

JONGEREN AAN ZET: EEN WEG NAAR ARBEID EN ZELFREDZAAMHEID

Marieke Boelhouwer, Maarten Wetterauw, Nynke Aukes & Jana Knot-Dickscheit

EVALUATIERAPPORT

Het vervolg Deel I

Maart, 2021 Groningen

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Context	4
Jongeren aan Zet (fase 2): de doorontwikkeling van een integrale aanpak	6
Doelgroep JaZ	6
Algemeen werkzame factoren	7
Uitgangspunten JaZ	7
Plan van aanpak.....	8
<i>Stappenplan JaZ.....</i>	<i>9</i>
Implementatie JaZ	9
Financiering JaZ.....	11
<i>Financieringsmodel Jongeren aan Zet</i>	<i>11</i>
<i>Verwijsbrief.....</i>	<i>13</i>
Resultaten Jongeren aan Zet	14
<i>Deelnemers ronde 1 en ronde 2.....</i>	<i>14</i>
<i>Individuele trajecten en de werkzame factoren.....</i>	<i>14</i>
<i>Het behalen van het perspectief versus kosten en trajectduur.....</i>	<i>18</i>
<i>Impact COVID-19</i>	<i>23</i>
Conclusie: Jongeren aan Zet een weg naar arbeid en zelfredzaamheid?	24
Als gemeente zelf aan de slag met Jongeren aan Zet!	26
Referenties.....	27
Bijlage 1. Intake Jongeren aan Zet	29
Bijlage 2. Informatiemail Huisartsenkring Groningen en zorgverzekeraar Menzis	30
Bijlage 3. Financiële werkgroep en uitgangspunten bij de financiering	31

Samenvatting

Jongeren aan Zet (JaZ) is een integrale aanpak waarbij jongeren worden (be)geleid naar arbeid en zelfredzaamheid. De jongeren vallen in de doelgroep 'zorgwekkende zorgmijders' waarop al het bestaande aanbod heeft gefaald. Zij komen veelal uit gezinnen met meervoudige en complexe problematiek, hadden op het moment van aanmelding psychiatrische en financiële problemen, en waren zonder perspectief op opleiding of werk. Omdat hun problematiek als te zwaar werd bevonden, vielen deze jongeren buiten het bestaande aanbod voor thuiszitters. De reeds in 2017 aangeboden JaZ-aanpak is gedurende 2019/2020 doorontwikkeld. Er is hierbij onder andere een financieringsmodel ontwikkeld dat de integrale wijze van werken van Jongeren aan Zet mogelijk maakt.

De resultaten van de JaZ-aanpak zijn bijzonder goed. In totaal lukte het 85% van deelnemende jongeren om hun perspectief (grotendeels) te bereiken. Deze jongeren maakten hun opleiding af, of gingen weer een opleiding doen, of kregen (vrijwilligers) werk. Daarbij werden soms (grote) blokkades, die een opleiding of werk in de weg stonden, tijdens het traject opgeheven. De verschillende trajecten kunnen wat betreft zowel kosten als looptijd aanzienlijk van elkaar verschillen.

In voorliggend evaluatierapport wordt achtereenvolgens de context waarbinnen de verdere ontwikkeling van de interventie plaatsvond, de werkwijze, het financieringsmodel beschreven. Tevens wordt er een overzicht gegeven van de resultaten, waarbij het al dan niet behalen van het perspectief is afgezet tegen de kosten en de duur van de afzonderlijke trajecten. Als laatste wordt in het kort de impact van COVID-19 op de JaZ-implementatie beschreven.

Leeswijzer

De voorliggende rapportage omvat een tussenevaluatie van de doorontwikkeling van de interventie Jongeren aan Zet (JaZ). In deze evaluatie wordt allereerst de context waarbinnen de JaZ-aanpak ontwikkeld is beschreven. Daarna volgt een korte uiteenzetting van de interventie inhoud en worden de recente verbeteringen in de JaZ-aanpak besproken aan de hand van het procesimplementatie model dat is ontwikkeld om de JaZ implementatie zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen. In hoeverre slaagt de JaZ aanpak erin jongeren te begeleiden naar opleiding, arbeid en zelfredzaamheid? En wat zijn de werkzame factoren daarbij? Hoe lang duren de trajecten en wat zijn de kosten? De evaluatie wordt afgesloten met een conclusie en eindigt met een samenvatting waarin de belangrijkste facetten van Jongeren aan Zet uiteen worden gezet voor gemeenten die zelf aan de slag willen gaan.

Context

De inspanning van scholen en gemeenten om zoveel mogelijk leerlingen van school te laten gaan met een startkwalificatie¹ heeft zijn vruchten afgeworpen. Verlieten veertien jaar geleden nog zo'n 71.000 jongeren voortijdig het onderwijs, in 2015/2016 is dit aantal verminderd tot een kleine 23.000, wat neerkomt op een afname van ongeveer 67%. Met deze prestatie behoorde Nederland tot de koplopers van Europa wat betreft het terugdringen van voortijdig schoolverlaten en behaalde met 8,2% voortijdige schoolverlaters² bijna de Europese doelstelling van 8% (Rijksoverheid, 2017). De afname van voortijdig schoolverlaters betekent niet dat we achterover kunnen gaan leunen, aldus de toenmalig minister van Onderwijs: "Iedere jongere die de school verlaat zonder diploma is er één te veel, zeker als ze dat wel kunnen halen." (Rijksoverheid, 2017).

¹ Een startkwalificatie is een diploma havo, vwo, mbo-niveau 2 of hoger (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, 2015).

² Een voortijdig schoolverlater is een jongere tussen de 12 en 23 jaar, die op 1 oktober van het ene jaar was ingeschreven bij een school en die op 1 oktober van het jaar erna niet meer ingeschreven is op een school en geen startkwalificatie heeft behaald (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2015)

Dat voortijdig schoolverlaten een belangrijk speerpunt blijft van de Nederlandse overheid wordt duidelijk in het jaar daarna. In 2016-2017 zette de daling van voortijdige schoolverlaters niet langer door. Voor het eerst sinds 2011 waren in dat schooljaar meer voortijdige schoolverlaters dan in het jaar daarvoor. Deze stijging hield aan in het schooljaar daarop. Met 27.067 nieuwe voortijdige schoolverlaters in 2018-2019 (Rijksoverheid 2018) lijkt het concrete overheidsdoel dat vanaf 2020 er per jaar maximaal 20.000 voortijdige schoolverlaters mogen zijn niet haalbaar.

Aangezien de negatieve gevolgen van voortijdig schoolverlaten aanzienlijk zijn dient de aanval op schooluitval onverminderd worden doorgezet. Voortijdig schoolverlaters hebben:

- een grotere kans op werkloosheid (Van de Steeg en Webbink, 2006), waarbij geldt dat hoe langer ze thuiszitten, hoe minder kans ze hebben op het krijgen van een baan. Wanneer het wel lukt om een baan te vinden, is dat dikwijls met een relatief lager salaris, zonder vast contract en op een laag niveau (Reijenga, 2018).
- op lange termijn, een grotere kans op gezondheidsproblemen, zowel mentaal (een vergrote kans op depressie, een lager gevoel van eigenwaarde en suïcidale ideeën) als lichamelijk (meer roken en drinken).
- een grotere kans op slachtofferschap van criminaliteit en geweld (Reijenga, 2018; Van der Gaag, Snell, Bron, & Kunnen, 2020).

Naast de slechtere arbeidsperspectieven en individuele problematiek heeft voortijdig schoolverlaten ook nadelige consequenties voor de maatschappij. Zo doen deze jongeren een groter beroep op sociale voorzieningen, zoals werkloosheidsuitkeringen (Van de Steeg en Webbink, 2006).

Doordat in Nederland de aanpak van voortijdig schoolverlaten niet centraal is georganiseerd, bestaat er veel ruimte voor 'eigen invulling'. Hierdoor kan de manier waarop voortijdig schoolverlaten wordt aangepakt per regio, gemeente, alsook per school verschillen. Omdat voortijdig schoolverlaten dikwijls het resultaat is van een complexe situatie, waarbij jongeren op meerdere leefgebieden problemen ervaren, is een overstijgende aanpak noodzakelijk (Van der Gaag, et. al. 2020). Een overkoepelende aanpak dat verschillende 'werkterreinen' omvat is hierdoor essentieel, zodat de focus zich niet enkel richt op één probleemgebied.

Hoewel het voorkomen van voortijdig schoolverlaten logischerwijs de voorkeur verdient (preventieve interventies), blijven curatieve interventies noodzakelijk (Van der Gaag, Snell, Bron, & Kunnen, 2020). Er is weinig wetenschappelijk onderzoek beschikbaar naar de werkzaamheid van deze curatieve interventies (Reijenga, 2018). Uit de informatie die voorhanden is komt naar voren dat de bekende curatieve interventies weinig effect hebben.

De drie voornaamste redenen zijn: (1) de grote variatie aan problemen van de jongeren (Van de Steeg en Webbink, 2006); (2) jongeren zijn vaak 'hulpverlenersmoe' en staan hierdoor niet meer open voor het (zoveelste) hulptraject (Heppe, 2012); en (3) de gebrekkige kennis van de diverse redenen voor voortijdig schoolverlaten (Reijenga, 2018).

Wil een curatieve interventie effect bewerkstelligen dan dient deze een overstijgende gedifferentieerde aanpak te bieden waarbij de verschillende samenwerkende partijen goed aansluiten bij de behoefte van de jongere zodat deze weer gemotiveerd wordt om met behulp van anderen te werken aan zijn³ toekomst. Jongeren aan Zet (JaZ) biedt zo een aanpak.

Ontwikkeling JaZ-interventie (fase 1)

In 2017-2019 werd binnen het subsidieprogramma 'Kans voor de Veenkoloniën' een integrale aanpak ontwikkeld voor toeleiding van jongvolwassen 'thuiszitters' naar zelfstandigheid en arbeid. De JaZ-methodiek werd ontwikkeld in een nauwe samenwerking van Molendrift, MEE, Subrosa, CMOSTAMM,

³ Ter wille van eenvoud en leesbaarheid van de tekst zal in deze rapportage het mannelijk persoonlijk voornaamwoord gebruikt worden daar waar de persoon in kwestie zowel mannelijk als vrouwelijk kan zijn.

gemeente Oldambt en gemeente Bellingwedde. Het JaZ-project betrof jongeren die vielen in de doelgroep 'zorgwekkende zorgmijders' en waarop al het bestaande aanbod al had gefaald. Zij kwamen veelal uit gezinnen met meervoudige en complexe problematiek, hadden psychiatrische en financiële problemen, en waren op het moment van aanmelding zonder perspectief op opleiding of werk, vaak nog bij de ouder(s) woonachtig en uitgevallen uit eerdere begeleidingstrajecten. De resultaten van de eerste ronde JaZ waren bijzonder goed.

Bij meer dan 75% van de deelnemende jongeren lukte het om hun perspectief (grotendeels) te bereiken. Deze jongeren maakten hun opleiding af, of gingen weer een opleiding doen, of kregen (vrijwilligers) werk. Daarbij wordt gesproken van succes wanneer (grote) blokkades, die een opleiding of werk in de weg stonden, tijdens het traject werden opgeheven (zie voor het volledige rapport Boelhouwer, Wetterauw, Aukes, & Knot-Dickscheit, 2019).

Doorontwikkeling JaZ-interventie (fase 2)

Door het succes werd eind 2019 besloten om de JaZ-interventie te blijven aanbieden met als doel deze beter te beschrijven en (daardoor) ook geleidelijk te kunnen opschalen. Inmiddels bleek namelijk dat de doelgroep in de deelnemende gemeenten veel groter was en zeker ook in de regio.

Door de veranderingen in de oorspronkelijke opzet van de interventie (zie voor de verschillende wijzigingen Boelhouwer et.al, 2019) werd Jongeren aan Zet (fase 2) vanaf dat moment nog uitgevoerd door twee partijen: Molendrift en MEE Groningen. De twee instanties zijn samen verantwoordelijk voor de intake. MEE speelt een begeleidende rol t.a.v. de jongeren met name gericht om het omgaan met de problematiek en het stabiliseren en verbeteren van de woon-, werk- en scholing situatie. Molendrift ondersteunt het gebruik van het samenwerkingsinstrument Samen1Plan, stelt diagnoses en voert behandelinterventies uit. Daarnaast draagt Molendrift zorg voor flankerend onderzoek naar de effectiviteit van de JaZ-interventie.

Bij de doorontwikkeling van de JaZ-aanpak (fase 2) stond één cruciaal component centraal: de financiering. Met behulp van een financiële werkgroep is er een financieringsmodel ontwikkeld dat ervoor zorg draagt dat jongvolwassen thuiszitters, die ouder zijn dan 18 jaar, ook kunnen deelnemen aan Jongeren aan Zet.

Jongeren aan Zet (fase 2): de doorontwikkeling van een integrale aanpak

In de JaZ-interventie worden jongeren die bekend staan als zorgwekkende zorgmijders begeleid naar opleiding, arbeid en zelfredzaamheid. In de interventie staan het *motiveren*, het *aansluiten* bij de jongeren en het werken aan de hand van een *gestructureerd individueel en samen met de jongere opgesteld plan* centraal. Hieronder worden puntsgewijs de doelgroep, algemeen werkzame factoren, de uitgangspunten en het plan van aanpak van de interventie beschreven. Daarna komt de implementatie van Jongeren aan Zet aan bod en wordt het financieringsmodel dat tijdens deze fase 2 werd ontwikkeld toegelicht. Hierna worden aan de hand van casussen de werkzame factoren belicht en worden de resultaten van de JaZ-aanpak besproken.

