemeente richt zelf deze voorziening in, waarbij met name wijk- en gebiedsteams een dominante vorm is. Deze vorm is echter wel een containerbegrip geworden en hoe het er nu concreet uit komt te zien is niet duidelijk. "Het blijft een lappendeken waarover nog geen algemene conclusies te trekken zijn." De gemeenten zijn ambitieus van start gegaan om de toegang in te richten en de juiste onderwerpen worden daarbij genoemd: deskundigheid, samenwerking, mandaat, etc. Er wordt met enthousiasme gestart met een integrale aanpak en het inzetten van maatwerk. Er ontstaat ook een brede dialoog in de betrokkenheid en verantwoordelijkheden tussen hulpverlening en de ambtelijke macht, een positieve ontwikkeling. Tijdens de start van de wijkteams en de brede dialoog, is het volgens de Transitiecommissie belangrijk om op meerdere niveaus te investeren in de professionalisering in kennis en competenties.

#### *Kinderombudsman*

De Kinderombudsman heeft een serie van drie rapportages opgesteld met het thema 'De zorg waar ze recht op hebben'. In de derde rapportage (16 maart 2016) wordt 'het goede nieuws' en 'het slechte nieuws' samengevat in hoofdstuk 4. Het goede nieuws is dat jeugdigen en ouders zich gehoord voelen in de toegang naar jeugdhulp. Ze voelen zich serieus genomen en zijn tevreden met de gekozen oplossingen. De bejegening door hulpverleners wordt ook als positief ervaren. Hieronder wordt verstaan vriendelijk, inlevingsvermogen, luisteren en serieus nemen. Het slechte nieuws is dat de expertise in de toegang onvoldoende lijkt, hetgeen ertoe leidt dat betrokkenen twijfelen aan de expertise van wijkteams. De toegang is voor gezinnen soms nog moeilijk te vinden. Initiatieven zoals praktijkondersteuner huisarts (POH) juicht de Kinderombudsman in deze context van harte toe, maar "het mag geen oplossing worden voor het onderliggende probleem; twijfels over de expertise van het wijkteam". Daarbij is ook de borging van de expertise over veiligheid van kinderen in de toegang een zorg van de Kinderombudsman.

Verwijzers hebben onvoldoende zicht op de gecontracteerde jeugdhulpaanbieders, hetgeen adequaat doorverwijzen bemoeilijkt. Daarbij duurt het soms lang voordat jeugdigen en gezinnen de toegang naar de juiste vorm van hulp hebben gevonden. Er zijn zorgwekkende signalen over wachtlijsten, die voortkomen uit diverse oorzaken zoals administratieve keuzes, onbekendheid met aanbod en gebrek aan vertrouwen en daardoor niet tijdige doorverwijzing. Door het gebrek aan vertrouwen ontstaat onvoldoende samenwerking tussen partijen in de keten.

## 5.2. Resultaat onderzoeksvraag 2

Deze paragraaf geeft antwoord op onderzoeksvraag 2: *Welke kwaliteitsdimensies kunnen gehanteerd worden om klantwaarde in het toeleidingsproces te beoordelen?*

Er worden zeven CQ-indexen door het Nederlands Jeugdinstituut gehanteerd (Addink – NJI, 2013). Op basis van een uitkomsten van het bestuderen van de bestaande CQ-indexen is een instrument gekozen om tot een keuze voor kwaliteitsdimensies te komen. De indexen zijn beoordeeld aan de hand van een aantal criteria:

- Aanwezigheid van kwaliteitsdimensies;
- Toepasbaarheid op de brede sector van de jeugdhulp;
- Toetsing door middel van het voorleggen aan een focusgroep;
- Aansluiting bij de theorie van het waardeketenmodel van Porter;
- Aansluiting bij de actuele ontwikkelingen.

De uitkomst is dat de kwaliteitsdimensies uit het instrument Cliënten-toets toepasbaar zijn om de ervaren kwaliteit te meten tijdens het toeleidingsproces naar jeugdhulp.

*Criterion 1:* De kwaliteitsdimensies uit de Cliënten-toets zijn:

- Contact;
- Deskundigheid;
- Informatie;
- Verloop proces;
- Doel en resultaten.

*Criterion 2:* De Cliënten-toets heeft de volgende onderscheidende eigenschappen ter onderbouwing van deze keuze:

1. De Cliënten-toets is het enige instrument dat zich niet beperkt tot een deelsector in de jeugdhulp. De andere instrumenten richten zich specifiek op bijvoorbeeld de jeugdzorg, jeugd-GGZ of de WMO. Het onderzoek naar de klantwaarde in de toeleiding naar jeugdhulp richt zich op de brede doelgroep, niet een deelsector.
2. De Cliënten-toets is het enige instrument dat zich richt op de algemene zin van kwaliteit van zorg. Andere instrumenten richten zich op de eerstelijns zorg of specifiek op de ervaringen van de kwaliteit van de hulpverlening. Het onderzoek richt zich niet op de ervaringen van hulpverlening, maar over de kwaliteit in de toeleiding naar jeugdhulp.
3. De Cliënten-toets is slechts één van de twee instrumenten voor de jeugdzorg die is ingedeeld in kwaliteitsdimensies. De Cliënten-toets is het enige instrument met kwaliteitsdimensies die toegepast kunnen worden op ervaringen in de toeleiding naar jeugdhulp.

De doelstelling van de Cliënten-toets is: “De Cliënten-toets kan gebruikt worden om te signaleren wat jongeren van 12 jaar en ouder die cliënt zijn in de jeugdzorg (en apart de pleegzorg) vinden van de kwaliteit van de zorg. De betrouwbaarheid en validiteit van de kwaliteitsdimensies van de Cliënten-toets zijn vastgesteld (Instrumenten Cliënten-toets, NJI). De uitkomsten kunnen vervolgens gebruikt worden als basis voor interactieve cliëntenfeedback en het doorgeven van verbeteringen in de zorg vanuit cliëntenperspectief.”

*Criterion 3:* De kwaliteitsdimensies uit de C-toets zijn voorgelegd aan een focusgroep met deskundigen (zie bijlage 1). Het resultaat uit de focusgroep is dat de kwaliteitsdimensies vanuit de Cliënten-toets voor ouders geschikt zijn om te hanteren als kwaliteitsdimensies in de beoordeling van klantwaarde in de toeleiding naar jeugdhulp.

*Criterion 4 en 5:* Na het vaststellen van te hanteren kwaliteitsdimensies is aansluiting gezocht bij de actuele ontwikkelingen en het theoretisch kader met betrekking tot de toeleiding naar jeugdhulp. Daarbij is specifiek gekeken naar de Jeugdwet (2015) en het waardeketenmodel (Porter).

#### 1. Contact

- Jeugdwet: De wet stelt als regel dat bij een verwijzing naar jeugdhulp moet worden afgestemd met relevante en betrokken partners, zoals onderwijs en zorg (art. 2.9.).
- Waardeketen: accessing – verwijst naar de wijzen waarop contact gelegd kan worden met de cliënt, maar ook de beweging van de cliënt door het proces.

#### 2. Deskundigheid

- Jeugdwet: Het niveau van de deskundigheid wordt verbonden aan de norm ‘verantwoorde werktoedeling’ met betrekking tot toeleiding, advisering, verwijzing en uitvoering naar en van jeugdhulp (art. 2.7.). Dit is uitgewerkt in het Kwaliteitskader Jeugd.
- Waardeketen: knowledge development – verwijst naar een systematisch proces van bevordering van deskundigheid middels (1) meten en analyseren, (2) verbeteringen doorvoeren en (3) opleiden van medewerkers.

#### 3. Verloop proces

- Jeugdwet: De toegang via de gemeente moet laagdrempelig zijn, goed bereikbaar en beschikbaar om onmiddellijk haar taak uit te kunnen voeren (art. 2.6.).
- Jeugdwet: De wet stelt als regel dat bij een verwijzing naar jeugdhulp moet worden afgestemd met relevante en betrokken partners, zoals onderwijs en zorg (art. 2.9.).

#### 4. Informatie

- Jeugdwet: In ieder geval moeten betrokkenen goed geïnformeerd worden omtrent de ingezette jeugdhulp en de geconstateerde problematiek (art. 7.3.2.).
- Waardeketen: informing – verwijst naar het notificeren, adviseren en coachen van de cliënt. Informeren is belangrijk gedurende het hele proces en kan grote invloed hebben op de behandelresultaten.

#### 5. Doel en resultaat

- Jeugdwet: Deskundige toeleiding naar jeugdhulp dient te leiden tot het veilig en gezond opgroeien van kinderen, te groeien naar zelfstandigheid en voldoende zelfredzaam te worden (art. 2.3.).
- Jeugdwet: Bij het inzetten van jeugdhulp is het wenselijk dat cliënten een eigen keuze kunnen maken met betrekking tot de in te zetten zorgaanbieder. Er moet in ieder geval rekening gehouden worden met bijvoorbeeld culturele omstandigheden of religieuze overtuiging (art. 2.3.). Het gezin moet in de gelegenheid worden gesteld om samen met een hulpverlener een familiegroepsplan op te stellen (art. 2.1.).
- Waardeketen: measuring – meten: verwijst naar het meten van de relevante (medische) omstandigheden, bijvoorbeeld screening, diagnostiek en prestatie-indicatoren. Dit zijn vaak complexe handelingen die systematisch en met deskundigheid uitgevoerd moeten worden vanwege interpretatie.

### 5.3. Resultaat onderzoeksvraag 3

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op onderzoeksvraag 3:

#### *Hoe ervaren de klanten de kwaliteit van de huidige toeleiding naar jeugdhulp?*

De vragenlijst (zie bijlage) ten behoeve van de ervaren klantwaarde is over een periode van 30 dagen schriftelijk afgenomen bij cliënten van Jeugdhulp Friesland. Het moment van afnemen van de vragenlijst is tijdens de intake van cliënten voor Jeugdhulp Friesland. De doelgroep is beperkt door de vragenlijst af te nemen bij de cliënten die nieuw in zorg kwamen en derhalve zeer recent het proces van toeleiding hebben doorlopen. De hulpverleners die de intake uitvoeren, hebben de vragenlijst aangeboden.

In de afnameperiode is elke week een mail verzonden aan de betrokken leidinggevenden van de hulpverleners van Jeugdhulp Friesland. Deze mail diende als reminder om de vragenlijsten af te nemen en de respons te bevorderen. De vragenlijst kon ook digitaal afgenomen worden, wanneer cliënten daar gebruik van wilden maken. Hiervoor is de vragenlijst als formulier (pdf) ontwikkeld met een knop om het ingevulde formulier automatisch als bijlage in een email te verzenden, waarbij het geadresseerde emailadres ook automatisch werd ingevuld.

De respons betrof N=44 in vergelijking met het aantal gezinnen in zorg genomen N=131. Responsratio betreft 33,58%. Met betrekking tot de correlatietest is de formule van Pearson toegepast bij vragen 3 tot en met 8. De scores uit de Pearson correlatietest vertegenwoordigen de mate van correlatie, van hoog, medium en laag. Een hoge correlatie kent een waarde tussen 0,5 en 1,0, een gemiddelde correlatie een waarde tussen 0,3 en 0,5 en een lage correlatie een waarde tussen 0,1 en 0,3. Deze waarden kunnen ook negatief zijn, waarbij dan dezelfde mate van correlatie aan de orde is. Positieve correlatie gaat ervan uit dat wanneer een uitkomst positiever wordt, een andere uitkomst ook positiever wordt. Dit is omgekeerd ook aan de orde als een uitkomst negatiever wordt, dan wordt een andere uitkomst dat ook.

De tweezijdige significantie is bepaald op 0,05, hetgeen betekent dat er pas sprake is van significantie als er het toevalpercentage lager is dan 5%. Tweezijdige significantie houdt rekening met de mogelijkheid van zowel een positief als een negatief effect

#### 5.3.1. Resultaten totaal

Uit de respons van de vragenlijst zijn de volgende antwoordcategorieën afgeleid:

1. Gemiddeld tevredenheidcijfer;
2. Gemiddeld aantal betrokken organisaties;
3. Gemiddeld aantal hulpverleners.
4. Gemiddeld weken wachtend;
5. Ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie.

Na het verzamelen van de uitkomsten met betrekking tot de tevredenheid en ervaringen, zijn analyses uitgevoerd naar onderlinge relaties tussen de antwoordcategorieën. De uitkomsten van deze analyses kunnen naar verwachting bijdragen aan het herontwerp van het toeleidingsproces. Voor deze analyses zijn de volgende antwoordcategorieën geformuleerd:

6. Ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie in relatie met aantal betrokken organisaties;
7. Ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie in relatie met aantal betrokken hulpverleners;
8. Ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie in relatie met aantal weken wachtend;
9. Tevredenheid in relatie met aantal betrokken organisaties;
10. Tevredenheid in relatie met aantal betrokken hulpverleners;
11. Tevredenheid in relatie met aantal weken wachtend.

*Antwoordcategorie 1:* De respondenten hebben een gemiddeld tevredenheidscijfer gegeven van een 7,45 (N=41) op een 10-punts schaal.

*Antwoordcategorie 2:* Het gemiddeld aantal betrokken organisaties gedurende het toeleidingsproces betreft tussen de 2 en 3 organisaties.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Hoeveel organisaties waren betrokken in het hele proces t/m aanmelding bij JHF?	43	0	10	2,33	1,769
Valid N (listwise)	43				

*Antwoordcategorie 3:* Het gemiddeld aantal betrokken hulpverleners gedurende het toeleidingsproces betreft tussen de 2 en 3 hulpverleners.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Hoeveel hulpverleners waren betrokken in het hele proces t/m aanmelding bij JHF?	43	0	10	2,98	2,405
Valid N (listwise)	43				

*Antwoordcategorie 4:* Gemiddeld heeft het toeleidingsproces van de respondenten 6,88 weken geduurd.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Hoeveel weken zaten er tussen het moment dat u hulp ging zoeken tot de intake bij JHF?	41	0	26	6,88	7,514
Valid N (listwise)	41				

*Antwoordcategorie 5:* De ervaren kwaliteit door de respondenten wordt gemiddeld gescoord tussen 'mee eens' en 'helemaal mee eens'. Dit betekent dat de cliënten positief tot zeer positief zijn over de ervaren kwaliteit in het toeleidingsproces naar jeugdhulp. De vraagstelling is gebaseerd op een 4-puntschaal:

1. Helemaal niet mee eens
2. Niet mee eens
3. Mee eens
4. Helemaal mee eens

	Contact	Deskundigheid	Verloop_proces	Informatie	Doel_resultaat
Mean	3,5474	3,4808	3,2941	3,4359	3,5000
N	38	39	34	39	38
Std. Deviation	,55931	,54527	,66706	,50236	,50337

*Antwoordcategorie 6:* Er is geen sprake van een significante ( $>0,05$ ) correlatie ( $<0,3$ ) tussen het aantal betrokken organisaties en de respons op de kwaliteitsdimensies.

	Hoeveel organisaties waren betrokken in het hele proces t/m aanmelding bij JHF?	Contact	Deskundigheid	Verloop_proces	Informatie	Doel_resultaat
Pearson Correlation	1	,072	,169	,076	,198	,132
Sig. (2-tailed)		,671	,311	,674	,232	,436
N	43	37	38	33	38	37

*Antwoordcategorie 7:* Er is geen sprake van een significante ( $>0,01$ ) correlatie ( $<0,3$ ) tussen het aantal betrokken hulpverleners en de respons op de kwaliteitsdimensies.

Klantwaarde en toeleiding naar jeugdhulp,  
na de decentralisatie

	Hoeveel hulpverleners waren betrokken in het hele proces t/m aanmelding bij JHF?	Contact	Deskundigheid	Verloop_proces	Informatie	Doel_resultaat
Pearson Correlation	1	-,011	,054	-,112	,099	,019
Sig. (2-tailed)		,949	,749	,536	,553	,913
N	43	37	38	33	38	37

*Antwoordcategorie 8:* Er is geen sprake van een significante ( $>0,01$ ) correlatie ( $<0,3$ ) tussen het aantal weken wachten en de respons op de kwaliteitsdimensies.

	Hoeveel weken zaten er tussen het moment dat u hulp ging zoeken tot de intake bij JHF?	Contact	Deskundigheid	Verloop_proces	Informatie	Doel_resultaat
Pearson Correlation	1	-,188	-,158	-,200	-,159	-,088
Sig. (2-tailed)		,273	,350	,272	,348	,609
N	41	36	37	32	37	36

*Antwoordcategorie 9:* De correlatie tussen de tevredenheid en het aantal betrokken organisaties lijkt gemiddeld te zijn (tussen -0,3 en -0,5), echter deze is niet significant ( $>0,01$ ). Het aantal betrokken organisaties heeft geen invloed op de tevredenheid van cliënten.

	Hoeveel organisaties waren betrokken in het hele proces t/m aanmelding bij JHF?	Bent u tevreden over de toeleiding naar zorg?
Pearson Correlation	1	-,042
Sig. (2-tailed)		,799
N	43	40

*Antwoordcategorie 10:* De correlatie tussen de tevredenheid en het aantal betrokken hulpverleners lijkt laag te zijn (tussen -0,1 en -0,3), echter deze is niet significant ( $>0,01$ ). Het aantal betrokken hulpverleners heeft geen invloed op de tevredenheid van cliënten.

	Hoeveel hulpverleners waren betrokken in het hele proces t/m aanmelding bij JHF?	Bent u tevreden over de toeleiding naar zorg?
Pearson Correlation	1	-,112
Sig. (2-tailed)		,491
N	43	40

*Antwoordcategorie 11:* De correlatie tussen de tevredenheid en het aantal weken wachtend is gemiddeld (tussen -0,1 en -0,3) en significant (niveau  $<0,05$ ). Het aantal weken wachtend heeft invloed op de tevredenheid van cliënten, hetgeen betekent dat de tevredenheid daalt wanneer er langer gewacht moet worden tijdens het toeleidingsproces.

	Hoeveel weken zaten er tussen het moment dat u hulp ging zoeken tot de intake bij JHF?	Bent u tevreden over de toeleiding naar zorg?
Pearson Correlation	1	-,353 *
Sig. (2-tailed)		,030
N	41	38

### 5.3.2. Resultaten per route

Uit de respons van de vragenlijst zijn de onderstaande antwoordcategorieën per route afgeleid. Door middel van deze antwoordcategorieën kan vastgesteld worden of de tevredenheid per route afwijkt. Uitkomsten kunnen bruikbaar zijn in het herontwerp ten behoeve van onderzoeksvraag 5.

1. Tevredenheidscijfer;
2. Ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie;
3. Gemiddeld weken wachtend per route;
4. Gemiddeld aantal organisaties per route;
5. Gemiddeld aantal hulpverleners per route.

De uitkomsten die verbonden zijn aan een respons lager dan 10% van de totale respons (N=4,4 afgerond N=5) wordt gezien als niet representatieve data respons voor de groep cliënten die via deze toeleidingroute jeugdhulp ontvangen.

#### Resultaten route huisarts

De respondenten beoordelen de route via de huisarts met een 7,50 (N=6), variërend tussen een 1 en een 10 (standaarddeviatie 3,27). Er waren gemiddeld 1,83 organisaties betrokken in het toeleidingsproces en tevens 1,83 hulpverleners. De cliënten hebben gedurende deze route 6,67 weken gewacht tot de intake bij een jeugdhulpaanbieder. De ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie is per dimensie gemiddeld tussen de 3 en de 4 op een vierpuntschaal, waarbij grote verschillen tussen de scores zitten.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	4	4,00	4,00	4,0000	,00000
Deskundigheid	5	3,50	4,00	3,8500	,22361
Verloop_proces	5	1,50	4,00	3,3000	1,02164
Informatie	6	2,50	4,00	3,4583	,65986
Doel_resultaat	6	2,50	4,00	3,6250	,58630
Valid N (listwise)	3				

#### Resultaten route wijk- en gebiedsteam

De respondenten beoordelen de route via het wijk- of gebiedsteam met een 7,8 (N=17), variërend tussen een 5 en een 10 (standaarddeviatie 1,29). Er waren gemiddeld 2,2 organisaties betrokken in het toeleidingsproces en 2,95 hulpverleners. De cliënten hebben gedurende deze route 4,72 weken gewacht tot de intake bij een jeugdhulpaanbieder. De ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie is per dimensie gemiddeld tussen de 3 en de 4 op een vierpuntschaal.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	17	2,00	4,00	3,4588	,56020
Deskundigheid	17	2,25	4,00	3,3971	,56637
Verloop_proces	14	2,75	4,00	3,4643	,46881
Informatie	16	2,75	4,00	3,4531	,49345
Doel_resultaat	15	3,00	4,00	3,5833	,39716
Valid N (listwise)	13				

#### Resultaten route Regiecentrum Bescherming & Veiligheid (vrijwillig kader)

De respondenten beoordelen deze route met een 6,5 (N=5), variërend tussen een 4 en een 9 (standaarddeviatie 1,94). Er waren gemiddeld 3,8 organisaties betrokken in het toeleidingsproces en 4,6 hulpverleners. De cliënten hebben gedurende deze route 11,2 weken gewacht tot de intake bij

een jeugdhulpaanbieder. De ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie is per dimensie gemiddeld tussen de 3 en de 4 op een vierpuntschaal, met een kleine uitzondering op de kwaliteitsdimensie 'verloop proces'.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	5	2,40	4,00	3,2000	,70711
Deskundigheid	5	2,50	4,00	3,1000	,57554
Verloop_proces	5	2,00	4,00	2,9500	,79844
Informatie	5	2,75	4,00	3,3000	,54199
Doel_resultaat	5	2,25	4,00	3,1000	,62750
Valid N (listwise)	5				

#### Resultaten route Regiecentrum Bescherming & Veiligheid (gedwongen kader)

De respondenten beoordelen deze route met een 7,0 (N=2), variërend tussen een 4 en een 10 (standaarddeviatie 4,24). Er waren gemiddeld 2,5 organisaties betrokken in het toeleidingsproces en 3 hulpverleners. De cliënten hebben gedurende deze route 3 weken gewacht tot de intake bij een jeugdhulpaanbieder. De ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie is per dimensie gemiddeld tussen de 3 en de 4 op een vierpuntschaal.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	2	2,60	4,00	3,3000	,98995
Deskundigheid	2	2,50	4,00	3,2500	1,06066
Verloop_proces	2	2,00	4,00	3,0000	1,41421
Informatie	2	2,75	4,00	3,3750	,88388
Doel_resultaat	2	2,50	4,00	3,2500	1,06066
Valid N (listwise)	2				

#### Resultaten route Spoed

De respondenten beoordelen deze route met een 5,0 (N=1). Er waren gemiddeld 3 organisaties betrokken in het toeleidingsproces en 7 hulpverleners. De cliënt heeft gedurende deze route 2 weken gewacht tot de intake bij een jeugdhulpaanbieder. De ervaren kwaliteit per dimensie is tussen de 3 en de 4 op een vierpuntschaal gescoord, met een uitzondering op de kwaliteitsdimensie 'verloop proces'.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	1	4,00	4,00	4,0000	.
Deskundigheid	1	4,00	4,00	4,0000	.
Verloop_proces	1	2,50	2,50	2,5000	.
Informatie	1	3,50	3,50	3,5000	.
Doel_resultaat	1	3,50	3,50	3,5000	.
Valid N (listwise)	1				

#### Resultaten route Overig

De respondenten beoordelen de overige routes met een 7,67 (N=9). Er waren gemiddeld 2,13 organisaties betrokken in het toeleidingsproces en 2,63 hulpverleners. De cliënten hebben gedurende deze route 10,6 weken gewacht tot de intake bij een jeugdhulpaanbieder, variërend van 1 tot 25 weken (standaarddeviatie 8,14). De ervaren kwaliteit per kwaliteitsdimensie is per dimensie gemiddeld tussen de 3 en de 4 op een vierpuntschaal, met een kleine uitzondering op de kwaliteitsdimensie 'verloop proces' en 'informatie'.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	8	3,00	4,00	3,6750	,43997
Deskundigheid	8	3,00	4,00	3,6563	,44194
Verloop_proces	7	2,75	4,00	3,3929	,45316
Informatie	8	2,75	4,00	3,4688	,48985
Doel_resultaat	8	3,00	4,00	3,5938	,46170
Valid N (listwise)	7				

#### 5.4. Resultaat onderzoeksvraag 4

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op onderzoeksvraag 4:

*Welke kwaliteitsdimensies vinden de klanten belangrijker?*

In de vragenlijst hebben respondenten een score toegekend aan de kwaliteitsdimensies, op basis van een vijfpuntschaal van 1 (minst belangrijk) tot en met 5 (meest belangrijk). Het uitgangspunt is dat alle kwaliteitsdimensies belangrijk zijn in het toeleidingsproces. De scores 1 tot en met 5 konden gescoord worden over de kwaliteitsdimensies, om zodoende te bepalen welke kwaliteitsdimensies door de respondent als minst belangrijk tot meest belangrijk worden ervaren.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is het criterium gesteld dat een gemiddelde score hoger dan 4 maakt dat een kwaliteitsdimensie als belangrijker wordt ervaren.



De respondenten (N=44) hebben aangegeven dat de kwaliteitsdimensies 'Doel en Resultaat' met een gemiddelde score van 4,26 als meest belangrijk wordt ervaren.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	44	1	5	3,52	1,267
Deskundigheid	44	1	5	3,89	1,146
Verloop Proces	44	1	5	2,80	1,391
Informatie	44	1	5	3,00	1,585
Doel en Resultaat	42	1	5	4,26	1,127
Valid N (listwise)	42				

De respondenten hebben op de vragen die gekoppeld zijn aan de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' als volgt gescoord:

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ik weet wat het doel van de hulp is	43	2	4	3,67	,522
Bij de keuze voor hulpverlening wordt mijn mening belangrijk gevonden	42	1	4	3,48	,707
Ik heb er vertrouwen in dat de hulpverlening ons gezin gaat helpen	41	2	4	3,41	,631
Ik vertrouw erop dat de doelen behaald gaan worden	41	2	4	3,37	,623
Valid N (listwise)	41				

De correlatie (<0,05) tussen het tevredenheidscijfer en de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaat' is significant (tussen 0,5 en 1,0), hetgeen betekent dat de stijging in de ervaren kwaliteit in de dimensie 'Doel en Resultaat' significant verband houdt met de tevredenheid over de toeleiding naar jeugdhulp.