Doelgroep JaZ

De doelgroep van Jongeren aan Zet kenmerkt zich door een opeenstapeling van problemen op verschillende domeinen (gezin, vrienden en individu). De jongeren komen veelal uit gezinnen met meervoudige en complexe problematiek, hebben psychiatrische en financiële problemen, en zijn op het moment van aanmelding zonder perspectief op opleiding of werk. Zij vallen buiten al het andere aanbod voor thuiszitters, omdat hun problematiek als te zwaar voor het bestaande aanbod werd bevonden. Dit had te maken dat deze jongeren naast veelal bekende problematiek van thuiszitters ook te maken hadden met een *geïsoleerd leven*, *gebrek aan zelfstandigheid*, *laag intelligentieniveau*, *veel gamen*, *relatieproblemen*. Daarnaast blijken de JaZ-jongeren, in tegenstelling tot andere onderzoeksresultaten, vaak wel de intrinsieke

motivatie te hebben om naar school te gaan (Reijenga, 2018). Bij hen lijken de omstandigheden in hun leven het echter moeilijk of zelfs onmogelijk te hebben gemaakt om op school te kunnen blijven.

Echter, de motivatie om te veranderen (of het gebrek daaraan) is meteen het belangrijkste verschil tussen de jongeren die bereid zijn tot participatie en de jongeren die hiertoe niet bereid zijn: zonder motivatie heeft de hulpverlening een kleinere kans op slagen (Van Yperen, 2003; Gaitan-Sierra & Hyland, 2015). Er is eerst probleembesef van de jongere zelf nodig voor er motivatie en uiteindelijk verandering plaats kan vinden (Prochaska & DiClemente, 1982). Verslaving of het veelvuldig afzeggen van afspraken kunnen indicatoren zijn voor een gebrek aan motivatie.

Algemeen werkzame factoren⁴

Uit de literatuur zijn algemeen werkzame factoren bekend die bevorderend werken voor een goede samenwerking tussen hulpverleners onderling en hulpverleners en cliënt. Deze algemeen werkzame factoren hebben onder andere betrekking op de *bejegening* en de *houding* van de hulpverlener naar de cliënt of diens netwerk (Dawe, Harnett, & Frye, 2008; Rots-De Vries, Van de Goor, Stronks, & Garretsen, 2011; Van der Steege, 2009; Zoon & Berg-Le Clerq, 2014). In de jeugdhulp heeft het begrip bejegening betrekking op de manier waarop de hulpverlener(s) met de cliënt en diens netwerk omgaan, los van allerlei technische interventies (Van Erve, Poiesz, & Veerman, 2005). Aangetoond is dat een adequate bejegening een op zichzelf staande bijdrage levert aan het resultaat van geboden hulp (Martin, Garske, & Davis, 2000; Van Erve et al., 2005; Van Yperen, 2004). Wanneer er sprake is van een goede kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener (de therapeutische emotionele alliantie) en er sprake is van een goede motivatie van de cliënt, bevordert dit de kans van slagen in de hulpverlening. Een goede relatie en motivatie worden bereikt doordat de hulpverlener betrokkenheid toont bij de jongere (Dawe et al., 2008; Orobio de Castro, Veerman, Bons & De Beer 2002; Rots-De Vries et al., 2011). De hulpverlener dient zich daarbij respectvol op te stellen en mede aandacht te besteden aan dat wat wél goed gaat bij de cliënt (Dawe et al., 2008; Hermanns, 2002; Van der Steege, 2009). Daarnaast zijn *transparantie* en *duidelijkheid* van de hulpverlener bevorderend voor de samenwerkingsrelatie (De Vries, 2010). Ook Frost en Robinson (2007) wijzen op het belang van transparante communicatie en duidelijkheid omtrent rollen en verantwoordelijkheden wanneer het gaat over samenwerking tussen hulpverleners onderling en hulpverleners en cliënten. Als laatste dient er sprake te zijn van taak alliantie: overeenstemming met betrekking tot de gestelde doelen en hoe deze bereikt worden (Pijnenburg, De Greef, Scholte, & Hattum, (2019).

Uitgangspunten JaZ

Ontwikkelwens

- Elke jongere heeft een ontwikkelwens, is kundig en weet wat het beste bij hem/haar past.
- Zelfvertrouwen van de jongeren en vertrouwen van de ouders in het kunnen van de jongeren zijn doorslaggevend.

Intrinsieke motivatie

Intrinsieke motivatie van de jongere en netwerk zijn vereisten om een traject succesvol te laten verlopen. Eigen kracht zal niet altijd voorhanden zijn bij de jongeren als gevolg van het ontwikkelingsniveau of bij beperkingen op meerdere levensgebieden. Dan zullen keuzes en beslissingen worden voorgelegd om tot een gezamenlijke besluit te komen met de jongere en zijn/haar omgeving. Dit vraagt nieuwe vaardigheden en attitude van hulpverleners.

⁴ Deze tekst komt uit: Boelhouwer, M., Aukes, N., & Loykens, E. (2019). *Samen1plan: Effectief en efficiënt samenwerken in zorgtrajecten voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen*. In Knot-Dickscheit, J. & Knorth, E.J. (Red.). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Theorie en Praktijk*. Lemniscaat: Rotterdam. [boek verschijnt in het voorjaar van 2019]

Hulpverlening

Sommige jongeren hebben tijdelijk extra ondersteuning nodig. Hierbij zijn de volgende uitgangspunten belangrijk:

- Een goede match tussen jongere en hulpverlener staat centraal.
- De hulpverlener staat naast de jongere. Het sociaal competentiemodel dient als referentiekader.
- Het bieden van maatwerkoplossingen om belemmeringen (probleemsituatie thuis, gedragsproblematiek, sociale problematiek, financiële problemen etc.) weg te nemen is essentieel.
- Goed samenwerken van verschillende instanties is van groot belang. Dit betekent opschalen of afschalen wanneer nodig en je eigen beperkingen kennen – weten wanneer de ander in te zetten.
- Zo min mogelijk betrokkenen/hulpverleners inzetten.

Het Individueel plan wordt gekenmerkt door de volgende aspecten:

- Er wordt oplossingsgericht gewerkt en steeds geïnventariseerd wat er speelt er en wat (als eerste) nodig is.
- Het stellen van kleine haalbare activerende doelen (die succeservaringen opleveren) staat centraal: cliënt gerichte-specifieke doelen die met lef of ‘out of the box denkend’ gesteld kunnen worden.
- Het in kaart brengen van eigen kracht (empowerment) is een wezenlijk onderdeel van het individuele plan: er wordt niet alleen gefocust op het ‘zorg’-gedeelte.
- De integraliteit (het betrekken van alle leefgebieden) van de aanpak en allen daarin meenemen voor zover zij voor de cliënt relevant zijn, is belangrijk.
- Weten wanneer je op het individu ingrijpt, wanneer in het systeem en wanneer het doel is de cliënt weerbaarder/ zelfredzamer te maken.
- Verder komt het daarop aan dat tijd wordt gecreëerd, die nodig is om verandering te bewerkstelligen en steeds te monitoren welke hulpvraag er nog speelt en daar adequaat op inspelen (‘elasticiteit’). Ook het bieden van nazorg en rekening houden met terugvalmogelijkheden is onderdeel van het integrale plan.

Plan van aanpak

Jongeren aan Zet is ingezet in de gemeente Oldambt en (voormalige gemeente) Bellingwedde. Bij de integrale JaZ-aanpak werken twee instanties nauw met gemeenten en elkaar samen: Molendrift en MEE-Groningen.

Molendrift (www.molendrift.nl) is een GGZ-hulpverleningsinstelling, die diagnostiek en behandeling biedt bij gedragsproblemen, opvoedingsproblemen, leer/werk-problemen, en omgangsproblemen in de ruimste zin van het woord. De Molendrift aanpak kenmerkt zich door zijn persoonlijke benadering. De hulp die wordt geboden is praktisch en richt zich op haalbare doelen. Het resultaat staat voorop. Het aanbod betreft diagnostiek en behandeling. De aangeboden interventies zijn bewezen effectief. Molendrift heeft veel ervaring in de hulpverlening in multiprobleem situaties en ontwikkelde daartoe de Samen1Plan methodiek (www.samen1plan.nl), die landelijk als ‘best practice’ beoordeeld is.

MEE-Groningen (www.mee groningen.nl) biedt cliëntondersteuning en begeleiding aan mensen met een beperking, zoals een verstandelijke of lichamelijke beperking, autisme of niet-aangeboren hersenletsel. MEE ondersteunt mensen in hun zelfredzaamheid en het kunnen meedoen in de samenleving. MEE kijkt preventief en integraal naar de vragen en mogelijkheden van mensen en hun sociale netwerk. Samen met cliënten en hun sociaal netwerk werkt MEE aan een plan onder hun eigen regie. Dit doen ze op alle levensgebieden: meedoen mogelijk maken.

Molendrift en MEE vullen elkaar goed aan. De rol van Molendrift is gelegen in de selectie en intake, diagnostiek en behandeling. MEE speelt een begeleidende rol t.a.v. de jongeren met name gericht om het omgaan met de problematiek en het stabiliseren en verbeteren van de woon-, werk- en scholing situatie. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van en in interactie met de behandelaren van Molendrift.

Molendrift is verantwoordelijk voor het flankerend onderzoek dat zal leiden tot een goed overdraagbare methodiekb beschrijving en tot de ontwikkeling van een bijbehorend financieringsmodel.

Stappenplan JaZ

Stap 1: Medewerkers van de gemeenten Oldambt en Bellingwedde selecteren twintig jongeren voor deelname aan het project Jongeren aan Zet.

Stap 2: Kennismaking met jongere, aanmelder en medewerker Molendrift.

Stap 3: Tijdens de intake (intakeformulier is gebaseerd op het formulier dat medewerkers van MEE-Groningen gebruiken voor de hulpvraagverduidelijking) vertelt een jongere over hoe het leven er nu uitziet en wat hij/zij daaraan graag wil veranderen: wat wil de jongere (binnen negen maanden) bereiken? Dit formulier dient als leidraad. Tijdens de intake wordt erkenning gegeven en aangesloten bij datgene wat de jongere vertelt. Zie voor het intakeformulier bijlage 1.

Stap 4: Om het toekomstperspectief van de jongere te behalen maken medewerkers van Molendrift of MEE samen met de jongere een individueel plan aan in het samenwerkingsinstrument *Samen1plan* (zie www.samen1plan.nl). Zie voor een beknopte uitleg Samen1Plan box 1.

Box 1. Samen1Plan

Samen1Plan is bedoeld voor hulpverleningstrajecten waarin de samenwerking tussen jongeren en meerdere betrokkenen (zowel instanties en scholen als ook het sociale (familie)netwerk) van belang is. De methodiek maakt de rollen van alle betrokkenen inzichtelijk, stelt de voortgang op het gezamenlijke plan centraal en geeft actueel inzicht in de stand van zaken op de gestelde doelen. Het online samenwerkingsinstrument is goed beveiligd en respecteert de privacy van de jongere. De methodiek is gebaseerd op de werkzame factoren in de hulpverlening, zoals motivatie, respect en planmatig werken (wat speelt er en wat is (als eerste) nodig?). In het plan wordt niet enkel gefocust op het 'zorg'-gedeelte. Het in kaart brengen van de sterke kanten, de mogelijkheden en de vaardigheden en de ervaren problemen van de jongere, is een belangrijk onderdeel van Samen1Plan. Wat kan een jongere zelf en waar is een steuntje in de rug nodig? Een jongere wordt eigenaar van het plan en het traject en beslist wie tot het Samen1plan-plan wordt toegelaten.

Stap 5: De jongeren werken aan het hun opgestelde plan. Medewerkers van Molendrift en MEE begeleiden jongeren hierbij. Per traject wordt gekeken wie het beste de hulpverlenersregie kan voeren (Molendrift, MEE of de jongere zelf).

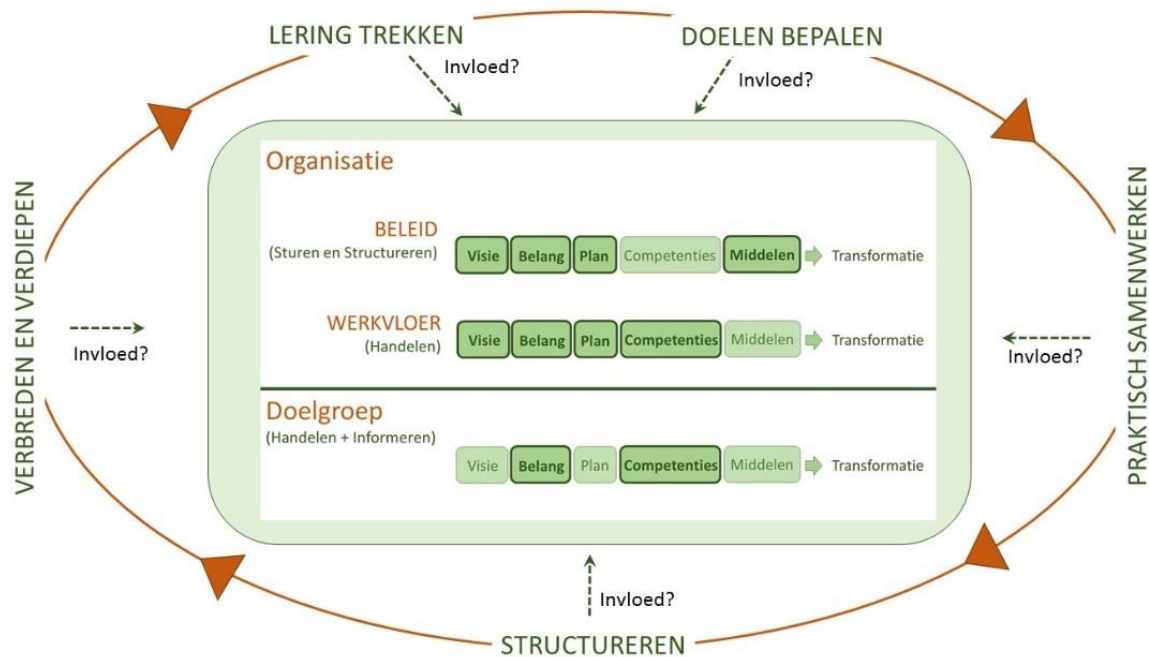
Implementatie JaZ

De integrale Jongeren aan Zet-aanpak is een geslaagde aanpak te noemen. Toch verliep de ontwikkeling van de JaZ-aanpak in 2017-2018 niet zonder moeilijkheden (zie voor een uitgebreide uiteenzetting Boelhouwer et. al, 2019). Op basis van onze opgedane ervaringen met het implementeren en het (door)ontwikkelen van de JaZ-interventie hebben wij een model ontwikkeld dat kan ondersteunen bij de implementatie in andere regio's (zie figuur 1). Het model is gebaseerd op twee bestaande modellen: het 'Knostermodel' en het model van Van Delden (Van Delden, 2009). Hieronder volgt een beknopte uitleg (zie voor de uitgebreide uitleg van de twee modellen Boelhouwer et. al, 2019).

Voor een goede implementatie en doorontwikkeling van een nieuwe werkwijze, dient er aan een aantal voorwaarden te worden voldaan wil de verandering een kans van slagen hebben. Een verandermodel dat vaak wordt aangehaald is het Knostermodel. Het Knostermodel noemt vijf essentiële elementen voor verandering: *visie*, *belang*, *(actie)plan*, *competenties* en *middelen*. Om verandering te kunnen bewerkstelligen dient op alle niveaus binnen de (samenwerkende) organisatie(s) overeenstemming te bestaan over de invulling van deze elementen. Zowel bij aanvang als het proces, omdat visie en belangen en daarmee samenhangende plannen en benodigde competenties kunnen wijzigen.

De toevoeging door Van Delden (Van Delden, 2009) is dat de ontwikkeling van succesvolle samenwerkingen het cyclisch doorlopen van de volgende stadia vereist: *lering trekken, doelen bepalen, praktisch samenwerken, structureren en verbreden en verdiepen*.

Naarmate die ontwikkelingscyclus vaker succesvol wordt doorlopen verstrekt de samenwerking maar daarbij kunnen invloedverschuivingen tussen de partijen optreden. Waardoor er veranderingen in de invulling van de Knosterelementen kunnen plaatsvinden. Dit leidt tot de hieronder weergegeven dynamische samenhang, waarbij ideaaltypisch, alle betrokkenen zich adaptief (kunnen) opstellen wat betreft de visie, het belang, het (actie) plan, de competenties en de middelen.



Figuur 1. Procesimplementatie-model: het model is ontwikkeld a.d.h.v project Jongeren aan Zet (Boelhouwer et.al, 2019).

Samengevat komt het procesimplementatie-model van Jongeren aan Zet op het volgende neer:

1. Bij de start van een succesvolle transformatie worden op drie **niveaus** (Beleid, Werkvloer en Doelgroep) de **vijf elementen** van het **Knostermodel** (model van verandering) **in kaart gebracht**.
2. **Per niveau** ligt de **nadruk op verschillende elementen**.
3. De **ontwikkelingscyclus** van **Van Delden** wordt tijdens de implementatie, op gezette tijden, gezamenlijk **besproken** als typering van de stand van de kwaliteit van de ontwikkeling en eventueel noodzakelijke aanpassingen.

In Jongeren aan Zet Fase I waren vooral *Visieverschillen* op de *Werkvloer* wat betreft de JaZ-aanpak een belemmering die tijdens de evaluatiemomenten dienden te worden opgelost. Voor de *doorontwikkeling* van de JaZ-aanpak was met name op *Beleidsniveau* het element *Middelen* een struikelblok. Bij de ontwikkeling van de interventie werden alle kosten gedekt door het subsidiegeld binnen het subsidieprogramma 'Kans voor de Veenkoloniën'. Voor de voortzetting van de JaZ-aanpak is gezocht naar een andere, meer structurele, financieringsvorm.

Het procesimplementatie-model van Jongeren aan Zet helpt om lastige momenten bespreekbaar te maken alsook om vooraf samen zaken te verduidelijken. Wat is het (eind)doel? Wat zijn de verschillende visies, belangen en verwachtingen? Hoe gaan we dit samen aanpakken? En hoe houden we samen de lijn vast? Wanneer gaan we structureren en evalueren? Wanneer gaat het goed en wanneer moeten we ingrijpen? Het model geeft handvatten en richtlijnen om een veranderproces zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

Financiering JaZ

Het begeleiden van jongvolwassen thuiszitters naar opleiding, zelfstandigheid en arbeid is complex. De problemen waar de JaZ-doelgroep tegenaan loopt betreffen vaak meerdere (leef- en beleids)domeinen, zoals het sociaal domein, onderwijs, werk en inkomen, wonen, psychische zorg en soms justitie. Hierdoor is een scala aan wet- en regelgeving van toepassing. De (financiële) middelen en (losse) producten zijn verspreid aanwezig bij gemeenten, instellingen en zorgverzekeraars en ‘financiële schotten’ tussen de verschillende beleidsdomeinen en partijen kunnen de uitvoerbaarheid van de individuele hulptrajecten belemmeren. Terwijl juist de JaZ-deelnemers behoefte hebben aan goed afgestemde praktische ondersteuning (hulp bij plannen, wonen, financiën, werk en opleiding, etc.) en lukt dit bij hen uitsluitend bij een goede match met een heel beperkt ervaren en stabiel team van ggz-behandelaars (ervaren in diagnostiek, planvorming en kortdurende specialistische behandelinterventies op maat). Vooral ook omdat de JaZ deelnemers vaak een verleden hebben van mislukte hulp dat hen sterkt in de gedachte dat zij ‘niet te helpen zijn’.

Integrale ondersteuning aan jongvolwassenen op het snijvlak van opleiding en werk en psychiatrische hulp is hier dus essentieel, maar ingewikkeld door het gebrek aan integraliteit en kwaliteit van het benodigde aanbod. In theorie kan de eerste hulpvorm, de praktische begeleiding, worden gefinancierd vanuit interne middelen van het sociaal domein (Jeugdzorg, de Participatiewet en Wmo), de tweede vorm van hulp, de ggz-behandeling, wordt door de zorgverzekeraars gedekt. Echter, beide financiële middelen worden los van elkaar ingekocht en ingezet, vaak met veel tijd er tussen en/of wachtlijsten. Daar komt bij dat in de praktijk het onderscheid tussen begeleiding en psychiatrische behandeling soms moeilijk te maken is. Waar houdt begeleiding op en begint behandeling? En andersom, wanneer stopt de psychiatrische behandeling en kan je enkel spreken van begeleidingsactiviteiten?

Financieringsmodel Jongeren aan Zet

Bij aanvang van fase 2 werd een financiële werkgroep ingericht⁵ met als doel een logische, goed (elders, door anderen) herbruikbare financieringsvorm te ontwerpen voor de (complexe) JaZ doelgroep. De werkgroep deed dit door alle JaZ trajecten uit fase 1 op financiële componenten en financiële merites te analyseren.

Daarbij werd duidelijk dat het in alle gevallen ging om het inzetten van specialistische ggz. En altijd betrof het cliënten van 18 jaar of ouder. Dus vallend onder de financiering van **de zorgverzekeringswet (ZVW Cure)**. Dit is belangrijk te concluderen omdat ieder JaZ traject ook begeleidingsaspecten kent. Echter alle trajecten uit de eerste fase werden getoetst tegen de definitie van Zorginstituut Nederland (2015), *“begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken, worden aangestuurd door de (hoofd)behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de (hoofd)behandelaar. Voor het uitvoeren (...) is deskundigheid op het niveau van de behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig. Zeker bij 5 GGZ komt het regelmatig voor dat begeleidingsactiviteiten een wezenlijk onderdeel zijn van de behandeling. Begeleidingsactiviteiten die een niet geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van de behandelaar is vereist en waarbij geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig is, worden niet gerekend tot geneeskundige GGZ. Deze begeleidingsactiviteiten kunnen mogelijk vallen onder de Wmo 2015.”* Alle trajecten voldeden aan deze definitie van GGZ. Soms werd geëindigd met begeleidingsactiviteiten buiten GGZ context, maar dat was altijd al ná afronding van het JaZ aanbod.

⁵ De werkgroep bestond uit de volgende leden: Beleidsadviseur Samenleving Gemeente Westerwolde; Beleidsadviseur Sociaal Domein Gemeente Oldambt; Financieel directeur Molendrift; Regiomanager MEE-Groningen; Senior Zorginkopen bij Menzis Zorgverzekeraar.

Dat alle cliënten ouder dan 18 waren, werd beoordeeld als toevalligheid. Hier werd niet op geselecteerd en er is geen enkele reden om aan te nemen dat de JaZ doelgroep of de toepasbaarheid van de methodiek begint bij de leeftijd vanaf 18 jaar. Dit betekent dat de financiering ook kan vallen onder **de Jeugdwet**. Deze wet is er voor kinderen en jongeren tot 18 jaar die extra zorg en ondersteuning nodig hebben.

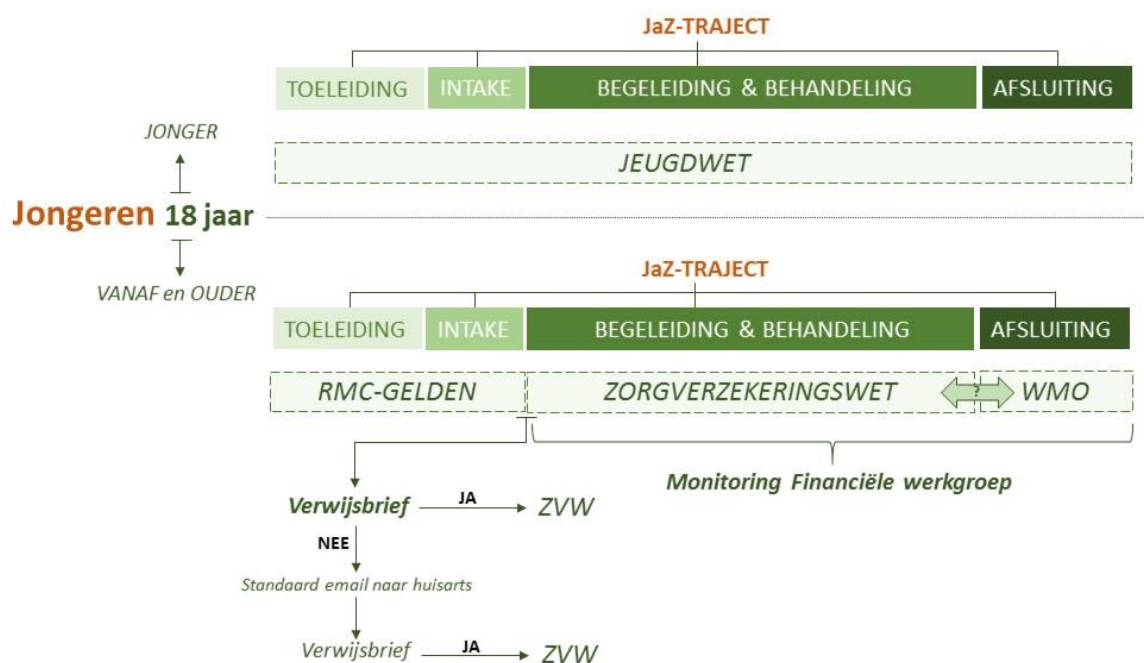
Voor de ZVW Cure geldt dat ggz hulp pas na verwijzing door een bevoegd verwijzer vergoed wordt. In de ZVW zal dit meestal de huisarts zijn. Toeleiding naar zorg, lees: het traject voordat er een verwijzing is, wordt niet vergoed maar is een essentieel onderdeel van de JaZ aanpak. Probleembesef en motivatie zijn cruciaal voor het al dan niet slagen van een traject. In de werkgroep is erover gesproken hiervoor de (voormalige) OGGZ gelden in te zetten. Dat bleek niet de meest voor de hand liggende route omdat:

1. Gemeenten deze gelden op verschillende wijze inzetten;
2. Daar vaak specifieke aanbieders op zijn gecontracteerd, die (nog) geen ervaring met de JaZ methodiek hebben.