		Bent u tevreden over de toeleiding naar zorg?	Doel_resultaat
Bent u tevreden over de toeleiding naar zorg?	Pearson Correlation	1	,731**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	41	36
Doel_resultaat	Pearson Correlation	,731**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	36	38

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Van de respondenten (N=6) die de route via de huisarts hebben doorlopen, geven aan dat de kwaliteitsdimensies 'Deskundigheid' en 'Doel en Resultaten' als meest belangrijk worden gezien (score 4,50). Tevens wordt kwaliteitsdimensie 'Contact' als belangrijk gezien (score 4,17).

Klantwaarde en toeleiding naar jeugdhulp,  
na de decentralisatie

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	6	3	5	4,17	,753
Deskundigheid	6	4	5	4,50	,548
Verloop Proces	6	2	5	3,50	1,378
Informatie	6	1	5	3,50	1,975
Doel en Resultaat	6	3	5	4,50	,837
Valid N (listwise)	6				

De respondenten (N=22) die de route via het wijk- of gebiedsteam hebben doorlopen geven aan dat de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' als meest belangrijk wordt ervaren (score 4,05). De kwaliteitsdimensie 'Deskundigheid' wordt gescoord met een 3,90 als tweede meest belangrijke dimensie ervaren, de score blijft echter net onder de 4,00.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	20	1	5	3,30	1,380
Deskundigheid	20	1	5	3,90	1,252
Verloop proces	20	1	5	2,85	1,424
Informatie	20	1	5	3,35	1,565
Doel en Resultaat	19	1	5	4,05	1,393
Valid N (listwise)	19				

Met betrekking tot de route Regiecentrum Bescherming en Veiligheid (vrijwillig kader), scoren de respondenten (N=5) de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' als meest belangrijk (score 4,20).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	5	3	5	3,80	,837
Deskundigheid	5	2	5	3,60	1,140
Verloop Proces	5	1	3	2,00	1,000
Informatie	5	1	4	2,40	1,140
Doel en Resultaat	5	3	5	4,20	1,095
Valid N (listwise)	5				

Met betrekking tot de route Regiecentrum Bescherming en Veiligheid (gedwongen kader), scoren de respondenten (N=2) de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' als meest belangrijk (score 5).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	2	1	2	1,50	,707
Deskundigheid	2	2	3	2,50	,707
Verloop Proces	2	2	4	3,00	1,414
Informatie	2	1	2	1,50	,707
Doel en Resultaat	1	5	5	5,00	.
Valid N (listwise)	1				

Van de respondenten (N=1) die de route via de Spoed hebben doorlopen, geeft de respondent aan dat de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' als meest belangrijk wordt ervaren (score 5).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	1	3	3	3,00	.
Deskundigheid	1	4	4	4,00	.
Verloop Proces	1	2	2	2,00	.
Informatie	1	1	1	1,00	.
Doel en Resultaat	1	5	5	5,00	.
Valid N (listwise)	1				

De respondenten (N=9) die overige routes hebben doorlopen, geven aan dat de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' als meest belangrijk wordt ervaren (score 4,56).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contact	9	2	5	3,89	1,269
Deskundigheid	9	2	5	3,89	1,269
Verloop Proces	9	1	5	2,67	1,658
Informatie	9	1	5	2,67	1,581
Doel en Resultaten	9	3	5	4,56	,726
Valid N (listwise)	9				

## 5.5. Resultaat onderzoeksvraag 5

Tenslotte wordt in deze paragraaf de laatste onderzoeksvraag 5 beantwoord:

*Welke verbeteringen in het per 2015 opgestelde toeleidingsproces kunnen bijdragen aan verbetering van de voor klanten belangrijke kwaliteitsdimensies?*

In paragraaf 5.5.1. wordt een weergave van de paneldiscussie gegeven die is ingezet om het herontwerp van het toeleidingsproces aan te laten sluiten bij de praktijk. In paragraaf 5.5.2. wordt ingegaan op verschillende verbeterpunten, als resultaat van de paneldiscussie, die worden verwerkt in het herontwerp.

### 5.5.1. Panelgroep

Ten behoeve van de resultaten van bovenstaande onderzoeksvraag is de panelgroep van deskundigen (zie bijlage 1) ingezet om te reflecteren op kwaliteitsdimensies, ervaringen van cliënten en afwijkingen gebaseerd op de resultaten van de onderzoeksvragen twee tot en met vier. Er worden elementen bepaald die bruikbaar zijn in een herontwerp en gereflecteerd op afwijkingen tussen verwachtingen en ervaringen van cliënten. Op deze wijze zijn deskundigen geraadpleegd en is aansluiting gezocht bij de praktijk.

De bijeenkomst met de panelgroep is als volgt in stappen opgebouwd:

1. Er is een korte uiteenzetting gedaan van de historische en actuele ontwikkelingen, in de chronologie van de resultaten van onderzoeksvraag één.
2. Daarna is op basis van de definitie van kwaliteitsdimensies, een discussie gevoerd welke kwaliteitsdimensies vanuit de panelgroep gezien worden als belangrijk voor de toeleiding in Friesland.
3. In stap drie zijn de kwaliteitsdimensies gepresenteerd die gebruikt zijn om de tevredenheid te meten, inclusief de onderbouwing van de keuze. De panelgroep wordt gevraagd om te reflecteren op de kwaliteitsdimensies in relatie tot eigen ervaringen in de praktijk. Daarbij is de vraag gesteld welke dimensie zij verwachten dat de cliënten het meest belangrijk vinden.
4. De onderzoeker heeft een korte samenvatting gegeven van de GAP-analyse. De panelgroep is gevraagd of zij een GAP verwachten in relatie tot de kwaliteitsdimensies en de uitkomsten van de ervaringen.
5. In deze stap zijn de voorlopige resultaten gepresenteerd uit de kwantitatieve data over de cliënttevredenheid. De panelgroep is gevraagd te reflecteren op de uitkomsten in relatie tot praktijkervaring en de verwachte GAP (zie paragraaf 4.1.).
6. Tenslotte zijn vijf vragen gesteld die zijn afgeleid van het uit het theoretisch kader en de resultaten van onderzoeksvraag één. De vragen zijn gelegitimeerd vanuit literatuur en onderhavig onderzoek. De beantwoording ervan is relevant in het kader van het beoogde herontwerp van het toeleidingsproces.
  - a. *Op welke wijze en op welk moment dient verantwoorde werktoedeling (geregistreeerde professional) in de toeleiding naar jeugdhulp worden geborgd?*  
In de Jeugdwet staat expliciet bepaald dat er sprake van 'verantwoorde werktoedeling' moet zijn tijdens de toeleiding naar jeugdhulp, hetgeen is uitgewerkt in het Kwaliteitskader Jeugd (zie paragraaf 5.1.3 en 5.1.6). Deze vraag wordt gesteld omdat in gemeentelijk beleid (zie paragraaf 3.1) niet duidelijk wordt hoe en wanneer de inzet van de geregistreeerde professional bepaald en geborgd is. De kwaliteitsdimensie Deskundigheid is hieraan verbonden (zie paragraaf 5.2) en ook de kwaliteit van de vraagverheldering (zie paragraaf 4.5). De inzet van een geregistreeerd professional is verplicht en het moment van inzet verbonden aan vraagverheldering in het toeleidingproces.
  - b. *Is het ordeningsprincipe in het toeleidingsproces bruikbaar als taxatie-instrument ten behoeve van besluitvorming voor gespecialiseerde jeugdhulp?*

In Friesland is een ordeningsprincipe aangenomen (Oijen, J. van - Ordeningsprincipe Kind in Fryslân) om te bepalen wanneer er sprake is van gespecialiseerde jeugdhulp (zie paragraaf 3.2). Naast het verlenen van inzicht om de jeugdhulp beleidsmatig te ordenen, is het de vraag of het model ook bruikbaar is in het toeleidingsproces als objectieve methode om te bepalen of er sprake is van toeleiding naar gespecialiseerde jeugdhulp.

- c. *Vindt u het belangrijk om gevalideerde instrumenten te gebruiken om aard en ernst te beoordelen om tot een besluit voor type jeugdhulp te komen?*

In het beleid van gemeenten en de routes (zie paragraaf 3.1) wordt vermeld dat de vraagverheldering methodisch plaatsvindt, maar er worden geen specifieke gevalideerde instrumenten genoemd om aard en ernst van de hulpvraag te beoordelen. Vanuit de literatuur blijkt dat het belangrijk is dat dit professionele oordeelsvorming plaatsvindt (Bartelink, ten Berge & van Yperen, zie paragraaf 4.5). Via relevante en verantwoorde vraagverheldering wordt bepaald welke gespecialiseerde hulp ingezet zou moeten worden en is daarmee van belang in het toeleidingsproces.

- d. *Is het mogelijk en wenselijk om het ondersteuningsplan en familiegroepsplan als geïntegreerd plan na intake en diagnostiek op te stellen?*

In het beleid van gemeenten wordt vermeld dat wijk- en gebiedsteams ondersteuningsplannen opstellen (zie paragraaf 3.1). In de Jeugdwet wordt vermeld dat een gezin de mogelijkheid moet hebben om een familiegroepsplan op te stellen en een zorgaanbieder stelt een behandelplan op. Er worden dus verschillende plannen genoemd die gedurende het toeleidingsproces of vlak na het toeleidingsproces opgesteld (moeten) worden. Vanuit de theorie van LEAN (zie paragraaf 4.4) kan het opstellen van meerdere plannen duiden op verspilling. Derhalve is de vraag of er in het toeleidingproces mogelijkheden zijn om het aantal plannen te reduceren. In een waardeketen dienen de schakels in de keten waarde aan elkaar toe te voegen. Aansluitend op de vraag of het aantal plannen gereduceerd kan worden, kan het moment van opstellen of bijstellen van plannen mogelijk waarde toevoegen in het proces.

- e. *Is het te adviseren om een standaard toeleidingsproces te ontwikkelen in vergelijking met meerdere routes in de huidige situatie in Friesland?*

In Friesland zijn meerdere routes ontwikkeld (zie paragraaf 3.3). Vanuit de theorie van processen (paragraaf 4.4.) wordt aangegeven dat een standaard proces voordelen heeft met betrekking tot continu doorontwikkelen en verbeteren (Borghuis, T. 2011).

Onderstaand wordt per stap ingegaan op de reflectie van de panelgroep en waar relevant de daaraan door de panelgroep afgeleide conclusies.

**Stap 1:** Het panel reageert met herkenning op de ambities van de 'Wet op de jeugdzorg' (Wjz) om een geïntegreerde toegang te realiseren door middel van Bureau Jeugdzorg (BJZ). Enkele panelleden waren destijds werkzaam bij BJZ en herinneren de 'glossy' folders nog. Tegelijk bevestigen ze dat dit niet geslaagd is vanwege de schotten tussen wet- en regelgeving en financiering. Tevens dat BJZ een hoge drempel heeft gekregen en als indicatiestellend orgaan werd gezien. Het panel merkte op dat de ambities van de decentralisatie van de jeugdzorg (2015) behoorlijk overeenkomen met destijds de Wjz (2005) en dit voor hun een signaal is om niet opnieuw in dezelfde valkuilen te stappen. Momenteel worden namelijk veel regels, procedures, productcodes en formulieren ontwikkeld bij gemeenten die neigen naar eenzelfde vorm van bureaucratie die ongewenst is in vergelijking met de uitkomsten van de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg.

**Stap 2:** Het panel benoemt (na discussie) vier kwaliteitsdimensies als relevant voor de toeleiding, namelijk: contact, proces, deskundigheid en resultaat. Persoonlijk contact wordt in relatie gebracht

met de verwachting dat cliënten een persoonlijk gesprek liever hebben dan allerlei formulieren. De dimensie 'proces' brengt het panel in relatie tot het gebruik van zo weinig mogelijk schakels in relatie tot snelheid en in relatie tot het voorkomen van herhaling zodat de cliënt steeds opnieuw het verhaal hoeft te doen. Tijdens de toeleiding is het van belang om de juiste deskundigheid in te zetten ten behoeve van vraagverheldering. Het resultaat is volgens het panel van belang om de juiste keuze te kunnen maken voor gespecialiseerde zorg. Met betrekking tot deskundigheid merkt het panel op dat het een (te) complexe opgave is om vorm te geven aan generalistische wijkteams (inclusief participatie en WMO). Het panel vraagt zich af of dit toekomstbestendig is vanwege de specifieke deskundigheid die nodig is in de juiste toeleiding naar jeugdhulp. Er worden bijvoorbeeld aandachtfunctionarissen benoemd in wijkteams om dit te compenseren. De verschillen in deskundigheid per gemeente leveren soms ook verschillende uitkomsten van verwijzingen. Panellleden herkennen willekeur van uitkomsten en vinden dat zorgelijk omdat verwijzingen naar specialistische jeugdhulp gebaseerd kunnen worden op normen en waarden van een medewerker in plaats van deskundige op vraagverheldering en oordeel. Er zijn in de wijkteams geen uitgebreide toetsingssystemen zoals in het oude stelsel of in de WMO. Het nadeel van dergelijke systemen is dat het maatwerk uitsluit en niet vanuit de mogelijkheden van cliënten wordt geredeneerd. Maatwerk leidt overigens weer tot ongewenste precedentes, volgens de ervaringen van panellleden.