Uiteindelijk is gekozen voor financiering voor de toeleiding uit de RMC gelden (Regionale Meld- en Coördinatie vroegtijdig schoolverlaten). Dit geld is beschikbaar voor 'het bereiken van' vroegtijdig schoolverlaters tot 23 jaar. Waarbij analyse leert dat gemiddeld circa 10 uur nodig in de toeleiding per JaZ client.

Voor cliënten jonger dan 18 is dat niet nodig en financiert de gemeente (Jeugdwet) de toeleiding van deze doelgroep, waarbij het wel zo is dat de wijze waarop (productnaam, vergoeding) per gemeente kan verschillen.

Beide modellen zijn hieronder weergegeven.



Figuur 2. Financieringsmodel Jongeren aan Zet.

Aangezien veel jongvolwassen deelnemers van Jongeren aan Zet met betrekking tot psychische problematiek meerdere diagnoses hebben (zie Boelhouwer, et. al., 2019) zijn de begeleidingsactiviteiten van deze jongeren vaak onderdeel van de behandeling en vallen deze activiteiten onder de Zorgverzekeringswet. Echter, wanneer een begeleidings- en behandeltraject vordert kunnen de begeleidingsactiviteiten onder de WMO worden weggeschreven.

Om ervoor te zorgen dat er een soepele overgang plaatsvond van ZVW naar WMO werden de individuele trajecten door de financiële werkgroep gemonitord. Per casus is beoordeeld of de handelingen wel of niet ZVW betroffen en welke handelingen dit dan waren.

Hiermee is er nog geen oplossing voor jongvolwassenen vanaf 23 jaar. Voor hen is er geen toegang tot de RMC gelden. Bij het starten in nieuwe regio's zullen hierover separaat afspraken gemaakt moeten worden. Er zijn in hoofdlijn twee varianten mogelijk:

1. Beperk het aanbod tot 23 jaar.
2. Maak een uitzonderingsafpraak voor de oudere jongvolwassenen met het RMC of de Gemeente (Gemeenten hebben ruimte binnen de Algemene Voorziening).

Verwijsbrief

Door het hierboven omschreven financieringsmodel is door de financiers de wijze van werken in de sluitende aanpak van Jongeren aan Zet mogelijk gemaakt. In principe zou hiermee de financiële kant van de JaZ-interventie gedekt moeten zijn, op een manier die ook in andere regio's toepasbaar is zonder een nieuwe specifieke financieringsvorm te hoeven ontwikkelen.

Toch bleek de uitvoering weerbarstig. De belemmering bevond zich ditmaal bij de jongvolwassene zelf: het verkrijgen van een verwijsbrief bleek, om verschillende redenen, soms een obstakel te zijn. De jongeren vergaten naar de huisarts te gaan, gingen naar de huisarts maar konden deze niet overtuigen te verwijzen, wisselden van huisarts, de verwijsbrief kwam op een ander (email)adres aan, etc. Gemiddeld duurde het 6,5 maand voordat de verwijsbrief was geregeld en dan waren de verwijsbrieven door de huisartsen meestal gedateerd op het moment van afgifte. Immers zij mogen niet antedateren.

Aangezien het aansluiten bij (het moment van) de motivatie van een jongere één van de werkzame factoren is van de JaZ-aanpak werd de ingezette hulp niet (tijdelijk) stop gezet bij het ontbreken van een verwijzing. Dit leidde er toe dat verschillende JaZ-deelnemers maandenlang werden behandeld zonder dat de betrokken partijen de gewerkte uren vergoed kregen.

De eerste oplossing hiervoor werd gevonden in het laten bellen van de behandelaar met de huisarts. Dit wekte vaak verwarring of wrevel, omdat dan niet de huisarts aan de telefoon komt maar de assistente. Deze legt het vervolgens aan de huisarts voor en die interpreteert het als een onbeleefd verzoek, omdat de behandelaar vraagt naar zichzelf te verwijzen en omdat een huisarts niet zomaar een patient kan verwijzen die hij/zij niet zelf zag.

De tweede oplossing werd gezocht in het inzetten van de leerplichtambtenaar. Deze vroeg de verwijsbrief bij de huisarts aan namens de client, zodat de behandelaar niet naar zichzelf hoefde te verwijzen. Ook deze oplossing werkte niet goed omdat leerplichtambtenaren niet gewend zijn aan de wijze van communiceren met huisartsen. Bovendien bleef het probleem van het vragen om een verwijzing voor een patiënt die de huisarts niet eerst zelf zag.

Om dit in de toekomst te voorkomen is er door het bestuur van de Huisartsenkring Groningen en zorgverzekeraar Menzis een brief opgesteld voor huisartsen in de gemeenten Oldambt en Westerwolde, waarin zij uitleggen wat de JaZ aanpak inhoudt en dat het in orde is dat de uitvoerend behandelaar vraagt naar zichzelf te verwijzen. Het blijft in de JaZ aanpak zo dat de behandelaar de client eerst vraagt een verwijsbrief te regelen. Maar wanneer dat niet snel genoeg 'lukt' kan de uitvoerend behandelaar de huisarts vragen te verwijzen daarbij wijzend op de brief van de Huisartsenkring Groningen en Menzis. Zie voor de brief bijlage 2.

Resultaten Jongeren aan Zet

Deelnemers ronde 1 en ronde 2

Alle JaZ-deelnemers zijn zorgwekkende zorgmijders met multi-problematiek, zoals een geïsoleerd leven, gebrek aan zelfstandigheid, laag niveau, veel gamen, relatieproblemen, schuldproblematiek, depressiviteit, woonproblematiek, verstoord dag- en nachtritme, geen dagbesteding, weinig sociale contacten, meerdere problemen in de gezinssituatie etc. De jongeren hebben vaak al allerhande vormen van hulpverlening gehad, zonder resultaat. Vaak zijn ze al opgegeven door de hulpverlening of krijgt de jongere weliswaar begeleiding maar is tijdelijke intensivering nodig (door middel van Jongeren aan Zet) om samen een volgende stap te kunnen zetten. Andersom zijn de jongeren lastig bereikbaar omdat ze al veel mislukte hulpverleningstrajecten achter de rug hebben en het geloof zijn verloren dat ze te helpen zijn. In de afgelopen twee jaar werden 27 jongeren begeleid om hun zelfgekozen perspectief te behalen (zie tabel 1 voor de verdeling man/vrouw per ronde).

Tabel 1. JaZ-deelnemers Ronde 1 en 2.

Aantal	JaZ-Ronde 1	JaZ-Ronde 2	Totaal
Man	10	6	16
Vrouw	7	4	11
Totaal	16	10	27

Individuele trajecten en de werkzame factoren

In JaZ-Ronde 1 werden jongeren negen maanden lang begeleid aan de hand van een individueel, samen met de jongeren, opgesteld plan. Van de zeventien jongeren lukte het meer dan 75% van de jongeren (dertien jongeren) om hun perspectief (grotendeels) te bereiken. Deze jongeren (zes jongeren; 35%) maakten óf hun opleiding af, gingen weer een opleiding doen, óf kregen (vrijwilligers) werk. Bij een enkele was sprake van *gedeeltelijk* succes (zeven jongeren; 41%). Met gedeeltelijk succes bedoelen we dat (grote) blokkades werden weggenomen, bijvoorbeeld die een opleiding of werk in de weg stonden. Vaak is een dergelijk gedeeltelijk succes een aanzienlijke vooruitgang. Zie bijvoorbeeld casusvoorbeeld 1: Kevin. Kevin heeft weliswaar (nog) geen passend (vrijwilligers)werk en/of opleiding, maar heeft met behulp van het JaZ-project zulke grote stappen gemaakt dat zijn individuele traject toch een succes mag worden genoemd.

Casus 1: Kevin

Geslacht: man

Leeftijd: 24 jaar

Werk: bijstandsuitkering

Verwezen door: Consulent Jeugd en RMC trajectbegeleider

Aanmelding/beginsituatie:

Kevin heeft een 'familiegeheim'. Daarbij (of hierdoor) heeft hij sociale angsten en heeft hij last van een mogelijk trauma. Voor dit laatste was hij al eerder verwezen naar een psycholoog en heeft hij EMDR gehad, waarbij hij een week lang intern was opgenomen in een instelling. Helaas hield Kevin deze behandeling niet vol, en wilde hij niet meer naar deze instantie terug. Naast zijn angsten en trauma heeft Kevin een laag zelfbeeld, financiële problemen en hij heeft geen startkwalificatie. Hij woont bij zijn ouders thuis. Er is sprake van meerdere problemen in de gezinssituatie.

Perspectief Kevin

Kevin wil weer vertrouwen en plezier hebben in het dagelijks leven met passend (vrijwilligers)werk en/ of opleiding.

Ingezette interventies en resultaten

(de meest urgente doelen worden hieronder besproken)

1. **Doel:** Verwerkt verleden en het hebben van voldoende zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen om weer naar buiten te durven treden.
Acties: Sociale angst en verwerking pestverleden en traumatische gebeurtenis: veelvuldige gesprekken om hulpvraag te verduidelijken en vertrouwensband op te bouwen, inzicht vergroten in problematiek (psycho-educatie), signalen van vermijding in kaart brengen. Samen bellen naar instanties, samen naar afspraken gaan, exposure oefeningen door samen winkelcentrum in te gaan en langs groepen jongeren te lopen. Cognitief gedragstherapeutische interventies worden ingezet wanneer hij naar buiten gaat: helpende gedachten. JaZ-begeleider heeft naast face-to-face contact veelvuldig appcontact. Er wordt EMDR geboden door Molendrift (drie behandelsessies). JaZ-begeleider stemde af met EMDR-behandelaar en haalde jongere op van huis om mee te gaan naar de EMDR sessie om afzegging te voorkomen en vertrouwen verder op te bouwen.
Resultaat: Kevin heeft zijn verleden verwerkt en heeft voldoende zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen om weer (letterlijk) naar buiten te durven treden. Er zijn nauwelijks meer afzeggingen van afspraken vanwege zijn sociale angst. Hij gaat (nieuwe) contacten aan, zoals contact huisarts, ziekenhuisbezoek, bellen met zorgverzekering en contact met een haarspecialist.
Doel: Tevreden zijn met uiterlijk en het hebben van wel/geen haar.
Acties: Opzoeken en uitzoeken informatie haarspecialisten, bellen met haarspecialisten, samen hier naar toe gaan, uitzoeken vergoedingen, contact met huisarts over mogelijke erfelijkheid haarverlies, meegaan naar bezoek huisarts, bespreken eventuele andere mogelijkheden.
Resultaat: Na in eerste instantie een haarstukje te willen hebben, heeft Kevin besloten om met behulp van EMDR zonder pet en grotendeels kaal geschoren door het leven te gaan. Dit is een enorme stap voor hem.
2. **Doel:** Financiën op orde brengen
Acties: JaZ-begeleider mailt en belt met GKB inzake inzicht schuldregeling. Mogelijkheden met Kevin besproken hoe te leren omgaan met geld via cursus bij MEE, grenzen leren aangeven naar ouders en Kevin versterken hierin t.a.v. beschikking weegeld (en waaraan te besteden).
Resultaat: Schuldregeling verloopt goed.

Door JaZ heeft Kevin enorme stappen gezet t.a.v. het overwinnen van zijn sociale angst. Hij durft weer naar buiten te gaan, hij is daarbij verschillende contacten aangegaan, die hij normaliter had vermeden. Hierdoor is het vertrouwen in zichzelf gegroeid en is perspectief zichtbaar.

Vervolg: Op dit moment wordt Kevin nog steeds begeleid door MEE in samenwerking met Molendrift. Kevin wil het volgende schooljaar weer een opleiding gaan volgen. Welke richting dit wordt zal nog worden uitgezocht en voorliggend zal Kevin eerst dagbesteding/ vrijwilligerswerk gaan doen om verder vertrouwen op te bouwen. Hij stelt doelen door de dag heen om actief te blijven.

Werkzame factoren bij deze casus

- **Vertrouwensband hulpverlener/cliënt:** het vele investeren in de vertrouwensband door veelvuldige face-to-face contacten, het geven van erkenning en begrip, en het positief bekrachtigen en uitvragen van Kevin wat hij nodig heeft om te voorkomen dat hij gaat vermijden, wierp zijn vruchten af. Kevin: "Ik zie A echt als een vriendin. Welke hulpverlener gaat er nu een Cup-A-Soupe met je drinken? Haar kan ik vertrouwen".
- **Het (tijdelijk) nemen van de hulpverlenersregie en transparantie:** de JaZ-begeleider maakt inzichtelijk wat de mogelijkheden zijn wat betreft begeleiding, maakt een plan (wie doet wat wanneer en waarom: transparantie) en maakt afspraken met verschillende partijen die belangrijk zijn om een bepaald doel te bereiken. De JaZ-begeleider gaat mee naar de afspraken, haalt jongere op van huis, belt samen etc.
- **Doorzetten van begeleiding:** in het verlengde van de vertrouwensband en hulpverlenersregie hoort ook 'het volhouden van de begeleiding'. Het blijven geloven in de mogelijkheden van Kevin ondanks de afzeggingen in het begin en het in contact blijven (appen, bellen en steeds nieuwe afspraken maken), zijn bij deze doelgroep werkzame factoren.
- **Nabijheid hulpverlening**
 1. **Huisbezoek:** Mede door Kevins sociale angst werd hij een zorgmijder. Doordat de JaZ-begeleider bij hem thuis kwam werd de drempel om hulp te aanvaarden veel minder groot.
 2. **Korte lijnen GGZ-instelling (directe behandeling):** doordat Kevin vertrouwen had in de begeleider stond hij open voor traumaverwerking en kon de JaZ-begeleider hem de hulp inschakelen van

GGZ-instelling Molendrift. Doordat de GGZ-instelling Molendrift bij het project betrokken was kon Kevin direct worden behandeld, op het moment dat hij aangaf hier aan toe te zijn.