**Stap 3:** De toegepaste kwaliteitsdimensies in dit onderzoek sluiten volgens het panel goed aan bij de kwaliteitsdimensies die in de paneldiscussie tot stand zijn gekomen. Om een standpunt in te nemen over welke kwaliteitsdimensie door cliënten als meest belangrijk wordt gezien, kijkt het panel met name naar de dimensies contact en deskundigheid. Gedurende deze discussie ontstaat de vraag of adequaat contact en deskundigheid niet automatisch leidt tot een goed verloop van het proces en een juist resultaat. Daarmee worden de kwaliteitsdimensies aan elkaar verbonden. Uiteindelijk kiest het panel voor de dimensie deskundigheid, gebaseerd op de verwachting dat cliënten het meest belang hecht aan een hulpverlener die weet waar ze over spreekt in relatie tot de hulpvraag.

**Stap 4:** Met betrekking tot de afwijkingen tussen verwachtingen en ervaringen van cliënten heeft het panel een discussie gevoerd over de afwijkingen die zij verwachten (zie ook GAP-analyse in paragraaf 4.1) met betrekking tot de kwaliteitsdimensies. Het panel benoemt dat de definiëring van kwaliteit nog niet duidelijk is in brede zin en daarmee ook niet voor de toeleiding naar jeugdhulp (GAP 2, zie paragraaf 4.1). Daarnaast zijn zorgaanbieders na de decentralisatie zichzelf sterk gaan profileren door te adverteren met rechtstreekse aanmelding door cliënten of voeren een lobby richting huisartsen om rechtstreeks aan te melden. Gedurende het proces van aanmelding door de cliënt zelf, wordt een wijkteam als indicatiesteller ingezet (soms pas na afgeronde intake bij een zorgaanbieder). De cliënt verwacht snel een verwijzing te krijgen, terwijl het wijkteam vanuit eigen verantwoordelijkheid de brede vraagverheldering wil opstarten. Hierdoor ontstaat een afwijking in de belofte van de zorgaanbieder in het proces van toeleiding (GAP 4, zie paragraaf 4.1). Er ontstaan ook verschillen tussen belofte en prestatie doordat gezinnen soms verhuizen van de ene naar de andere gemeente. In de aanvankelijke gemeente is een wijkteam gestart met een familiegroepsplan, maar in de volgende gemeente kan deze niet uitgevoerd worden. Tenslotte wordt in het panel geconstateerd dat de betrokken organisaties druk zijn om processen en samenwerkingen vorm te geven naar aanleiding van de decentralisatie. In deze fase wordt nog weinig gekeken naar hoe de cliënt de toeleiding zal ervaren en daarmee is er eigenlijk geen zicht op de verwachting van de cliënt (GAP 1 en heeft betrekking op alle dimensies).

**Stap 5:** Het panel is verrast over de positieve voorlopige uitslagen uit de vragenlijsten. Het gemiddelde cijfer wordt als zeer positief ervaren, gezien de toeleiding nog sterk in ontwikkeling is en ambities nog niet behaald zijn. In die context is het panel ook erg tevreden met de scores op de kwaliteitsdimensies. Het panel verwacht dat het cijfer voor de toeleiding via de huisarts hoger is dan via het wijkteam, vanwege de aanname dat de toeleiding via de huisarts korter zal zijn en een wijkteam veel bredere vraagverheldering toepast, hetgeen cliënten mogelijk niet altijd op prijs

stellen. Tegelijk leveren wijkteams soms hoge mate van maatwerk en contact, dat weer een hoger cijfer kan opleveren. Het blijkt dat het cijfer voor toeleiding via wijkteam hoger ligt dan via de huisarts.

Het panel heeft een andere kwaliteitsdimensie, 'deskundigheid', als meest belangrijk gevonden dan de cliënten, 'doel en resultaat'. Het panel kan zich vanuit cliëntperspectief wel voorstellen dat doel en resultaat van de toeleiding uiteindelijk het meest belangrijk is voor een gezin met en hulpvraag.

**Stap 6:** De vragen worden als volgt beantwoord door het panel:

- a. *Op welke wijze en op welk moment dient verantwoorde werktoedeling (geregistreerde professional) in de toeleiding naar jeugdhulp worden geborgd?*  
Op het moment dat blijkt dat er sprake is van een hulpvraag met betrekking tot jeugdhulp, moet een geregistreerde jeugdhulpverlener worden ingezet. Dit zou tenminste moeten starten in de fase van vraagverheldering. Het panel vindt dat tijdige inzet van een geregistreerde jeugdhulpverlener ten behoeve van vraagverheldering een bijdrage is aan effectieve toeleiding naar jeugdhulp en daarmee aan de kwaliteitsdimensie 'doel en resultaat' die door cliënten als meest belangrijk wordt aangegeven.
- b. *Is het ordeningsprincipe in het toeleidingsproces bruikbaar als taxatie-instrument ten behoeve van besluitvorming voor gespecialiseerde jeugdhulp?*  
Vanuit het panel benoemd dat het ordeningsprincipe in Friesland in de praktijk niet bekend is. Het ordeningsprincipe is wel bruikbaar als taxatie-instrument wanneer er vragen worden toegevoegd om het te operationaliseren. Deze taxatie dient uitgevoerd te worden door een geregistreerde hulpverlener, vanwege het inzicht dat vereist is om taxatievragen te beantwoorden. De uitkomst van de taxatie levert inzicht in voor wijk- en gebiedsteams om te bepalen of er gespecialiseerde jeugdhulp nodig is. Het komt nu voor dat het medewerkers in de wijk- en gebiedsteam soms erg puzzelt of hulpvragen door henzelf, anders in de eerste lijn of in de gespecialiseerde jeugdhulp thuishoren. Opvoedingsvragen kunnen door de eerste lijn worden uitgevoerd, opvoedingsspanning door het wijk- en gebiedsteam, opvoedingsnood en –crisis door de gespecialiseerde jeugdhulp. De taxatie op basis van de ordening kan medewerkers in wijk- en gebiedsteams ondersteunen.
- c. *Vindt u het belangrijk om gevalideerde instrumenten te gebruiken om aard en ernst te beoordelen om tot een besluit voor type jeugdhulp te komen?*  
Het is wenselijk om gevalideerde instrumenten toe te passen om meer objectief aard en ernst te bepalen, snelheid in het proces te houden en de juiste zorgaanbieder te selecteren. Enkele panelleden benoemen dat het moeilijk is te bepalen welke instrumenten toe te passen, gezien de hoeveelheid van aanbod op dit gebied. Het is de vraag welke instrumenten het best aansluiten bij de praktijk van wijk- en gebiedsteams, maar ook bij de visie van gemeenten. Tegelijk geven de panelleden aan dat de inzet van instrumenten niet moet leiden tot oneindig invullen van lijstjes of dat hulpverleners zich verschuilen achter instrumenten en daarmee de transformatiegedachte verloren gaat. Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder zijn de uitkomsten van gevalideerde instrumenten erg goed te gebruiken om in een doorgaande lijn diagnostiek uit te voeren en hiermee adequate informatie alsook een duidelijke hulpvraag beschikbaar te hebben. Dit vindt in de huidige processen nog erg weinig plaats.
- d. *Is het mogelijk en wenselijk om het ondersteuningsplan en familiegroepsplan als geïntegreerd plan na intake en diagnostiek op te stellen?*  
Het integreren van het ondersteuningsplan en familiegroepsplan ná intake en diagnostiek wordt niet ondersteund. Het ondersteuningsplan of familiegroepsplan geeft het gezin de mogelijkheid om zelf na te denken over oplossingen, waaronder gespecialiseerde jeugdhulp. Soms leidt een familiegroepsplan zelfs tot een oplossing zonder dat de gespecialiseerde jeugdhulp nodig is. Het

panel adviseert wel om zoveel mogelijk met één geïntegreerd gezinsplan te werken (i.p.v. ondersteuningsplan, familiegroepsplan en behandelplan) en deze vroegtijdig in het toeleidingsproces op te stellen. De behandeldoelen uit een behandelplan na de diagnostiek worden bij voorkeur toegevoegd in het gezinsplan dat eerder in de toeleiding opgesteld zou moeten worden. De panelleden vertellen dat veel informatie in de verschillende plannen overeenkomt en er dus sprake is van herhaling en bureaucratie vanuit perspectief van gezinnen.

- e. *Is het te adviseren om een standaard toeleidingsproces te ontwikkelen in vergelijking met meerdere routes in de huidige situatie in Friesland?*

Het standaardiseren van een toeleidingsproces wordt niet geadviseerd door het panel. Dit is niet in lijn met de ruimte die een gemeente heeft gekregen om haar eigen beleid uit te werken en haalt kracht uit de doelstelling van de decentralisatie. Vanuit cliëntperspectief is de verwachting dat het beter is om gelijkvormig proces in te richten, zodat ervaringen van inwoners in een regio in lijn zijn met de verwachtingen. Ervaringen zijn dat cliënten de verschillen per gemeente als verwarrend ervaren. In het panel ontstond wel consensus over een gestandaardiseerd toeleidingmodel als toetssteen voor de kwaliteit en inrichting van werkprocessen van toeleidingprocessen in de regio. Het toeleidingmodel benoemt de processtappen met de bijbehorende deskundigheid, instrumenten en wijze van informeren. Vanuit dit model dat als kapstok dient, kunnen lokaal operationele toeleidingprocessen worden beschreven die voldoen aan de processtappen en kwaliteit uit het toeleidingmodel.

#### 5.5.2. Toeleidingproces

Het doel van de toeleiding naar jeugdhulp is in samenwerking met de cliënt een verhelderde hulpvraag te formuleren en het juiste behandeltraject in te zetten, zodat de hulpvraag opgeheven kan worden door middel van effectieve behandeling. De processtappen in de toegang naar jeugdhulpverlening in Friesland zijn omschreven in de routes die via het Sociaal Domein Fryslân bekend gemaakt zijn (april, 2015). De configuratie van de processtappen zal duidelijk moeten maken of dit de meest gewenste waardeketen is. Het is van belang om daarbij naar de hele waardeketen van de toegang te kijken, om te voorkomen dat solitaire verbeteringen worden doorgevoerd waardoor geen toegevoegde waarde in de keten wordt gerealiseerd.

Vanuit analyse van de actuele ontwikkelingen is in de Jeugdwet een set van kaders te duiden waar een toeleidingmodel aan dient te voldoen. Deze kaders zijn in dit onderzoek verbonden aan de kwaliteitsdimensies en de ondersteunende factoren in het waardeketenmodel van Porter (zie paragraaf 5.2).

De tevredenheid van de respondenten hangt samen met de wachttijd dat het toeleidingsproces duurt. Uit het tevredenheidsonderzoek blijkt dat de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' door de respondenten als meest belangrijk wordt aangegeven. De vragen (gebaseerd op Cliënten-toets) die bij deze kwaliteitsdimensie horen, worden als context gebruikt in de configuratie van het toeleidingmodel:

- 
- 18 Ik weet wat het doel van de hulp is
  - 19 Bij de keuze voor hulpverlening wordt mijn mening belangrijk gevonden
  - 20 Ik heb er vertrouwen in dat de hulpverlening ons gezin gaat helpen
  - 21 Ik vertrouw erop dat de doelen behaald gaan worden

De panelgroep van deskundigen geeft aan dat deskundigheid vroeg in het proces ingezet moet worden en duurzaam geborgd. Tevens kan de objectieve vraagverheldering beter uitgewerkt worden en zouden keuzes gemaakt moeten worden in toepasbare instrumenten. In het vormgeven en uitvoeren van routes is niet overstijgend afgestemd tussen betrokken partijen vanuit het perspectief om toegevoegde waarde in de individuele processtappen te realiseren ten behoeve van de cliënt.

Tenslotte worden er drie plannen genoemd, het familiegroepsplan, ondersteuningsplan en behandelplan.

Het panel adviseert niet een gestandaardiseerd toeleidingproces te beschrijven, maar een gestandaardiseerd toeleidingmodel. Op basis van een regionaal model, kunnen lokale processen worden ingericht. Wanneer de processen voldoen aan het model, zou er sprake moeten zijn van borging in kwaliteit. Vanuit het advies van het panel wordt een toeleidingmodel omschreven en niet een herontwerp van de processen.

Het herontwerp van het toeleidingmodel is gebaseerd op het waardeketenmodel (Porter, 2006). De fasen in het herontwerp heeft de volgende fasen:

### 1. Eerste contact

- Het eerste contact dient plaats te vinden conform Jeugdwet: laagdrempelig en bereikbaar. Dit kan divers worden uitgevoerd door een bekwame medewerker.

### 2. Taxatie type hulpvraag

- Nadat het eerste contact heeft plaatsgevonden wordt een taxatie gedaan of er sprake is van inzet van gespecialiseerde jeugdhulp. Deze taxatie wordt uitgevoerd op basis van het ordeningsmodel (paragraaf 3.2.) en door een geregistreeerde professional. In het geval van spoedeisende hulp wordt deze stap overgeslagen.