JaZ-deelnemers hebben vaak al verschillende hulpverlenerstrajecten achter de rug (al dan niet voortijdig afgebroken). In dit project is dan het ook zeer belangrijk om goed aan te sluiten bij de *motivatie* van de jongeren om de begeleiding van de grond te krijgen. Door eerst aan te sluiten bij het doel dat de jongere zelf als belangrijkste ervaart, wordt de vertrouwensband versterkt, de motivatie vergroot en neemt de kans dat het uiteindelijke perspectief slaagt (opleiding of baan) aanzienlijk toe. De casus van Samirah (casusvoorbeeld 2) biedt inzicht hoe zo een traject eruit kan zien. De beschreven casus richt zich in dit voorbeeld alleen op het doel 'afvallen', aangezien het werken aan dit doel een aanzienlijke bijdrage leverde aan het eindresultaat: vijf dagen per week vrijwilligerswerk.

Casus 2: Samirah

Geslacht: vrouw

Leeftijd: 20 jaar

Werk: bijstandsuitkering

Verwezen door: Adviseur Werkbegeleiding TDC

Aanmelding/beginsituatie:

Met 14 jaar zijn bij Samirah de diagnoses ADD, ERS en PDD-NOS vastgesteld. Op dit moment voelt Samirah zich depressief. Hiervoor krijgt ze sinds twee weken antidepressiva (de instantie die de medicatie regelt is niet betrokken bij het JaZ-project). Samirah heeft een nare jeugd achter de rug en heeft over de jaren heen op verschillende woongroepen gewoond. Na de basisschool heeft Samirah de praktijkschool gedaan. Hier is ze veel gepest. Vanwege het pestverleden heeft Samirah moeite om andere mensen te vertrouwen. Ze heeft geen echte vriendinnen en staat zeer wantrouwend tegenover de hulpverlening. Samirah woont nu acht maanden op zichzelf in een één kamerappartement met vier katten. Samirah slaapt 's avonds laat in (02.00) en staat laat op (15.00).

Perspectief Samirah

Samirah geeft aan dat ze zich eerst weer goed wilt voelen, voordat ze kan werken. Ze wil het verleden verwerken en een plek kunnen geven. Naast de medicatie zou ze graag meer praktische hulp willen ontvangen, o.a. bij het vinden van een ander huis. Ze geeft aan dat ze graag hulp zou willen bij het stoppen met roken. Maar bovenal wil Samirah afvallen.

Samenvatting: van afval-acties naar vrijwilligerswerk

Samirah wil graag 40 kilo afvallen.

Actie 1. Afspraak met een diëtiste: begeleider achterhaalt bij welke diëtiste Samirah op korte termijn terecht kan, belt (samen) op, maakt (samen) de afspraken en gaat elke week mee naar de afspraak.

Actie 2. Samen met de diëtiste wordt het eetpatroon van Samirah in kaart gebracht → Hier komt uit naar voren dat Samirah niet ontbijt. Om af te vallen moet je ontbijten. Echter, Samirah staat elke dag om 15.00 op. De ontbijttijd is dan al verstreken.

Actie 3. 's Ochtends eerder opstaan om te kunnen ontbijten → Opstaan lukt niet, doordat Samirah te laat naar bed gaat (02.00).

Actie 4. 's Avonds eerder naar bed om op te kunnen staan om te kunnen ontbijten

Nadat het Samirah lukt om zowel op tijd naar bed te gaan als om op tijd op te staan om te ontbijten, geeft ze aan dat ze zich verveeld. Ze slaapt minder, is eerder wakker en weet dan niet goed wat ze met de dag aan moet: de dag duurt nu immers behoorlijk lang. Dit was het moment dat de JaZ-begeleider voorstelde om twee dagen in de week vrijwilligerswerk te gaan doen. Samirah reageerde positief op dit voorstel. Er was echter één kanttekening: zij wilde *vijf* dagen in de week aan het werk.

Actie 5. JaZ-begeleider brengt samen met Samirah in kaart voor haar belangrijk is om het werk goed te kunnen doen → hieruit kwam naar voren dat het hebben van een vast aanspreekpunt belangrijk is en dat Samirah het liefste 'iets met dieren' zou willen doen.

Actie 6. JaZ-begeleider benadert met toestemming van Samirah een zorgboerderij in de buurt → Samirah kon hier meteen voor vijf dagen in de week aan de slag.

Resultaat

Door deelname aan Jongeren aan Zet doet Samirah nu vijf dagen in de week vrijwilligerswerk op een zorgboerderij. Ze heeft daar ook vriendinnen gemaakt.

Werkzame factoren bij deze casus

Door in de eerste instantie direct aan te sluiten bij het doel dat de cliënt zelf het belangrijkste vindt,

- werd het **vertrouwen gewonnen**
- en werd er aangesloten bij de **motivatie** van de jongere, waardoor deze zich met groot enthousiasme inzette en hierdoor zelf de stap naar het uiteindelijke perspectief kon en durfde te zetten
- Naast het winnen van het vertrouwen, het bevorderen van de vertrouwensband en het aansluiten bij de motivatie, werd ook bij deze tweede casus de jongere (tijdelijk) de **regie** overgenomen en werd er snel gehandeld toen de jongere gemotiveerd was om aan het werk te gaan.

Een voorbeeld dat duidelijk maakt hoe cruciaal het is om als begeleider op het *juiste moment actie* te ondernemen is casusvoorbeeld 3. Dit voorbeeld maakt tevens duidelijk dat de (letterlijke) nabijheid van hulpverleners en begeleiders onderling essentieel kan zijn in het al dan niet slagen van een hulverlenerstraject.

Casus 3: Jan

Geslacht: man

Leeftijd: 27 jaar

Werk: bijstandsuitkering

Verwezen door: Adviseur Werkbegeleiding TDC

Aanmelding/beginsituatie:

Bij Jan spelen meerdere problemen: schuldproblematiek, depressiviteit, woonproblematiek, verstoord dag- en nachtritme/ geen dagbesteding, veel gamen, weinig sociale contacten.

Perspectief Jan

Jan wil weer energie en plezier in het leven en wil graag een zinvolle daginvulling, welke structuur en rust biedt.

Samenvatting van acties naar werk

Jan heeft onder andere last van psychische klachten. Hij is depressief (onverwerkt verleden: trauma). Terwijl de hulpverlener van MEE werkte aan zijn woonproblematiek, schulden, verstoord dag- en nachtritme en het verwerken van een verbroken relatie, werkte de klinisch psycholoog van Molendrift aan het verwerken van het trauma. Na de vierde behandeling vroeg de psycholoog waaraan Jan nog wilde werken gedurende de behandeling. Zijn antwoord: "Niets. Het gaat goed, ik ben rustiger, ik ben actiever en ik wil wel weer wat gaan doen". Doordat de behandelsessies plaatsvonden op de locatie waar ook de werkconsulenten van de gemeente werken, liep de psycholoog rechtstreeks naar het bureau van de werkconsulent van Afeer. Deze sloot onmiddellijk aan bij de vraag naar opleiding/werk en maakte direct een afspraak met de jongere om dit samen verder te bespreken.

Resultaat

Jan kon meteen voor vijf dagen in de week bij een installatiebedrijf aan het werk op basis van een werkervaringsplek. In maart 2019 heeft hij een vast contract aangeboden gekregen, waarbij hij ook een opleiding mag volgen én zijn rijbewijs mag gaan halen van zijn huidige werkgever.

Werkzame factoren bij deze casus

Nabijheid hulpverlening: in dit voorbeeld komen de korte lijnen en de directe nabijheid tussen de verschillende instelling naar voren.

De beschreven casussen geven een goed beeld van het verloop van de individuele trajecten en wat de inzet was van de verschillende partijen.

Op basis van de JaZ-trajecten kan worden vastgesteld dat ook bij de Jongeren aan Zet *bejegening* en *houding* van de hulpverlening (relatie begeleider/hulpverlener en jongere), *motivatie* (wat wil de jongeren bereiken?) en *transparantie* (plan: wie doet wat wanneer met welk doel?) belangrijk zijn. Hierbij is het *doorzettingsvermogen* van de begeleider/hulpverlener cruciaal bij deze doelgroep: zoek, ondanks alle afzeggingen en radiostiltes, steeds weer opnieuw het contact op en blijf geloven in de mogelijkheden van de jongere. Het (tijdelijk) nemen van de *hulpverlenersregie*, waarbij aangesloten wordt bij de *motivatie* van de jongeren om aan een bepaald doel te willen werken, is noodzakelijk om de eerste stappen (of stapjes) te kunnen zetten richting het perspectief. De (letterlijke) *nabijheid* van de verschillende samenwerkende instanties is ook een werkzame factor gebleken net als de (letterlijke) nabijheid tussen hulpverlener en jongere (huisbezoek en het halen en brengen van de jongere door de hulpverlener).

Het behalen van het perspectief versus kosten en trajectduur

Van de zeventien deelnemers van JaZ-Ronde 1 ging 41%, de zeven jongeren met een gedeeltelijk succes, door met hun JaZ-traject. Na negen maanden interventie waarbij alle kosten werden gedekt door het subsidiegeld binnen het subsidieprogramma ‘Kans voor de Veenkoloniën’, werden deze zeven jongeren verder geholpen met behulp van financiering vanuit de ZVW (GGZ, Cure).

Op dit moment zijn twaalf trajecten (44%) afgesloten, bij zes trajecten (22%) wordt het contact afgebouwd en negen trajecten lopen nog (33%). Vier van deze negen lopende trajecten zijn twee en half jaar geleden gestart (JaZ-ronde 1). Dit komt neer op 24% van de zeventien deelnemers van JaZ-Ronde 1.

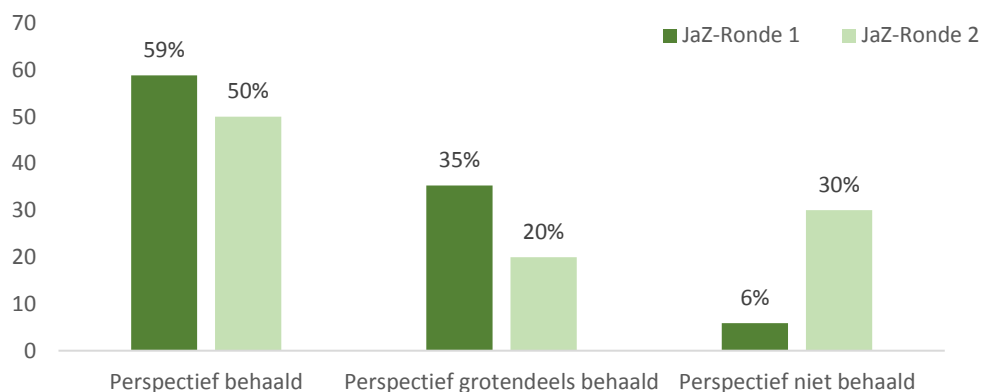
Tabel 2. Afgesloten versus lopende trajecten.

<i>Afgesloten in %</i>	<i>JaZ-Ronde 1</i>	<i>JaZ-Ronde 2</i>	Totaal
Afgesloten	65%	10%	44%
Afbouwen	12%	40%	22%
Loopt	24%	50%	33%
Totaal	100%	100%	100%

Eén van de langlopende JaZ-trajecten is van Kevin (casus 1). Aan het einde van JaZ-fase 1 had Kevin goede stappen gezet richting het behalen van zijn perspectief. Hij had zijn verleden verwerkt (traumatherapie: EMDR) en had voldoende zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen om weer naar buiten te durven treden. Er waren nauwelijks meer afzeggingen van afspraken vanwege zijn sociale angst en hij ging (nieuwe) contacten aan. Daarbij bracht hij zijn financiën op orde. Hij zit in de schuldsanering en die verloopt goed. Verder stelde Kevin zichzelf doelen door de dag heen om actief te blijven. In JaZ-fase 2 heeft Kevin opnieuw grote stappen gezet. Hij is uit huis en woont onder begeleiding. Daarbij is Kevin begonnen met een opleiding. Wel is de situatie nog precair. Het moeten kunnen functioneren in een opleidingsgroep valt Kevin zwaar. Hij weet onvoldoende hoe hij bij de anderen aansluiting kan vinden. Door de heftige gebeurtenissen uit het verleden heeft Kevin geen identiteit kunnen vormen. Daarbij komen nu gevoelens van woede naar boven ten opzichte van het verleden. Doordat Kevin zich veiliger voelt en beter in zijn vel zit is er ruimte gekomen voor deze woede. Zelf schrikt hij van deze nare emotie en maakt zich hierover zorgen. Hierdoor gaat zijn stemming naar beneden. Toch blijft hij ondanks zijn stemmingsproblemen naar school gaan en blijft hij in contact met de hulpverleners. Door de duur en de ernst van de problematiek is voortzetting van het JaZ-traject van Kevin nog steeds noodzakelijk. In totaal zijn tot nu toe 349 uren (directe en indirecte uren, reistijd (2 uur per face-to-face contact) en administratie) gedeclareerd voor het totale traject van Kevin (JaZ-Ronde 1 én 2). Kevin heeft hiermee het meest intensieve JaZ-traject qua kosten, maar is tegelijkertijd ook één van de grootste succesverhalen van Jongeren aan Zet.