De taxatie van de hulpvraag wordt toegepast in de configuratie omdat dit leidt tot een snelle keuze of er gespecialiseerde jeugdhulp ingezet moet worden. De wachttijd naar de juiste vorm van hulpverlening kan hierdoor verkort worden. In de paneldiscussie is aan de orde gekomen dat zonder een dergelijke taxatie het soms te lang kan duren voordat duidelijk wordt welk type hulpverlening ingezet dient te worden (paneldiscussie stap 6, vraag b.). In het onderzoek is vastgesteld dat wachttijd de tevredenheid van cliënten beïnvloedt. Tevens levert de uitkomst van een taxatie vragen objectieve informatie dat bijdraagt aan de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' (zie gelieerde vragen in vragenlijst). Zodoende weet de cliënt (sneller) waarom de keuze wordt gemaakt om de volgende fase van vraagverheldering in te gaan en wordt voldaan aan het criterium om de cliënt te informeren omtrent de ingezette jeugdhulp en de geconstateerde problematiek (Jeugdwet, artikel 7.3.2).

De uitkomsten van een instrument ten behoeve van de taxatie van type hulpvraag dienen reeds input te zijn om de vraagverheldering uit te voeren. De informatie die is verzameld en de uitkomst van de taxatie zijn de basis om in de volgende fase mee verder te werken is in lijn met het waardeketenprincipe als relevante schakels die waarde aan elkaar toevoegen (Borghuis, 2011).

### 3. Vraagverheldering

- Nadat middels het ordeningsmodel is vastgesteld dat er sprake is van opvoedingsnood of – crisis, wordt de aard en ernst van de hulpvraag objectief verhelderd middels gevalideerde instrumenten. De vraagverheldering wordt uitgevoerd door een geregistreeerde professional.

Vraagverheldering is een co-creatie met de cliënt en een deskundige hulpverlener (zie paragraaf 4.5). Deze moet volgens Schippers et al. (2008) worden uitgevoerd door een hoogopgeleide professional, hetgeen is geborgd in het Kwaliteitskader Jeugd (paragraaf 5.1.6). Bartelink, ten Berge & van Yperen (2010) stellen daarbij dat vraagverheldering noodzakelijk is om te besluiten welke hulpverlening het meest geschikt is en een voorwaarde voor effectieve hulpverlening. Dit sluit aan bij de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' op basis van de bijbehorende vragen uit de vragenlijst. Tevens wordt voldaan aan het criterium om de cliënt te informeren omtrent de ingezette jeugdhulp en de geconstateerde problematiek (Jeugdwet, artikel 7.3.2).

#### 4. Gezinsplan maken

- Op basis van inzichten in de hulpvraag wordt het gezin ondersteund door een geregistreerd professional in het maken van een gezinsplan (gebaseerd op familiegroepsplan). De geregistreerde professional vult het gezinsplan aan vanuit de brede context (sociaal domein perspectief, gebaseerd op ondersteuningsplan). Het gezin is eigenaar van het plan, de uitkomsten van de taxatie type hulpvraag en uitkomsten vraagverheldering zijn als bijlage toegevoegd.

Vanuit de theorie over 'flow' in een proces door het elimineren van verspilling (Borghuis, 2011), is het opvallend dat er meerdere plannen worden opgesteld (ondersteuningsplan, familiegroepsplan en behandelplan). Dit is met name opvallend omdat in de paneldiscussie naar voren komt dat veel informatie in de plannen overeenkomt (paneldiscussie stap 6, vraag d.). Een dergelijke vorm van verspilling kan beoordeeld worden als 'overbewerking' (Borghuis, 2011). Overbewerking benadeelt 'flow' (ofwel creëert wachttijd), hetgeen de tevredenheid negatief beïnvloedt bij cliënten en negatief effect heeft op de hulpverlening (evaluatie Wet op de Jeugdzorg, 2009).

In het nieuwe ontwerp wordt een geïntegreerd gezinsplan voorgesteld in plaats van drie plannen zoals in de huidige situatie, die een grote mate van overlap kennen. Een geïntegreerd gezinsplan dient een weergave te zijn van informatie, besluiten, in te zetten hulpverlening en doelen. Deze set van gegevens is van invloed op het perspectief van het gezin. Op basis van de deelvragen onder kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten', sluiten de gegevens erop aan dat de cliënt de redenen en doelen kent en het vertrouwen heeft (of krijgt) dat de hulpverlening het gezin gaat helpen.

#### 5. Keuze zorgaanbieder en aanmelding

- De betrokken geregistreerde professional begeleidt het gezin in het maken van een keuze voor gespecialiseerde jeugdhulp. Hierbij worden de kaders van de Jeugdwet in acht genomen die de behoeften en wensen van het gezin borgen. Na een keuze wordt een verwijzing verstuurd naar de jeugdhulpaanbieder. Na het accepteren van de verwijzing, ontvangt de jeugdhulpaanbieder het gezinsplan.

Op basis van de Jeugdwet dient de cliënt een rol te spelen in de keuze voor de zorgaanbieder en adequaat geïnformeerd te worden over uitkomsten en besluiten (paragraaf 5.1.3.). Bartelink, ten Berge & van Yperen (2010) geven aan dat de betrokkenheid van de cliënt eraan bijdraagt de hulp te krijgen die een adequaat antwoord op hun hulpvraag biedt.

De informatie die aangeleverd wordt middels het gezinsplan is een belangrijke bron om de diagnostiek efficiënter uit te voeren, omdat de informatie dan niet meer opnieuw of alsnog verzameld hoeft te worden (paneldiscussie stap 6, vraag c.). Dit beïnvloedt de wachttijd in het proces, hetgeen van invloed is op de tevredenheid van de cliënt.

#### 6. Diagnostiek

- Een geregistreerd professional voert diagnostiek uit om tot een behandeltraject en –doelen te komen. Hierbij wordt voortgewerkt op de informatie uit het gezinsplan. Het gezin wordt geïnformeerd over de uitkomsten van de diagnostiek, het beoogde behandeltraject en de behandeldoelen.

In de huidige processen wordt niet of zeer weinig objectieve informatie ten aanzien van de hulpvraag aangeleverd ten behoeve van diagnostiek door een zorgaanbieder (paneldiscussie, stap 6, vraag c). Deze informatie is waardevol om diagnostiek sneller en efficiënter uit te voeren. In de huidige situatie worden gevalideerde vragenlijsten ten behoeve van diagnostiek, terwijl die uitkomsten al belangrijk zijn voor de keuze (verwijzing) voor zorgaanbieder. 'Een goede indicatiestelling is een voorwaarde voor effectieve hulpverlening (Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer

& Aarle, 2003; Poston & Hanson, 2010). Dat betekent dat de manier waarop dit beoorde lings- en besluitvormingsproces uitgevoerd wordt, eraan bijdraagt of ouders en kinderen de hulp krijgen die een adequaat antwoord op hun hulpvraag biedt en hun problemen oplost, vermindert of draaglijk maakt.’ (Bartelink, ten Berge & van Yperen, 2010).

Op basis van de deelvragen onder kwaliteitsdimensie ‘Doel en Resultaten’, sluiten de uitkomsten van diagnostiek erop aan dat de cliënt de redenen en doelen kent en het vertrouwen heeft (of krijgt) dat de hulpverlening het gezin gaat helpen. Tevens wordt voldaan aan het criterium om de cliënt te informeren omtrent de ingezette jeugdhulp en de geconstateerde problematiek (Jeugdwet, artikel 7.3.2).

## 7. Gezinsplan actualiseren

- Het gezinsplan wordt geactualiseerd met de uitkomsten uit de fase diagnostiek: uitkomsten diagnostiek, behandeltraject en behandeldoelen.

In de huidige processen wordt een apart behandelplan opgesteld na de diagnostiek. Door het eerder opgestelde gezinsplan te actualiseren (zie fase 4) is dat niet meer nodig. De uitkomsten van de diagnostiek worden opgenomen in het gezinsplan. De cliënt heeft zodoende één plan. Zie voor onderbouwingen fase 4.

## Fasen toegepast in het waardeketenmodel

Wanneer het waardeketenmodel (Porter, 2006) wordt geconfigureerd met de omschreven fasen, ziet deze er als volgt uit:

Deskundigheid	Bekwaam	SKJ of BIG	SKJ of BIG	SKJ of BIG	SKJ of BIG	SKJ of BIG	SKJ of BIG	Coördinatie sociaal werker
Informatie	Uitvragen type hulpvraag	Omtrent taxatie	Omtrent gezinsplan	Omtrent geconstateerde aard en ernst	Omtrent ingezette jeugdhulp	Omtrent geconstateerde problematiek en behandeltraject	Gezinsplan	
Metten		Orderings principe	Format gezinsplan	Gevalideerde instrumenten	Verwijzing en acceptatie	Handelings gerichte diagnostiek	Afstemmen op behandel-doelen	
Beschikbaarheid	Laagdrempelig; -wijkteam -huisarts	Binnen x tijd na eerste contact	Binnen x tijd na taxatie	Binnen x tijd na gezinsplan	Gecontracteerde jeugdhulp	Binnen 6 weken na aanmelding	Binnen 2 weken na diagnostiek	
Processtap/schakel	Eerste contact: - wijk- of gebiedsteam - huisarts - gecertificeerde instelling - spoedeisend	Taxatie: - opvoedings vragen - opvoedings spanning - opvoedings nood - opvoedings crisis	Opstellen geïntegreerd gezinsplan	Vraag-verheldering - ernst - aard	Keuze zorgaanbieder en aanmelding	Diagnostiek	Actualiseren gezinsplan	

In dit waardeketenmodel ten behoeve van toeleidingprocessen, is het niet relevant welke partij een fase uitvoert. Wat relevant is hoe de fase wordt uitgevoerd en deze voorbereidend is op de volgende fase. Op die wijze kan een ingezette hulpverlener altijd het toeleidingproces voor de cliënt voortzetten en hoeven er geen onderbrekingen plaats te vinden.

## FEEDBACK PANEL

Het ontwerp van een toeleidingmodel is voorgelegd aan het panel ter validatie. De panelleden reageren positief – het gewenste model is goed in beeld gebracht en sorteert verbeteringen ten aanzien van procesvolgorde en procesinrichting. Met betrekking tot de volgende punten vragen ze aandacht:

Fase 2 – taxatie type hulpvraag:

- In wijk- en gebiedsteams wordt breder gekeken dan alleen de gespecialiseerde jeugdhulp: “...de taxatie wordt gedaan om tot een gedegen weging van de opvoedingssituatie te komen, wat uiteindelijk moet leiden tot de meest passende zorg (dat kán gespecialiseerde zorg zijn).”
- Het inzetten van een taxatie op basis van ordeningsprincipe kan meerdere malen in het proces worden toegepast. In fase 4 (vraagverheldering) kan meer informatie zijn verzameld dat tot nieuwe inzichten leidt, waardoor de taxatie andere uitkomsten oplevert.

Fase 3 – Gezinsplan opstellen: in deze fase staat beschreven dat een geregistreerd professional ondersteund in het opstellen van het plan. Het familiegroepsplan laat dit vrij om te besluiten door de cliënt.

Fase 5 – diagnostiek: Het is soms wenselijk dat samenwerking tussen wijk- en gebiedsteam en zorgaanbieder plaatsvindt in fase 5 ten gunste van de juiste verwijzing voor jeugdhulp.

Fase 7 – gezinsplan actualiseren: Zorg ervoor dat de wijk- en gebiedsteams betrokken zijn in fase 7 ter bevordering van fase 8 en daarna de begeleiding van het gezin (coördinatie sociaal werker).

## 6. Conclusies

In dit onderzoek heeft de beantwoording van vijf onderzoeksvragen geleid tot het realiseren van de doelstelling van het onderzoek: *Het inzichtelijk maken van de klantwaarde in de bestaande toeleiding naar jeugdhulp – in de context van de decentralisatie van de jeugdzorg – en op basis van de uitkomsten en literatuur het vormgeven van een herontwerp van het toeleidingsproces.*

De realisatie van de doelstelling als onderzoeksresultaat wordt in paragraaf 6.1 nader beschouwd. In paragraaf 6.2 volgt de discussie waarin resultaten en conclusies worden geïnterpreteerd. Daarna wordt in paragraaf 6.3 ingegaan op de gevolgde onderzoeksmethode in relatie tot de reikwijdte van het onderzoeksresultaat voor de jeugdhulpverlening. Tenslotte wordt, naar aanleiding van dit onderzoek, in paragraaf 6.4 aanbevelingen gegeven voor de jeugdhulpverlening.

### 6.1. Onderzoeksresultaat nader beschouwd

Eerst wordt kort per onderzoeksvraag het antwoord gegeven om daarna in te gaan op de onderzoeksvraag van het onderzoek.

#### *Antwoord op onderzoeksvraag 1: Wat zijn de historische en actuele ontwikkelingen van de toegang naar jeugdhulp?*

Per 1 januari 2015 is de verantwoordelijkheid voor jeugdhulp gedecentraliseerd van de provincies (JOH), zorgkantoren (jeugd-LVB) en zorgverzekeraars (jeugd-GGZ) naar gemeenten. De voormalige toegang via Bureau Jeugdzorg is voornamelijk verlegd naar wijk- en gebiedsteams. De (huis-)artsen behouden hun rol als verwijzer. De ambities ten aanzien van de toeleiding in het oude stelsel komen erg overeen met het nieuwe stelsel. In het oude stelsel zijn de ambities niet tot stand gekomen, daarbij was er sprake van bureaucratie, hetgeen tot negatieve beeldvorming leidde en Bureau Jeugdzorg een indicatiestellend orgaan werd gezien.

Actuele publicaties beschrijven expliciete voorwaarden voor de toeleiding naar jeugdhulp op het gebied van vindbaarheid, deskundigheid, informatie naar cliënten en samenwerking tussen partners (Jeugdwet 2015). De stand van zaken na de decentralisatie is dat de toeleiding nog aandacht verdient op deze punten. In de praktijk wordt ervaren dat er opnieuw een trend neigt te ontstaan naar het ontwikkelen van procedures, protocollen en richtlijnen waarbij de doelstelling van de decentralisatie tekort wordt gedaan.

#### *Antwoord op onderzoeksvraag 2: Welke kwaliteitsdimensies kunnen gehanteerd worden om klantwaarde in het toeleidingsproces te beoordelen?*

De kwaliteitsdimensies van de Cliënten-toets kunnen gehanteerd worden om klantwaarde in het toeleidingproces te beoordelen: (1) contact, (2) deskundigheid, (3) verloop proces, (4) informatie en (5) doelen en resultaat. Om een meting uit te voeren is de vragenlijst van de Cliënten-toets met enige aanpassing bruikbaar om data te verzamelen. Het blijkt op basis van de uitkomsten van dit onderzoek dat de kwaliteitsdimensie 'wachttijd' een extra kwaliteitsdimensie is die toegevoegd kan worden

#### *Antwoord op onderzoeksvraag 3: Hoe ervaren de klanten de kwaliteit van de huidige toeleiding naar jeugdhulp?*

De tevredenheid van de respondenten is gemiddeld een 7,45 op een 10-puntschaal. Het gemiddelde cijfer wordt als zeer positief ervaren door het panel, gezien de toeleiding nog sterk in ontwikkeling is en ambities nog niet behaald zijn.

De ervaren kwaliteit door cliënten daalt niet in relatie tot het aantal betrokken organisaties, hulpverleners of weken wachten. Er is enige relatie tussen de tevredenheid en het aantal betrokken organisaties en aantal hulpverleners, maar dit is niet significant. Het aantal weken wachtend heeft

wel een significante relatie met de tevredenheid van cliënten. Hieruit blijkt dat de wachttijd een kwaliteitsdimensie betreft in het toeleidingsproces naar jeugdhulp.

*Antwoord op onderzoeksvraag 4: Welke kwaliteitsdimensie vinden de klanten belangrijker?*

De respondenten geven aan dat de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' als meest belangrijke kwaliteitsdimensie wordt ervaren. De kwaliteitsdimensie 'Deskundigheid' komt op de tweede plaats, maar voldoet net niet aan het criterium van gemiddeld 4 punten of hoger. De kwaliteitsdimensie 'Doel en resultaten' vertoont een significante relatie met de tevredenheid, hetgeen betekent dat dit verband houdt met de tevredenheid over de toeleiding naar jeugdhulp.

*Antwoord op onderzoeksvraag 5: Welke verbeteringen kunnen in het huidige toeleidingsproces bijdragen aan verbetering van de voor klanten belangrijke kwaliteitsdimensies?*

De toeleidingprocessen kunnen worden verbeterd door een toeleidingmodel te ontwerpen volgens het waardenketenmodel (Porter, 2006) waar de toeleidingprocessen aan dienen te voldoen. Door een toeleidingmodel als kader te gebruiken, waarin processtappen en kwaliteit zijn beschreven, wordt beleidsvrijheid voor gemeenten niet beperkt. Een toeleidingmodel biedt dan een kader om de kwaliteit in toeleidingprocessen te borgen en gelijkvormig te maken in de regio.

De kwaliteit kan worden verbeterd door een taxatie-instrument toe te passen om het type hulpvraag te onderscheiden. Hiervoor kan het ordeningsmodel gebruikt worden. Het resultaat is dat voorkomen wordt dat er te lang gewacht wordt om gespecialiseerde jeugdhulp in te zetten. Wachten is een gebleken kwaliteitsdimensie.

Ten behoeve van vraagverheldering om professionele besluiten te nemen en inzicht te geven, kan de kwaliteit verbeterd worden door gevalideerde instrumenten in te zetten, zoals de STEP en SDQ (zie paragraaf 4.5). Dit ondersteunt de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' doordat cliënten meer inzicht krijgen en daardoor vertrouwen in de hulpverlening die aansluit bij de hulpvraag. Tevens draagt adequate vraagverheldering bij aan efficiënte diagnostiek.

De diverse plannen, zoals in het huidige beleid aan de orde, kunnen geïntegreerd worden tot één gezinsplan ten behoeve van duidelijkheid aan cliënten. Dit dient bevorderend te zijn met betrekking tot de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten', omdat cliënten weten wat het doelen zijn, vertrouwen in de hulpverlening ontstaat en vertrouwen hebben dat ze de doelen behalen. Tevens voorkomt het verspilling door niet opnieuw dezelfde informatie te herhalen en/of opnieuw verzamelen ten behoeve van meerdere plannen.

## 6.2. Discussie

Gedurende het onderzoek blijkt dat de ambities ten aanzien van de toeleiding naar jeugdhulp in de Wet op de Jeugdzorg (2005) behoorlijk overeenkomen met de ambities in de Jeugdwet (2015). Met name voor wat betreft de, als de kwaliteitsdimensies worden beschouwd ten aanzien van de toeleiding. Middels een stelselwijziging (de decentralisatie) dienen ambities alsnog verzilverd te worden: meer deskundigheid, vriendelijke toegang, minder bureaucratie en meer samenwerking. Een belangrijke oorzaak dat in het vorige stelsel de doelstellingen van de toeleiding niet behaald zijn, waren de schotten in de zorg. Echter, na de decentralisatie zijn er nieuwe belemmeringen in samenwerking. Zo speelt het dilemma lokaal en regionaal, verschillende belangen (financier versus opdrachtnemer) en reduceren gespecialiseerde jeugdhulp versus continuïteit. Een stelselwijziging is blijkbaar geen antwoord om de toeleiding naar jeugdhulp gegarandeerd te verbeteren.

Om klantwaarde in het toeleidingsproces te realiseren, is het van belang om vanuit gelijkwaardig perspectief als betrokken organisaties samen te werken met als gevolg dat de ervaringen van de cliënt aan de verwachtingen voldoen of zelfs overtreffen. Dit betekent een proces configureren van relevante schakels, waarin steeds waarde wordt toegevoegd door de betrokken partijen. Deze

partijen zijn echter wel onderhevig aan de genoemde dilemma's. Dit kan overstegen worden door expliciet naar klantwaarde te kijken, omdat daar gelijke stemming over blijkt in de paneldiscussie.

Bij het vaststellen van de kwaliteitsdimensies blijkt dat deze aansluiten bij de uitgangspunten van de Jeugdwet en de ondersteunende processen zoals benoemd in het waardeketenmodel (Porter, 2006). Dit ondersteunt het uitgangspunt om een nieuw toeleidingmodel te ontwerpen in het waardeketenmodel, passend in de context van de nieuwe wetgeving. Een nadeel is dat lokale operationele toeleidingprocessen te erg gaan afwijken, waardoor de het principe van de waardeketen gaat afnemen.

De uitkomst van de tevredenheid (cijfer 7,45) is zeer positief, gezien de doelstellingen vanuit beleid door gemeenten nog niet zijn behaald. De cliënten hebben schijnbaar minder negatieve gevolgen ervaren dan ze verwacht hadden door de decentralisatie van de jeugdzorg met betrekking tot de toeleiding. Er moet nog veel uitgewerkt worden om de decentralisatie van de jeugdzorg vorm te geven, ook met betrekking tot het toeleidingsproces. In de verdere uitwerking zou aandacht besteed moeten worden aan een kwaliteitskader voor de toeleiding naar jeugdhulp en gevoeglijk de ervaren kwaliteit en tevredenheid gemeten worden.

Het is moeilijk na de decentralisatie volledig anders te willen werken. Er is nog steeds sprake van een doelgroep die gespecialiseerde jeugdhulp nodig heeft; de beschikbare (historische) onderzoeken en literatuur zijn nog steeds relevant. Daarnaast is er sprake van een valkuil om opnieuw bureaucratie op te richten, waarin protocollen, procedures en richtlijnen worden vastgelegd. Hier is het belangrijk om te leren van de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg.

De verwachting dat de toeleidingprocessen verbeterd kunnen worden blijkt terecht, volgens de reacties van het panel op het ontwerp (zie paragraaf 6.1, onderzoeksvraag 5). Met name in het definiëren van kwaliteit, het inzetten van gevalideerde instrumenten om tot objectieve professionele besluiten te komen en samenwerking te organiseren die tot toegevoegde waarde leidt ten gunste van de cliënt. Het samen configureren door betrokken stakeholders is daarvoor een randvoorwaarde. Om de beleidsvrijheid van de betrokken partijen en lokale afwijkingen te respecteren, is het mogelijk een toeleidingmodel te ontwerpen en daarmee een kwaliteitstandaard af te spreken voor de toeleidingprocessen.

### 6.3. Onderzoeksmethode nader beschouwd

In het onderzoek zijn een aantal omstandigheden die ter discussie staan met betrekking tot de validiteit:

- Het aantal respondenten dat de toeleidingsroute Spoed en Regiecentrum Bescherming & Veiligheid (gedwongen kader) heeft doorlopen was niet representatief, respectievelijk N=1 en N=2.
- In paneldiscussie heeft geen huisarts kunnen deelnemen, terwijl de toeleidingsroute Huisarts onderdeel is in het onderzoek. De paneldiscussie mist daardoor informatie vanuit het perspectief van de huisarts.
- Er hebben twee panelleden (teamleiders wijk- en gebiedsteam) gereageerd op het herontwerp. Daarmee is er geen feedback verkregen vanuit elke deskundigheid uit het panel.
- Sommige respondenten zijn door het wijk- en gebiedsteam aangemeld via de route Spoed. Bij het invullen van de vragenlijsten hebben de respondenten logischerwijs ingevuld dat de verwijzer het wijk- en gebiedsteam was. Dit geeft enige vervuiling in de kwantitatieve data.
- In de toeleidingsroute Huisarts heeft 1 respondent van de 6 in verhouding erg lang moeten wachten, waardoor de gemiddelde wachttijd mogelijk niet representatief is.

- Er is veel gepubliceerd over de decentralisatie van de jeugdzorg. Het is realistisch om te verwachten dat er relevante informatie over het hoofd is gezien gedurende dit onderzoek, ook al is zorgvuldigheid betracht.
- De onderzoeker is leidinggevende bij Jeugdhulp Friesland. Als zodanig was het mogelijk het netwerk van de onderzoeker te benutten, waardoor relevante deelnemers in panels betrokken zijn. Tevens was het relatief eenvoudig om de vragenlijsten af te nemen bij cliënten die nieuw in zorg kwamen bij Jeugdhulp Friesland. Om de rol van de onderzoeker zoveel mogelijk objectief te houden, zijn de panelgesprekken voorbereid middels een memo en van tevoren aan de deelnemers verzonden (zie bijlage 8.4). De vragenlijsten zijn uitgezet via middenmanagement en niet rechtstreeks bij de hulpverleners.
- De onderzoeker heeft kennis van zaken en daardoor bekend met verschillend beleid en werkwijzen. Daardoor kan het blik eenzijdig zijn beïnvloed. Door de specifieke vraagstellingen in de paneldiscussie is dit geadresseerd. Hierdoor zijn verschillende aannames gewijzigd, die in de resultaten van onderzoeksvraag 5 zijn verwerkt.

De beperkingen van het onderzoeksresultaat:

- In wijk- en gebiedsteams kan per gemeente afwijkend beleid gevoerd worden, terwijl zorgaanbieders vaak bovenlokaal werken. Zorgaanbieders voeren vanuit eigen doelstellingen of wet- en regelgeving ook eigen beleid. Het is een ambitieuze uitdaging om bovenlokale consensus te behalen, gezien de nadrukkelijke beleidsvrijheid van gemeenten en zorgaanbieders.
- Het ordeningsprincipe is een model om de jeugdhulp na de decentralisatie in te kunnen delen ten behoeve van het bepalen van type hulpvraag. Het kan ook toegepast worden om beleid op te stellen of inkoop in te richten. Het is echter geen taxatie-instrument, hetgeen wel in de conclusie wordt aanbevolen. Om het ordeningsmodel te completeren met een taxatie-instrument vereist onderzoek, hetgeen de nodige tijd zal kosten.
- In de conclusies wordt geadviseerd om gevalideerde instrumenten toe te passen voor de vraagverheldering en als opmaat naar diagnostiek. De aansluiting tussen lokaal gemeentelijk beleid en regionale zorgaanbieders zal verschillen moeten kunnen verdragen om het toeleidingsproces als waardeketen te kunnen uitvoeren.
- In de conclusies wordt een geïntegreerd Gezinsplan aanbevolen in plaats van individuele ondersteuningsplan, familiegroepsplan en behandelplan. Een geïntegreerd plan tot stand brengen is een opgave voor samenwerking tussen betrokken partijen. Zowel op hulpverleningsniveau, communicatie, beleid als technologische oplossingen moet afgestemd worden. Dit is een ambitieuze doelstelling, maar wel in lijn met het paradigma van de decentralisatie.

#### 6.4. Aanbevelingen

Uit het onderzoek komen een aantal onderwerpen die tot aanbeveling strekken om in vervolgonderzoek aandacht te geven.