Naast de veelheid en complexiteit van problemen waardoor sommige trajecten langer duren hebben enkele jongeren ook een extra lange opstartfase nodig. Zo kon een deelnemer (man; 19 jaar) door opeenstapeling van tegenslagen niet tot nauwelijks aan zijn doelen werken, waardoor hij in de put en in paniek raakte. Hierdoor ging hij vermijden, ging contact uit de weg en zegde steeds weer afspraken af. Op dat moment was alles te veel en loste hij het liefste alles zelf op (wat niet lukte). Tijdens de evaluatie van JaZ-fase 1 kreeg deze jongere het oordeel "Perspectief niet behaald". Toch is het deze jongere gelukt om in een later stadium met behulp van Jongeren aan Zet (via beeldbellen) zijn leven weer op de rit te krijgen en is nu bezig met een opleidingstraject.

Wanneer we kijken naar het (gedeeltelijk) behalen van het perspectief zien we het volgende:



Grafiek 1: Perspectief (gedeeltelijk) behaalt

In totaal behaalt 85% van de JaZ-jongeren (grotendeels) hun perspectief. Tabellen 3 en 4 laten per JaZ-Ronde het percentage (grotendeels) behaalde perspectieven zien per soort traject (afgesloten, af te bouwen of lopende trajecten). In tabel 5 zijn deze gegevens voor de in totaal 27 JaZ-deelnemers bij elkaar genomen.

Tabel 3. Afgesloten versus lopende trajecten JaZ-Ronde 1.

Perspectief trajecten in %	Ronde 1	Aantal deelnemers	Behaald %	Grotendeels behaald %	Niet behaald %	Totaal
Afgesloten	N=11		73%	18%	9%	100
Afbouwen	N=2		50%	50%	0%	100
Lopende trajecten	N=4		25%	75%	0%	100
Totaal	N=17		59%	35%	6%	100

Tabel 4. Afgesloten versus lopende trajecten JaZ-Ronde 2.

Perspectief trajecten in %	Ronde 2	Aantal deelnemers	Behaald %	Grotendeels behaald %	Niet behaald %	Totaal
Afgesloten	N=1		100%	0%	0%	100
Afbouwen	N=4		50%	0%	50%	100
Lopende trajecten	N=5		40%	40%	20%	100
Totaal	N=10		50%	20%	30%	100

Wat opvalt is dat het al dan niet (gedeeltelijk) behalen van het perspectief niet 100% overeenkomt met het al dan niet afsluiten van een traject. Niet alle trajecten zijn een succes. Een jongere (man; 24 jaar, JaZ-Ronde 1) was verslaafd en dealde drugs. Hij kwam niet op afspraken en vertelde zaken die niet overeenkwamen met de werkelijkheid (bijvoorbeeld: "Ik ben een project gestart om jongeren te helpen met geldproblemen en heb al voor 4000 euro aan klanten."). Bij deze jongere lukte het niet om tot een gezamenlijk perspectief te komen vanwege het niet geheel in de werkelijkheid staan. Tijdens het JaZ-traject zaten verschillende schuldeisers achter hem aan waarbij hij pertinent geen hulp bij wilde hebben. Bij deze jongere is het JaZ-

traject (na drie contacten) gestopt wegens de hierboven genoemde problemen. Dit is het enige traject, van de twaalf afgesloten trajecten, waarbij het perspectief niet (gedeeltelijk) behaald is (zie tabel 5).

Tabel 5. Afgesloten versus lopende trajecten JaZ-Ronde 1 en 2.

Perspectief trajecten Ronde 1 en Ronde 2 in %	Aantal deelnemers	Behaald %	Grotendeels		Totaal
			behaald %	Niet behaald %	
Afgesloten	N=12	75%	17%	8%	100
Afbouwen	N=6	50%	17%	33%	100
Lopende trajecten	N=9	33%	56%	11%	100
Totaal	N=27	56%	30%	15%	100

Wanneer een JaZ-traject wordt afgesloten met een 'grotendeels behaald perspectief' zijn bijna alle doelen bereikt. Het besluit om een JaZ-traject toch te beëindigen terwijl het perspectief niet helemaal behaald is, kan verschillende redenen hebben. De meest voorkomende reden is dat een JaZ-traject wordt afgesloten wanneer er is voldaan aan de randvoorwaarden om het perspectief te kunnen bereiken én wanneer het daadwerkelijk realiseren van het (gehele) perspectief verder kan worden ondersteund door andere betrokkenen (denk hierbij aan een werkcoach, casemanager of een lichtplichtambtenaar).

Wanneer een traject wordt afgebouwd is het perspectief vaak al (grotendeels) bereikt. Dit geldt voor vier van de zes jongeren (67%). Toch kan het zijn dat ondanks een zeer intensief traject, een traject wordt afgebouwd zonder (in de nabije toekomst) enig uitzicht op het behalen van het perspectief. Casus 4 is hier een voorbeeld van.

Casus 4: Anna

Geslacht: vrouw

Leeftijd: 21 jaar

Werk: bijstandsuitkering

Verwezen door: RMC trajectbegeleider

Aanmelding/beginsituatie:

Anna is een alleenstaande moeder van een dochtertje van twee jaar. Op het moment van aanmelding kreeg Anna coaching en gezinsbegeleiding. Deze hulp (vrijwillig kader) is ingezet naar aanleiding van twee Veilig Thuismeldingen vanwege huiselijk geweld. Eén van de zorgen van de gezinsbegeleiding is dat Anna snel uit contact kan gaan. Verder heeft Anna veel schulden en heeft ze een bewindvoerder maar kan ze (omdat ze steeds meer schulden maakt) (nog) niet in de schuldsanering. Ze is vier keer van opleiding verwisseld en heeft ook de laatste opleiding moeten stoppen door te veel verzuim. Aan het begin van het traject stond Anna ambivalent tegenover de hulpverlening: aan de ene kant wilde ze graag geholpen worden maar aan de andere kant had ze, door ervaringen in het verleden, weinig vertrouwen in de aangeboden hulp.

Perspectief Anna

Anna wil hulp omdat zij graag weer met een opleiding wil beginnen en omdat ze beter in haar vel wilt zitten.

Achtergrond

Anna heeft veel (traumatische gebeurtenissen) meegemaakt. Hierdoor heeft ze van jongs af aan chronische stress ervaren. Deze giftige stress zorgt er onder andere voor dat zij snel het overzicht verliest, planningsproblemen heeft en zeer vergeetachtig is. Anna leeft per dag en hanteert één enkele strategie om problemen op te lossen: Trial and Error. Door (verkeerde) korte termijn beslissingen raakt ze dikwijls in de problemen.

Van jongs af aan (vanaf 3 jaar) is er altijd sprake geweest van hulpverlening in Anna's leven. Ook in dit traject zijn weer meerdere partijen betrokken: casemanager, Veilig Thuis, bewindvoerder, MEE en Molendrift. Tijdens het JaZ-traject wordt naar aanleiding van een vechtpartij weer een Veilig Thuis melding gedaan.

Uit beeld

Met betrekking tot de laatste Veilig Thuis melding is samen de volgende afspraak gemaakt: Anna krijgt 1 x per week begeleiding van MEE (praktische zaken) en 1 x per week hulpverlening van Molendrift (onderzoek en behandeling).

Helaas is de hulpverlening nooit goed op gang gekomen. Op email, bellen of whats-app berichten werd acht van de tien keer niet gereageerd. In negen maanden tijd werden 45 behandel- en begeleidingsafspraken (een paar minuten van te voren) afgezegd of niet nagekomen. Hierbij maakte het niet uit of de afspraak zou plaatsvinden bij een instantie, bij haar thuis, bij een familielid, of ergens anders. Anna deed de deur niet open, was elders in het land, was ziek of was de afspraak vergeten. Ook de dagen of tijden van de afspraak maakten geen verschil: of ze haar dochter nu wel of niet had die dag, of het vroeg of laat was, de hulpverleners stonden vaak voor een dichte deur of wachtten tevergeefs op haar komst. Ook verschillende keren helpen herinneren aan de afspraak of haar vanuit huis willen ophalen en haar naar de afspraak willen brengen maakten geen verschil in het wel of niet nakomen van de afspraak. Wanneer Anna wel op een afspraak kwam was ze vaak 30 minuten tot twee uur te laat. Bij het reserveren van een behandelruimte werd hiermee rekening gehouden. Bij een afspraak van één uur werd de ruimte voor drie uur gereserveerd.

Ontoereikende hulp

Doordat Anna op een gegeven moment in haar leven heeft besloten om ten alle tijden positief in het leven te staan en hierdoor niet (of te laat) om hulp vraagt, verschillen zij en haar omgeving vaak van mening over hoe het met haar gaat en hoe ze het doet. Ook op hulpverlenersvlak verschilden de inzichten. Anna was tevreden met de hulpverlening zoals het nu ging. De hulpverlening was echter van mening dat de (zowel praktische als psychische) hulp om verschillende redenen (afzeggingen, verplaatsingen, uit contact zijn, niet open doen, afspraken niet nakomen etc.) onvoldoende van de grond kwam.

Vervolg

Doordat Anna interne sturing en overzicht mist heeft zij voortdurende ondersteuning nodig in het dagelijks leven. Met continue dagelijkse ondersteuning krijgt ze rust en zal de stress uiteindelijk verminderen, zodat ze weer grip op haar leven kan krijgen. Dit is nodig om gebeurtenissen uit het verleden te kunnen verwerken en om goed te kunnen zorgen voor zowel zichzelf als voor haar dochtertje. De hulp die vanuit Jongeren aan Zet wordt geboden is hiervoor ontoereikend.

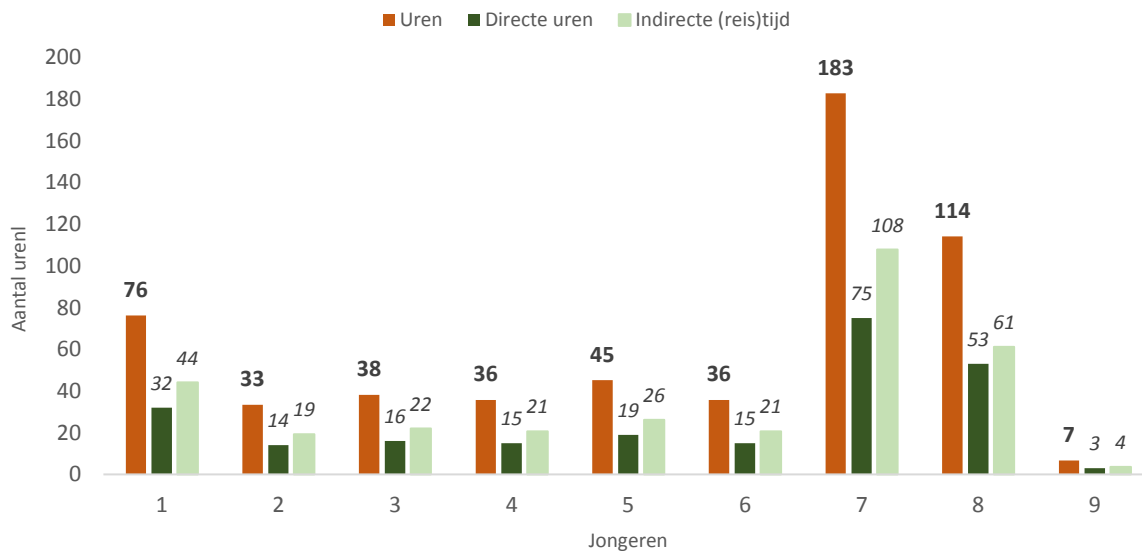
Anna gaat nu met haar dochter een paar maanden beschermd wonen. Via beschermd wonen zal ze de intensieve hulp krijgen die ze nodig heeft.

Werkzame factoren bij deze casus

Het **doorzetten van de begeleiding** ondanks de vele afzeggingen en afwezigheid en het blijven geven van erkenning en begrip, hebben ervoor gezorgd dat Anna weer **vertrouwen** kreeg in de **hulpverlening** en dat zij hierdoor open stond voor intensievere begeleiding. Door de korte lijnen tussen alle betrokken partijen bleef iedereen goed op de hoogte van wat er speelde. **Samen1Plan** is in dit traject veelvuldig gebruikt als communicatiemiddel tussen de verschillende partijen. Hoewel Anna zelf toegang had tot het plan heeft zij niet één keer ingelogd om de notities te lezen of het plan te bekijken.