Het blijkt dat wachttijd een kwaliteitsdimensie is die kan worden toegevoegd aan de set kwaliteitsdimensies zoals is opgesomd in onderzoeksresultaat twee (zie paragraaf 5.2). Gezien de kwaliteitsdimensie 'Doel en Resultaten' als enige dimensie als belangrijkste werd bepaald door respondenten, is het interessant om verdiepend onderzoek te doen welke doelen en resultaten meer of minder de ervaring van kwaliteit beïnvloeden. Op basis van uitkomsten kan een ontwerp van toeleiding mogelijk specifiekier tot verhoging van klantwaarde leiden.

In dit onderzoek worden een aantal elementen in het herontwerp benoemd, die middels vervolgonderzoek bepaald kunnen worden. Dit betreft het ontwikkelen van een taxatie-instrument als onderdeel van het ordeningsprincipe (zie paragraaf 3.2) en een kader voor een integraal gezinsplan en de positie van de cliënt, betrokken organisaties en technologische ondersteuning.

Om de klantwaarde in een toeleidingmodel te realiseren, is het belangrijk dat de betrokken partijen allemaal gelijkwaardig participeren in eenzelfde proces. Gezien er sprake is van verschillen in belangen, zou vervolgonderzoek kunnen bijdragen met betrekking tot het overstijgen van (tegenstrijdige) belangen in samenwerking ten gunste van klantwaarde.

In de paneldiscussie kwam naar voren dat de ervaren klantwaarde verrassend positief was, gezien de doelstellingen van gemeenten nog niet gerealiseerd zijn. Het is interessant of dit over 1 of 2 jaar wel gerealiseerd is en nogmaals onderzoek uit te voeren om te bepalen of de klantwaarde is gewijzigd in relatie tot behaalde doelstellingen.

## 7. Literatuurlijst

- Addink, A. (september 2013). *Indicator 1: De mate van tevredenheid van jeugdigen en ouders over de resultaten per dienst*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Arum, S. van en Schoorl, R. (2015). *Sociale wijkteams in vogelvlucht*. Movisie.
- Bartelink, C. en Kooijman, K. (2014). *Beslissen over hulp door ouders, jeugdige én de jeugd- en gezinsgeneralist*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartelink, C., ten Berge, I. & van Yperen, (2010). *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Beleidsplan Leeuwarden (2014). *Beleidsregels Jeugdhulp Leeuwarden 2015*.
- Beleidsplan Sudwest Fryslân (2014). *Veerkracht in het Sociaal Domein*.
- Berkel, A. van et.al. (februari 2006). *Handleiding SDQ*. Landelijke werkgroep Signaleringsinstrumenten Psychosociale Problematiek Jeugd van GGD Nederland
- BMC (2009). *Evaluatie Wet op de Jeugdzorg*. In opdracht van Programmaministerie Jeugd & Gezin, Ministerie van Justitie. Drukkerij Bakkerbaarn, Baarn.
- BMC (april 2015). *Deelrapportage 1 van 3 'de zorg die ze nodig hebben'*. In opdracht van de Kinderombudsman.
- BMC (maart 2016). *Deelrapportage 3 van 3 'de zorg die ze nodig hebben'*. In opdracht van de Kinderombudsman.
- Borghuis, T. (2011). *Flow in de zorg*. Borghesi Consultancy.
- Bruyn, E.E.J. de, Ruijssenaars, A.J.J.M., Pameijer, M.K., & Aarle, E.J.M. van (2003). *De diagnostische cyclus: een praktijkleer*. Leuven: Acco.
- De Monitor Transitie Jeugd (kwartaal 3, 2015). *Jaarrapportage*. Initiatief van: Landelijk Platform GGZ, MEE, LOC Zeggenschap in Zorg, Ieder(in), Zorgbelang Nederland, Uw Ouderplatform.
- Doodkorte, P.P. en Hermanns, V (2012). *Spoorboekje transitie jeugdzorg*. VWS, VenJ, VNG
- Factsheet Familiegroepsplan* (2014). VWS, VenJ, VNG.
- Factsheet Gecertificeerde instellingen jeugdbescherming en jeugdreclassering* (2013). VWS, VenJ, VNG
- Landelijke werkgroep Signaleringsinstrumenten Psychosociale Problematiek Jeugd (LSPPJ) (2006). *Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg*. GGD Nederland.
- Instrument exitvragenlijst jeugdhulpverlening*. Nederlands Jeugdinstituut
- Instrument GGZ-jeugd thermometer*. Nederlands Jeugdinstituut
- Instrument Clienten-toets (C-toets)*. Nederlands Jeugdinstituut
- Jeugdhulp: 7 vuistregels voor expertise in de toegang*. Vereniging Nederlandse Gemeenten.
- Kadernota integrale aanpak sociaal domein Smallingerland (2014). *Samen voor elkaar*.
- Klundert, J. van de (2009). *Value-conscious Health Service Organisations*.

Kouijzer, I. Kiewik, Men Mikulic, A (Deloitte Consulting). *Een functioneel ontwerp 'Zorg voor Jeugd'*. Transitiebureau Jeugd

Kousemaker, N. en Timmers-Huigens, D. (1985). 'Pedagogische hulpverlening in de eerstelijns'. Tijdschrift voor orthopedagogiek, XXIV, p. 549 – 565

Kwaliteitskader Jeugd – 8 december 2014.

Oijen, J. van. *Orderingsprincipe Kind in Fryslân*. Nederlands Jeugdinstituut.

Parasuraman, Zeithaml and Berry (2012). *The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services*.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.

Praktikon. *Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effect (BESTE)*. Nederlands Jeugdinstituut.

Jeugdwet (2015). *Publicatie Jeugdwet*. Staatscourant

Schipper, L, Maranus, A, Meijboom, B (2008). *Toegang tot zorg en diensten*. ZM magazine 11, november 2008.

Sociaal Domein Fryslan (april 2015). *Routes toeleiding jeugdhulp*.

St. Alexander (2007). *Handleiding Cliënten-toets jongeren en ouders/verzorgers*. Nederlands Jeugdinstituut.

Verschuren en Doorewaard (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. VNG (derde kwartaal 2015, *Voortgang transitie jeugd*).

Yperen, T. van et.al. (2010). *Handleiding Standaard Taxatie Ernst Problematiek*. Nederlands Jeugdinstituut

Yperen, T. van et.al. (2015). *Outcome sturing in de jeugdhulp*. Nederlands Jeugdinstituut.

Zomerdijk, L (2005). *Design decisions in the front and backoffice*. RuG, Labyrinth Publications.

*Zorg voor jeugd Fryslan – op kompas invoegen en aansluiten*. Versie 130127.

## 8. Bijlagen

### 8.1. Samenstelling panels

#### *Panel 1*

Focusgroep ten behoeve van toetsing van de kwaliteitsdimensies en de vragenlijst.

Deze groep bestond uit ervaringsdeskundigen (Cliëntenraad Jeugdhulp Friesland) en een medisch socioloog en betrokken bij drie promovendi in het kader van de entree van de jeugdzorg in Groningen (C4Youth). Deze vijf deelnemers van de Cliëntenraad hebben de volgende achtergrond: pleegouder, biologisch ouder van een kind of jeugdige in zorg, een jongere in zorg.

#### *Panel 2*

Deskundigenpanel ten behoeve van de groepsdiscussie.

De deelnemers aan het panelgroep<sup>4</sup> zijn:

- Drie teamleiders van wijk- en gebiedsteam (verschillende gemeenten)
- Huisarts
- Orthopedagoog generalist van zorgaanbieder
- Manager Regiecentrum Bescherming en Veiligheid (Gecertificeerde Instelling)
- Medisch socioloog/universitair docent met leerstoel toegang naar jeugdzorg (UMCG)

---

<sup>4</sup> De huisarts en één teamleider waren helaas verhinderd.

## 8.2. Vragenlijst cliënttevredenheid

versie 1.1 – 18 maart 2016

### Beste heer/mevrouw,

De jeugdhulpverlening is sinds 1 januari 2015 ingrijpend gewijzigd. Een belangrijk verschil is dat de manier om in aanmerking te komen voor jeugdhulpverlening is veranderd, dit gaat nu voornamelijk via wijk- en gebiedsteams, de huisarts of het Regiecentrum. Met deze vragenlijst willen we onderzoeken hoe u de nieuwe manier van aanmelding voor jeugdhulpverlening ervaren hebt.

De vragen die gesteld worden hebben betrekking op het hele proces vanaf het moment dat u ergens uw hulpvraag heeft gesteld of het eerste contact had met een hulpverlener, tot het moment dat u aan tafel zat voor een intake bij Jeugdhulp Friesland. Dit proces wordt de 'toeleiding naar zorg' genoemd.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking!

#### 1. Welke organisatie heeft u doorverwezen naar Jeugdhulp Friesland?

- Huisarts
- Wijk- of gebiedsteam
- Regiecentrum Bescherming & Veiligheid – vrijwillig
- Regiecentrum Bescherming & Veiligheid – gedwongen
- Spoed4Jeugd
- Anders:

#### 2. Hoeveel hulpverleners waren betrokken in het hele proces tot en met aanmelding bij Jeugdhulp Friesland?

#### 3. Hoeveel organisaties waren betrokken in het hele proces tot en met aanmelding bij Jeugdhulp Friesland?

#### 4. Hoeveel weken zaten er tussen het moment dat u hulp ging zoeken tot de intake bij Jeugdhulp Friesland?

#### 5. Met betrekking tot kwaliteit en tevredenheid zijn onderstaande vijf punten erg belangrijk. U mag over alle vijf punten één keer de 1 invullen, één keer de 2, etc. Schaal: (belangrijk) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (heel erg belangrijk)

- |   |   |   |       |
|---|---|---|-------|
| <input type="radio"/> Contact           | 1 | ▶ | [ 3 ] |
| <input type="radio"/> Deskundigheid     | 1 | ▶ | [ 4 ] |
| <input type="radio"/> Verloop proces    | 1 | ▶ | [ 1 ] |
| <input type="radio"/> Informatie        | 1 | ▶ | [ 5 ] |
| <input type="radio"/> Resultaat en doel | 1 | ▶ | [ 2 ] |
- bijvoorbeeld: [ 1 ]

Stuur de ingevulde vragenlijst naar Trudy van de Belt, Berglaan 60, 9203 EJ Drachten of [belt.trvande@jeugdhulpfriesland.nl](mailto:belt.trvande@jeugdhulpfriesland.nl)

versie 1.1 – 18 maart 2016

### Contact

1 De medewerkers zijn vriendelijk gedurende de toeleiding naar zorg	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
2 De medewerkers nemen mij serieus tijdens de toeleiding naar zorg	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
3 Er is begrip voor onze problemen door de betrokken medewerkers	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
4 Medewerkers zijn goed bereikbaar	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
5 Ik heb voldoende contact met de betrokken medewerkers	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens

### Deskundigheid

6 Ik krijg duidelijk antwoord op mijn vragen	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
7 Ik krijg goede adviezen gedurende de toeleiding naar zorg	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
8 Medewerkers komen afspraken na	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
9 Medewerkers hebben voldoende kennis om ons te kunnen helpen	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens

### Verloop van proces

10 We werden meteen geholpen toen dat nodig was	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
11 Het eerste contact met een medewerker was goed	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
12 Ik ben tevreden over het aantal hulpverleners dat ons gezin heeft gehad	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
13 De hulpverleners hebben onderling goed samengewerkt	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens

### Informatie

14 Ik krijg voldoende informatie over de hulp aan mijn kind	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
15 Ik begrijp de reden van de doorverwijzing	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
16 Ik weet hoe ik een klacht kan indienen	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
17 Onze persoonlijke gegevens worden zorgvuldig behandeld	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens

### Doel en resultaat

18 Ik weet wat het doel van de hulp is	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
19 Bij de keuze voor hulpverlening wordt mijn mening belangrijk gevonden	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
20 Ik heb er vertrouwen in dat de hulpverlening ons gezin gaat helpen	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens
21 Ik vertrouw erop dat de doelen behaald gaan worden	<input type="checkbox"/> helemaal niet mee eens	<input type="checkbox"/> niet mee eens	<input type="checkbox"/> wel mee eens	<input type="checkbox"/> helemaal mee eens

Bent u tevreden over de toeleiding naar zorg?

Geef een rapportcijfer van 1 tot en met 10:

**VERZENDEN**

Stuur de ingevulde vragenlijst naar Trudy van de Belt, Berglaan 60, 9203 EJ Drachten of [belt.tmwande@jeugdhulpfriesland.nl](mailto:belt.tmwande@jeugdhulpfriesland.nl)

Klantwaarde en toeleiding naar jeugdhulp,  
*na de decentralisatie*

### 8.3. Uitkomst panel 1

Van: cliëntenraad

Verzonden: dinsdag 8 maart 2016 13:11

Aan: Erwin Beers <[beers.e@jeugdhulpfriesland.nl](mailto:beers.e@jeugdhulpfriesland.nl)>

Onderwerp: Onderzoeksvragen tevredenheid toegang hulpverlening

Geachte heer Beers,

De leden van de Cliëntenraad hebben met belangstelling uw memo over de onderzoeksopdracht en de aanvullende vragen bekeken.

Volgens de leden zijn de genoemde kwaliteitseenheden ruim voldoende en geeft de vragenlijst een goed beeld over de tevredenheid over de toegang naar de hulpverlening.