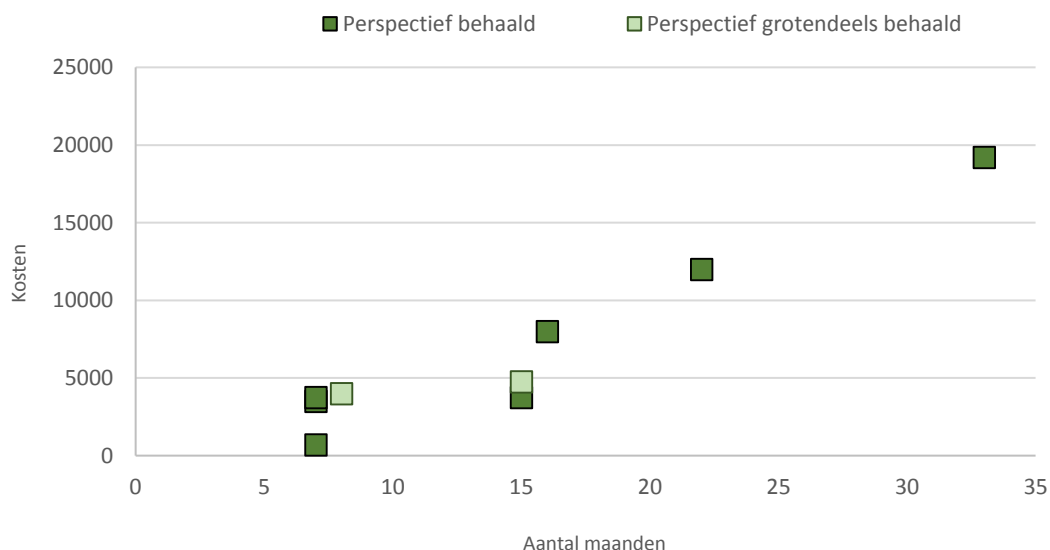
Hoe lang een traject duurt en de daarbij horende kosten kan per traject aanzienlijk verschillen. In grafiek 2 en grafiek 3 zie je van negen⁶ van de twaalf afgesloten trajecten respectievelijk het totaal aantal uren met daarbij het aantal (in)directe uren (grafiek 2) en de kosten per traject afgezet tegen de looptijd van het traject in maanden (grafiek 3).

⁶ Aangezien voor JaZ-Ronde 1 alle kosten werden gedekt door het subsidiegeld binnen het subsidieprogramma 'Kans voor de Veenkoloniën' en de JaZ-interventie nog volop in ontwikkeling was werden de declarabele uren niet structureel bijgehouden. Van drie van de twaalf trajecten konden het aantal uren niet precies worden achterhaald. Twee trajecten waren kortdurend en geslaagd. Eén traject is na een paar gesprekken afgesloten zonder positieve uitkomst.



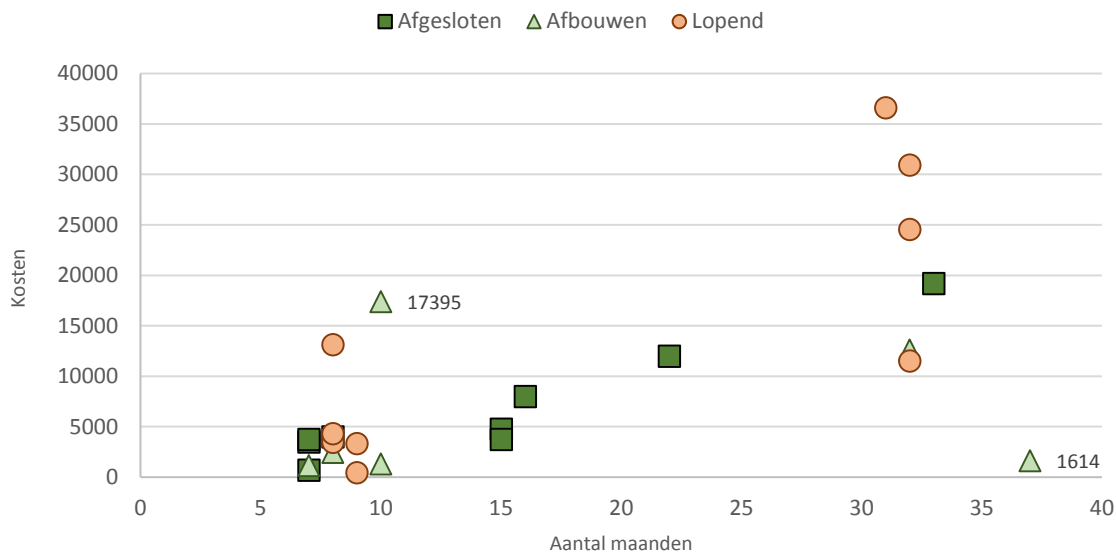
Grafiek 2: Gesloten trajecten: Totaal aantal uren en directe uren per traject

Bij Jongeren aan Zet is de 'nabijheid van de hulpverlening' (thuisbezoek of begeleiding/behandeling op een locatie in de woonplaats van de jongere) één van de werkzame factoren die de interventie tot een succes maken. Mede hierdoor behelst de indirecte (reis)tijd voor alle trajecten meer dan helft van het totaal aantal uren. Dit is specifiek voor de ontwikkeling in Oldambt en Westerwolde waar de afstand tot GGZ aanbod groot is. In andere regio's kan de reistijd aanmerkelijk lager zijn. Daarbij verschillen de trajecten onderling sterk van elkaar wat betreft gedeclareerde uren en de hieraan verbonden kosten. Het goedkoopste traject nam in totaal 7 uur in beslag (gedurende 7 maanden (grafiek 3)), het duurste traject 183 uur (gedurende 33 maanden (grafiek 3)). Beide trajecten zijn geslaagd.



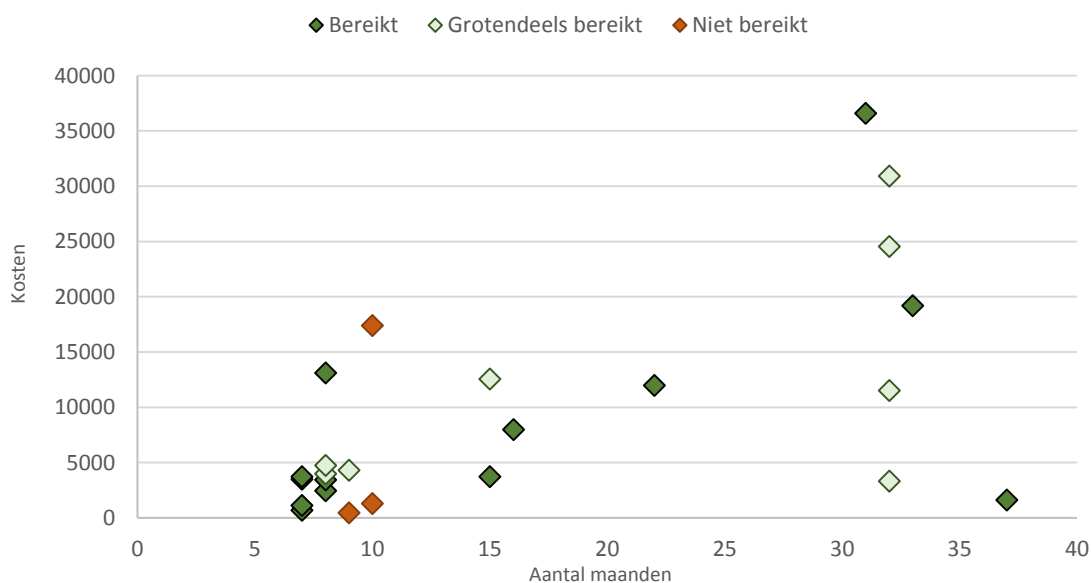
Grafiek 3: Kosten en looptijd per gesloten traject (n=9)

In grafiek 4 zijn alle JaZ-trajecten tegen elkaar afgezet in één grafiek: de looptijd in maanden versus kosten voor de afgeronde trajecten, de trajecten die worden afgebouwd en voor de lopende trajecten. Ook in deze grafiek komt naar voren hoe variabel trajecten zijn. Een langlopend traject van meer dan 37 maanden (perspectief is grotendeels behaald) wordt afgebouwd terwijl het kostenplaatje minder dan 2000 euro bedraagt, terwijl een traject van tien maanden (casus 4: Anna) wordt afgebouwd zonder uitzicht op het behalen van het perspectief en met relatief gezien hoge kosten.



Grafiek 4: Kosten en looptijd per JaZ-traject (n=24)

Wanneer de verschillende trajecten wat betreft het (grotendeels) bereiken van het perspectief worden afgezet tegen kosten en het aantal maanden dat een traject loopt of heeft gelopen, zie je ook hier weer hoe zeer de trajecten uiteenlopen. Sommige perspectieven worden binnen korte tijd en met lage kosten bereikt, andere jongeren moeten aanmerkelijk langer werken daar te komen.



Grafiek 5: Kosten en looptijd per al dan niet (grotendeels) bereikt perspectief (n=24)

Impact COVID-19

Begin 2020 werd COVID-19 voor het eerst in Nederland geconstateerd met alle gevolgen van dien. Op 23 maart werden door het kabinet strengere maatregelen afgeroepen die directe invloed hadden op de JaZ-interventie. Thuiswerken en behandelen en begeleiden via beeldbellen werd het nieuwe normaal. Huisbezoeken werden afgeraden en het (gemeente)gebouw, waar JaZ-medewerkers konden werken om de reistijd voor de jongeren zo kort mogelijk te houden, sloot haar deuren waarmee de werkzame factor (letterlijke) "nabijheid" kwam te vervallen.

De jongeren uit JaZ-Ronde 1 hadden relatief gezien weinig last van corona wat betreft de voortzetting van hun JaZ-traject: de relaties waren reeds gelegd, er was vertrouwen en verschillende doelen waren al bereikt. Hierdoor kwam de begeleiding via beeldbellen goed van de grond. Een positieve bijkomstigheid was dat

door het beeldbellen meteen de indirecte uren (door het wegvallen van de reistijd van gemiddeld 1,5 tot 2 uur per contact) grotendeels verdwenen. Een leermoment dat nabijheid wellicht eerder afgebouwd kan worden. Voor de jongeren uit JaZ-Ronde 2 gold een ander verhaal. Met hen was nog geen band opgebouwd, moest het vertrouwen nog komen en waren er nog geen bemoedigende resultaten behaald. De aanloop duurde bij deze nieuwe trajecten aanzienlijk langer dan toen er geen sprake was van Covid-19.

Echter, corona bleek bij sommige jongeren ook juist een positieve uitwerking te hebben. Zo wilde een jongere (man: 23 jaar) voor COVID-19 alleen maar appen met de JaZ-medewerker en niet naar school. Deze jongere heeft ADHD, zit/zat in de drugscene, heeft emotie-regulatieproblemen en vocht veel. Nu met Covid-19 en thuisonderwijs ziet hij een opleiding volgen opeens wél zitten. Ook school is positief: hij is veel online aanwezig. Een andere jongere (man: 19 jaar (ADD en depressief)) die baat heeft bij de crisis werd in de eerste instantie juist tegenwerkt door COVID-19 omdat zijn vrijwilligerswerk door de maatregelen niet door kon gaan. Na deze tegenslag heeft hij zijn perspectief aangepast en is hij begonnen met een opleiding niveau 3. Tijdens het online onderwijs zit hij weliswaar te gamen, maar de schoolopdrachten worden netjes gemaakt en ingeleverd.

Conclusie: Jongeren aan Zet een weg naar arbeid en zelfredzaamheid?

Jongeren aan Zet (JaZ) is een integrale aanpak waarbij jongeren worden (be)geleid naar arbeid en zelfredzaamheid. De jongeren vallen in de doelgroep 'zorgwekkende zorgmijders' en waarop al het andere bestaande aanbod heeft gefaald. Zij komen veelal uit gezinnen met meervoudige en complexe problematiek, hadden op het moment van aanmelding psychiatrische en financiële problemen, en waren zonder perspectief op opleiding of werk. Zij vielen buiten al het andere aanbod voor thuiszitters, omdat hun problematiek als te zwaar werd bevonden.

De Jongeren aan Zet-aanpak is succesvol te noemen. De JaZ-manier van werken aan een individueel gestructureerd, transparant en concreet plan, in een (*sluitende*) keten met instellingen, werpt vruchten af. Van de 27 deelnemende jongeren lukte het in meer dan 85% (23 jongeren) om hun perspectief (grotendeels) te bereiken.

Dat is een heel hoge score gezien het hulpverleningsverleden van deze jongeren. Het zegt iets over de onmacht van de hulpverlening om bij multi-complexiteit effectief maatwerk te bieden.

In principe is de beschreven werkwijze breed op deze doelgroep toepasbaar, mits de betrokken hulpverleners in staat zijn invulling te geven aan genoemde werkzame factoren én hoogwaardige ggz expertise en behandelinterventies kunnen combineren met begeleiding op de benodigde aspecten in het leven van de jongere.

Door het sterk uiteenlopende karakter van de JaZ-trajecten is het berekenen van de gemiddelde kosten of trajectduur weinig informatief. Elke JaZ-traject heeft zijn eigen unieke dynamiek. JaZ-jongeren vormen een heterogene groep en casus-specifiek maatwerk is daarmee een belangrijke eigenschap van de JaZ interventie. Kennis over het 'gemiddelde' JaZ-traject is daarom weinig betekenisvol: groepsgemiddelden leveren een vertekend beeld op van de interactie- en ontwikkelingstrajecten van de individuen die onder een bepaald groepskenmerk worden geschaard (in dit specifieke geval het behoren tot de JaZ-groep).