De Cliëntenraad staat heel positief tegenover uw onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Marcel Janssen,

voorzitter

Disclaimer:[www.jeugdhulpfriesland.nl/disclaimer](http://www.jeugdhulpfriesland.nl/disclaimer)

Disclaimer:[www.jeugdhulpfriesland.nl/disclaimer](http://www.jeugdhulpfriesland.nl/disclaimer)

#### 8.4. Memo panel 2

*Ten behoeve van de bijeenkomst op 8 april 2016, 09:00 – 11:00 uur, Berglaan 60 te Drachten.*

##### *Paneldiscussie*

U bent uitgenodigd om als panellid deel te nemen aan een groepsdiscussie. Deze discussie is onderdeel van een onderzoek naar klantwaarden in het toeleidingsproces naar jeugdhulp in Friesland. Daarbij is het de bedoeling dat u uw mening geeft over het onderwerp en op elkaar reageert (interactie). De discussie leidt tot een belangrijke bijdrage, omdat het theoretisch onderzoek verbonden wordt aan uw deskundigheid en praktijkinzichten. De uitkomsten van de discussie worden verwerkt in de resultaten en conclusies van het onderzoek.

De doelstelling van de groepsdiscussie is om informatie te verzamelen vanuit verschillende perspectieven ten gunste van het evalueren van het huidige toeleidingsproces. Het toeleidingsproces betreft het proces waarbij een cliënt zijn of haar hulpvraag voor het eerst stelt tot en met het moment van intake bij een jeugdhulpaanbieder.

Het panel bestaat uit de volgende deelnemers:

- Syta Talsma, teamleider gebiedsteam Smallingerland
- Anita Modderman, teamleider gebiedsteam Sudwest Fryslân
- Tettie Offenga, teamleider wijkteam Leeuwarden
- (n.n.b.), huisarts
- Jenny Klijnsma, manager Veilig Thuis/Regiecentrum Bescherming en Veiligheid
- Daniëlle Jansen, medisch socioloog UMCG
- Suzanne Ceelen, orthopedagoog generalist Jeugdhulp Friesland

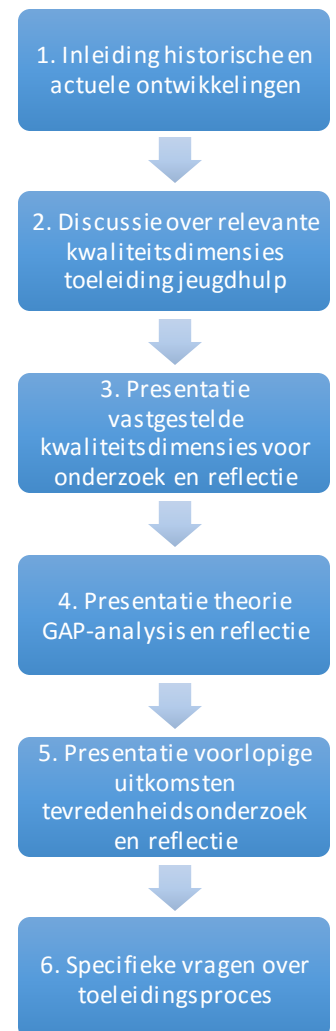
Tijdens de bijeenkomst verzorgt Trudy van de Belt de verslaglegging.

### Opzet bijeenkomst

In de groepsdiscussie worden zes stappen doorlopen (zie afbeelding). Stap 1 tot en met 5 zijn gepland om 50 minuten te duren. Voor stap 6 is 60 minuten gepland.

1. In het onderzoek zijn de historisch en actuele ontwikkelingen geformuleerd rondom de toeleiding naar jeugdhulp. Hieruit zijn een aantal belangrijke aandachtspunten afgeleid ten aanzien van kwaliteit van de toegang naar jeugdhulp.
2. In stap 2 wordt de definitie van 'kwaliteitsdimensies' gepresenteerd. De vraag aan u is welke kwaliteitsdimensies u – vanuit uw deskundigheid – ervaart in de toeleiding naar jeugdhulp.
3. In stap 3 worden de kwaliteitsdimensies gepresenteerd die toegepast zijn in het onderzoek. De vraag aan u is of de gebruikte kwaliteitsdimensies aansluiten bij de discussie die in stap 2 is gevoerd. Vervolgens welke dimensie het panel verwacht dat cliënten het meest belangrijk vinden.
4. U krijgt een presentatie over een model dat een indeling geeft van oorzaken van ontevredenheid over kwaliteit, de zogenaamde GAP-analyse. De vraag is of het panel verwacht – op basis van het model – dat er sprake is van ontevredenheid bij één of meer kwaliteitsdimensies in het toeleidingsproces in Friesland.
5. In stap 5 worden de voorlopige uitkomsten gepresenteerd van het cliënttevredenheidsonderzoek over het huidige toeleidingsproces. De vraag is of het panel wil reflecteren op de uitkomsten van de discussies onder stap 3 en 4.
6. In stap 6 worden een zestal vragen gesteld over fasen in het toeleidingsproces, waarbij uw deskundigheid relevant is. Hierbij de vraag of jullie per vraag met elkaar in discussie wil gaan over het antwoord en daarbij uw standpunt wil onderbouwen.

Na stap 6 krijgt u een theoretisch toeleidingsproces gepresenteerd in het waardeketenmodel (Porter en Olmsted, 2007). De vraag aan het panel is daarop te reageren op basis van de discussies die hebben plaatsgevonden.



8.5. Presentatie panel 2

## Groepsdiscussie

ten behoeve van klantwaarden in de toeleiding naar jeugdhulp.

# Welkom

## Ontwikkelingen

Evaluatie Wet op de Jeugdzorg, Jeugdwet, ervaringen 2015

- **Wet op de jeugdzorg** (2005) – eenduidige toegang B.J.Z. Niet geslaagd door onvoldoende uitwerking en schotten in financiering en samenwerking. Onvoldoende deskundigheid. Niet laagdrempelig door bureaucratie.
- **Spoorboekje**: deskundigheid in de toeleiding (vraagverheldering en besluitvorming)
- **Jeugdwet**: laagdrempelige toegang, verantwoorde werktoedeling, informatievoorziening en betrekken (voorkeur) cliënten, samenwerking in de keten.
- **Ervaringen 2015**: medewerkers jeugddomein naar gemeenten (Y), "kastje-muur" (N), onvoldoende informatie (N), toeleidingsproces (N), brede dialoog (Y), serieus genomen en bejegening (Y), deskundigheid (N).

## Kwaliteitsdimensies

Definitie

*De eenheden die de kenmerken van kwaliteit vormen, waarmee een analyse kan worden uitgevoerd om uitkomsten te controleren.*

Vraag: welke kwaliteitsdimensies vindt u van belang voor de toeleiding naar jeugdhulp en waarom?

## Kwaliteitsdimensies

Gebruikt in het onderzoek naar cliënttevredenheid

*Gebaseerd op de Cliënten-toets*

- Contact
- Deskundigheid
- Verloop proces
- Informatie
- Doel en resultaten

Vraag: sluiten de kwaliteitsdimensies aan bij uw verwachting? Welke kwaliteitsdimensie denkt u dat cliënten het meest belangrijk vinden?

## GAP-analyse

De afwijking tussen de verwachtingen en de ervaringen van cliënten

1. Het is onbekend wat de cliënt verwacht.
2. De definitie van kwaliteit is onvoldoende vormgegeven.
3. De standaard kwaliteit wordt niet geleverd.
4. Prestatie komt niet in overeen met de belofte.
5. Het verschil tussen de verwachting en ervaringen van cliënten.

Vraag: verwacht u een GAP bij één of meerdere kwaliteitsdimensies en waarom?

## Tevredenheid

Voorlopige uitslag cliënttevredenheid

*Vragenlijst aan cliënten nieuw in zorg bij Jeugdhulp Friesland (N=35)*

- Belangrijkste dimensie: doel en resultaten (50% N=28)

1. Contact:	3,52	Uitslag gebaseerd op 4-puntchaal: 1. Hetzelfde niet twee eens 2. Niet twee eens 3. Meerdere 4. Hetzelfde twee eens
2. Deskundigheid:	3,44	
3. Verloop proces:	3,28	
4. Informatie:	3,43	
5. Doel en resultaten:	3,46	
• Gemiddeld cijfer:	3,5	

Vraag: komt de uitslag overeen met uw verwachting en waarom?

## Proces

Een waardeketen is een serie van relevante processtappen die waarde aan elkaar toevoegen en leiden tot een bepaald doel.

*Vanuit kwaliteitsdimensies, (wetgeving), theorie:*

1. Contact - (laagdrempelig, bereikbaar en onmiddellijk) - beschikbaarheid
2. Deskundigheid - (verantwoorde werktoedeling) - deskundigheid
3. Verloop proces - (samenwerkingen)
4. Informatie (problematiek en verwijzing) - informatie
5. Doel en resultaten - (eigen keuze cliënt en resultaat effectieve toeleiding) - meten

Vijf specifieke vragen: wat is uw onderbouwde standpunt?

## Proces

Deelwaarde	Bekwaam	Bekwaam	Nr of NL	Nr of NL	Nr of NL	Bekwaam
Uitkomst	Behoefte aan dienstverlening	Ontvangt dienst	Ontvangt dienst op passende wijze en snel	Ontvangt informatie jeugdhulp	Daar aanmeldt	Ontvangt informatie jeugdhulp
Waar	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst
Bevredigendheid	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst
Probleem oplossen	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst	Uitkomst

## 8.6. Topiclijst

Kwaliteitsdimensies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke kwaliteitsdimensies ervaart u in Friesland in het toeleidingsproces naar jeugdhulp?</li> </ul>
Aansluiting kwaliteitsdimensie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sluiten de kwaliteitsdimensies uit het onderzoek aan op de ervaren kwaliteitsdimensies door het panel?</li> </ul> <p>Ja, deze sluiten aan omdat.... Nee, deze sluiten niet aan omdat...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke kwaliteitsdimensie verwacht u dat de ondervraagde cliënten het meest belangrijk vonden?</li> </ul>
Verwachte ontevredenheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwacht u ontevredenheid bij één of meer van de kwaliteitsdimensies? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contact</li> <li>○ Deskundigheid</li> <li>○ Verloop proces</li> <li>○ Informatie</li> <li>○ Doel en resultaten</li> </ul> </li> </ul> <p>Ja, ik verwacht ontevredenheid bij kwaliteitsdimensie X Nee, ik verwacht geen ontevredenheid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke GAP verwacht u bij de kwaliteitsdimensie waar u ontevredenheid verwacht? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Het is onbekend wat de cliënt verwacht.</li> <li>○ De definitie van kwaliteit is onvoldoende vormgegeven.</li> <li>○ De standaard kwaliteit wordt niet geleverd.</li> <li>○ Prestatie komt niet in overeen met de belofte.</li> <li>○ Het verschil tussen de verwachting en ervaringen van cliënten</li> </ul> </li> </ul> <p>De GAP bij kwaliteitsdimensie X is A</p>
Voorlopige uitslag cliënttevredenheid onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komt de kwaliteitsdimensie die de ondervraagde cliënten het meest belangrijk vinden overeen met wat het panel had verwacht?</li> <li>• Sluit de voorlopige uitslag van de cliënttevredenheid aan bij uw verwachting?</li> </ul> <p>Ja, deze sluit aan op mijn verwachting omdat... Nee, deze sluit niet aan op mijn verwachting omdat...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke GAP verwacht u dat van toepassing is op de kwaliteitsdimensie waar de ondervraagde cliënten het minst tevreden over zijn?</li> </ul>
Toeleidingsproces	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Op welke wijze en moment dient verantwoorde werktoedeling (geregistreerde professional) in de toeleidingsproces naar jeugdhulp worden geborgd? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eerste contact</li> <li>○ Bepalen eerste of tweedelijns zorg</li> <li>○ Vraagverheldering</li> <li>○ Verwijzing</li> <li>○ Diagnostiek</li> <li>○ Ondersteuningsplan</li> <li>○ Familiegroepsplan</li> </ul> </li> </ol>

	<p>2. Is het ordeningsprincipe in het toeleidingsproces bruikbaar als taxatie-instrument ten behoeve van besluitvorming voor gespecialiseerde jeugdhulp?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ja, dat is bruikbaar omdat...</li> <li>○ Nee, dat is niet bruikbaar omdat...</li> </ul> <p>3. Vindt u het belangrijk om gevalideerde instrumenten te gebruiken om aard en ernst te beoordelen om tot een besluit voor type jeugdhulp te komen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ja, dat vind ik belangrijk omdat...</li> <li>○ Nee, dat vind ik niet belangrijk omdat...</li> </ul> <p>4. Is het mogelijk en wenselijk om het ondersteuningsplan en familiegroepsplan als geïntegreerd plan na intake en diagnostiek op te stellen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ja, dat is mogelijk omdat...</li> <li>○ Ja, dat is wenselijk omdat...</li> <li>○ Nee, dat is niet mogelijk omdat...</li> <li>○ Nee, dat is niet wenselijk omdat...</li> </ul> <p>5. Is het te adviseren om een standaard toeleidingsproces te ontwikkelen in vergelijking met meerdere routes in de huidige situatie in Friesland?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ja, dat is te adviseren omdat...</li> <li>○ Nee, dat is niet te adviseren omdat...</li> </ul>
Theoretisch model	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vindt u het theoretisch toeleidingmodel op basis van de discussie van de voorgaande vragen een passend model?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ja, ik vind dat een passend model omdat...</li> <li>○ Nee, ik vind dat geen passend model omdat...</li> </ul>