Belangrijke aspecten voor de deelnemende hulpverleners zijn flexibiliteit, snelheid van handelen, nabijheid en beschikbaarheid. Aansluiten bij (het moment van) de motivatie van de cliënt en flexibiliteit in het traject zijn vaak lastig vorm te geven in de realiteit van het werken met wachtlijsten. Afhankelijk van organisatorische aspecten aan de zijde van de betrokken zorgaanbieders kan het aan te bevelen zijn te werken met 'cohorten' van beperkte omvang. Bijvoorbeeld: een gemeente kan tien jongeren 'aanleveren' voor een JaZ-project. De uitvoerende organisaties reserveren dan een hoeveelheid tijd of capaciteit voor dat cohort en kunnen daarbinnen schuiven tussen cliënten. Kunnen schuiven is essentieel bij deze doelgroep, zeker in de aanvangsfase waarin de relatie met de jongeren nog moet worden opgebouwd. Eén

voor één en via de reguliere routes kan nadelen hebben als 'geconfronteerd worden met de reguliere wachttijd' of 'niet kunnen schakelen in aandacht voor deze ene client vanwege de volle agenda. Wachttijden in de keten of in het traject zijn verstoringen die funest blijken te zijn voor de effectiviteit van de hulpverlening aan deze doelgroep.

Als gemeente zelf aan de slag met Jongeren aan Zet!

Doelgroep

Zorgwekkende zorgmijders met multi-problematiek, zoals een geïsoleerd leven, gebrek aan zelfstandigheid, laag niveau, veel gamen, relatieproblemen, schuldproblematiek, depressiviteit, woonproblematiek, verstoord dag-en nachtritme, geen dagbesteding, weinig sociale contacten, meerdere problemen in de gezinssituatie etc. Hebben vaak al allerlei vormen van hulpverlening gehad, zonder resultaat. Zijn vaak al opgegeven door de hulpverlening.

Aanbod

Integraal aanbod van behandeling en begeleiding en coördinatie inzet evt. andere betrokkenen, door het JaZ team, gevormd door:

1. **Zorgaanbieder – begeleider(s):** ervaren begeleiding van deze doelgroep naar wonen, werk en opleiding met de mogelijkheid gedurende langere tijd intensief outreachend betrokken te zijn. Ervaren in hulpverlenersregie.
2. **Zorgaanbieder – ggz behandel(a)ar(s):** ervaren in diagnostiek en planvorming en kortdurende specialistische behandelinterventies op maat bij deze doelgroep.

Aanpak

Stap 1: Informeer lokaal betrokken (gemeente)medewerkers, zoals Werkconsultanten, Klantmanagers, Leerplichtambtenaren etc., over de start en inhoudelijke werkwijze en financieringsaspecten van Jongeren aan Zet.

Stap 2: Organiseer een bijeenkomst voor deze medewerkers én de medewerkers van het JaZ team, waarin zij gezamenlijk de jongeren selecteren voor deelname aan het project.

Stap 3: Individuele kennismaking per jongere met aanmelder en JaZ-begeleider.

Stap 4: Tijdens de intake vertelt een jongere over hoe het leven er nu uitziet en wat hij/zij daaraan graag wil veranderen: wat wil de jongere (binnen bepaald tijdsbestek) bereiken?

Stap 5: JaZ-begeleider maakt samen met de jongere een individueel domeinoverstijgend plan aan in *Samen1plan* (zie www.samen1plan.nl). Ga uit van haalbare stappen in de juiste volgorde.

Stap 6: De jongeren werken aan het opgestelde plan. Medewerkers van het JaZ team nemen de hulpverlenersregie.

Werkzame factoren

1. Een *individueel gestructureerd, transparant en concreet plan* (via Samen1Plan.nl)
2. *Vertrouwensband* hulpverlener(s)/jongere
3. Aansluiten bij de *motivatie* van de jongere
4. *Nabijheid en beschikbaarheid*
 - Begeleider-jongere (huisbezoek, meegaan met afspraken, ophalen en wegbrengen)
 - Directe nabijheid verschillende samenwerkende instanties (het 'bij elkaar langs kunnen lopen')
5. Het (tijdelijk) nemen van de *hulpverlenersregie*
6. Het *doorzetten* van begeleiding (bij afzeggingen en het zich niet houden van afspraken)
7. *Flexibiliteit en snelheid van handelen* van JaZ-begeleiders

Haalbaarheid

De haalbaarheid wordt vooral bepaald door de kennis, ervaring en competenties van de medewerkers van het JaZ team. Verder is het cruciaal dat organisatorisch kan worden aangesloten bij de momenten van motivatie van de cliënt. Dit vraagt een flexibiliteit van zorgaanbieders die onmogelijk is vorm te geven als de aanmeldingen één voor één en via de reguliere routes binnenkomen. De kans is dan groot dat 'wachttijden' in de keten de aanpak verstoren, gegeven de realiteit van wachtlijsten en capaciteitsgebrek. Dat is funest voor de effectiviteit van de hulpverlening aan deze doelgroep. Een oplossing hiervoor is een werkwijze waarbij wordt gewerkt met 'cohorten' JaZ jongeren of het laten instromen van een beperkt aantal jongeren per maand. De uitvoerende zorgaanbieders reserveren dan capaciteit voor deze jongeren en kunnen daarbinnen schuiven tussen cliënten. Wanneer er wordt gewerkt met cohorten, maak deze dan in eerste instantie niet te groot (10 a 20 jongeren), zodat het JaZ team beperkt van omvang kan worden gehouden, wat belangrijk is voor evaluatie en doorontwikkeling.

Kosten

De hulpverleningstrajecten kunnen in aard en omvang sterk variëren. Bij negen afgeronde trajecten waren de gemiddelde kosten 6627euro (min. 700 euro, max. 19198 euro). Rekening houdend met de complexiteit van de problematiek van de deelnemers, hun hulpverleningshistorie en potentiële maatschappelijke kosten in het verschiet zijn dit echter overzichtelijke bedragen.

Referenties

- Bartelink, C., Meuwissen, I., & Eijgenraam, K. (2015). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Colijn, J., & Schamhart, R. (2012). *Greep op wraparound care: Eindrapport onderzoeksprogramma 'Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg'*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Dawe, S., Harnett, P., & Frye, S. (2008). *Improving outcomes for children living in families with parental substance misuse: What do we know and what should we do*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Frost, N., & Robinson, M. (2007). Joining up children's services: Safeguarding children in multidisciplinary teams. *Child Abuse Review*, 16(3), 184-199. doi:10.1002/car.967.
- Gaag, van der, M., Snell, N., Bron, G., & Kunnen, S. (2020). Voortijdig schoolverlaten voorkomen: Perspectieven van wetenschap, praktijk en beleid. (1 redactie) Uitgeverij Acco.
- Gaitan-Sierra, C. & Hyland, M.E. (2015). Common factor mechanisms in clinical practice and their relationship with outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(3), 258-266. doi:10.1002/cpp.1894
- GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, Landelijk Expertise Centrum Speciaal Onderwijs (LECSO), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC LVG) (2012). *Handreiking Integrale Zorg. Samenwerken rond jeugd met meervoudige problematiek en hun gezin*. Utrecht
- Heppe, E.C.M. (2012). Risicofactoren en behoeftes bij voortijdig schoolverlaters: basis voor interventie? [masterthesis]. Geraadpleegd van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/25201>.
- Hermanns, J. (2002). Wat werkt in de gezinsvoogdij? *Justitiële Verkenningen*, 28(9), 50-61.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Consult Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (2015, 25 juni). *Begrippenkader schoolverzuim*. Opgevraagd van <https://www.passendonderwijs.nl>.
- Orobio de Castro, B., Veerman, J. W., Bons, E., & De Beer, L. (2002). *Kansen gekeerd? Criminaliteitspreventie door gezinsondersteuning*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Vakgroep Ontwikkelingspsychologie.
- Pijnenburg, H.M., Greef, de, M., Scholte, R.H.J. & Hattum, van, M.J.C.(2019). Werken met multipele allianties in gezinnen met meervoudige en complexe problemen. In: Knot-Dickscheit, J.; Knorth, EJ (ed.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk*, pp. 154-168. Rotterdam: Lemniscaat.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. doi:10.1037/h0088437
- Reijenga, S (2018). Klaar voor de Zet? Een studie naar de kenmerken van de doelgroep van Jongeren aan Zet en de beïnvloedende factoren rondom deelname aan de interventie. [masterthesis].
- Rijksoverheid (2017, 21 februari). *Opnieuw minder jongeren voortijdig van school*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl>.
- Rijksoverheid (2018). Landelijke vsv cijfers. Opgehaald van: <https://www.onderwijsincijfers.nl/kengetallen/onderwijs-algemeen/leerlingen-en-studenten/prestaties-voortijdigschoolverlaten/landelijke-vasv-cijfers>
- Rots-De Vries, M. C., Van de Goor, I., Stronks, K., & Garretsen, H. (2011). Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: Intervention methods and early outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 211-219. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00811.x
- Van Delden (2009) *Samenwerking in de publieke dienstverlening - Ontwikkelingsverloop en resultaten* Eburon Uitgeverij
- Van der Steeg & Webbink (2006). *Voortijdig schoolverlaten in Nederland: omvang, beleid en resultaten*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Van der Steege, M. (2009). Multiprobleemgezinnen. In: *Handboek kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-313-8644-4_87.

Voort-van Beusekom, I. van der, & Weghaus-Reus, S. (2015). *De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis. Handreiking voor de praktijk*. Diemen: Zorginstituut GGZ.

Van Erve, N., Poiesz, M., & Veerman, J. W. (2005). Bejegening van cliënten in de jeugdzorg. Een onderzoek naar relevante aspecten. *Kind en Adolescent*, 26(2), 83-90. doi:10.1007/BF03060946.

Van Yperen, T.A. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Van Yperen, T. A., Meyknecht, G., & Diephuis, K. (2004). *Werken met doelrealisatie. Handreiking formuleren en evalueren van hulpverleningsdoelen. Programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II*. Utrecht: GGZ Nederland / MO groep.

Vosselman, J., Polstra, L., & Daalman, M. (2005). *Te veel problemen onder één dak*. Groningen: Gemeente Groningen.

Zoon, M., & Berg-Le Clercq, T. (2014). *Wat werkt in multiprobleemgezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bijlage 1. Intake Jongeren aan Zet

Persoonsgegevens	
Voornaam :	Telefoonnummer :
Achternaam :	Emailadres :
Geslacht :	Datum intake :
Geboortedatum :	Datum verslag :
Adres :	Naam begeleider :
Postcode:	
Woonplaats :	Relevante rapportages(ja/nee):

1. Hulpvraag bij aanmelding
Vanuit cliënt, cliëntstelsel, aanmelder, Verwijzer.

2. Huidige cliëntsituatie/gezinssituatie

1. Woonsituatie
2. Gezondheid/persoonlijke verzorging
3. Levensovertuiging
4. Sociaal functioneren
5. Opleiding/Werk/Dagbesteding
6. Hobby's/vrije tijd
7. Financiële situatie
8. Gezinsrelaties
9. Positie in het gezin

3. Protectieve en beschermende factoren Vanuit de omgeving, positieve invloed voor cliënt (waaronder netwerk, woonsituatie, gezinssituatie, werksituatie, financiële situatie).

4. Stressoren en belemmerende factoren Vanuit de omgeving, negatieve invloed voor de cliënt (waaronder netwerk, woonsituatie, gezinssituatie, werksituatie, financiële situatie, relaties, trauma's).

5. Visie jongere Wat is het probleem? Hoe wordt het probleem ervaren? Door wie wordt het probleem ervaren? Hoe lang wordt het probleem ervaren? Waarom is het nu actueel? Wat is er al aan gedaan?

6. Toekomstperspectief gerelateerd aan de vraag van de cliënt (Vanuit cliënten omgeving: Wat zijn de doelen?)

7. Netwerk van de cliënt (EXTRA: handig voor Samen1plan)

1. Waaruit bestaat het netwerk: familie; vrienden; burens; hulpverleners, etc.?
2. Wie is actief betrokken?
3. Wil de cliënt zijn netwerk uitbreiden?

8. Algemeen: Hoe ervaren jij de intake? Jouw indruk van de deelnemer:

EXTRA:	D. Persoonsbeeld
A. Voorgeschiedenis	1. Niveau van functioneren
1. Ontwikkelingsgeschiedenis (sociale ontwikkeling, sociale contacten, werk, school, relaties)	2. Sociale contacten
2. Persoonsgeschiedenis	3. Gedrag, karaktertrekken
3. Gezinsgeschiedenis.	4. Mogelijkheden, vaardigheden
B. Medische gegevens	5. Veerkracht
Medicatie, medische zorg.	6. Sterke punten
C. Hulpverleningsgeschiedenis	7. Aard van de beperking
	8. Psychopathologie
	9. Seksualiteit
	10. Verslaving

Bijlage 2. Informatiemail Huisartsenkring Groningen en zorgverzekeraar Menzis

Geachte huisarts,

In uw regio wordt een nieuwe behandelmethodede ontwikkeld welke is gericht op jongvolwassenen in een uitzichtloze situatie, waaraan psychiatrische of psychosociale problematiek ten grondslag ligt. Op verzoek van Menzis en Molendrift informeren we u nader over de inhoud van deze behandelmethodede, de inzet hiervan via een pilot en de werkwijze rond de verwijzing.

Doelgroep

Het gaat om jongvolwassenen met meerdere problemen, zoals een geïsoleerd leven, gebrek aan zelfstandigheid, laag niveau, veel gamen, relatieproblemen, schulden, depressiviteit, woonproblematiek, verstoord dag/nachtritme, geen dagbesteding, weinig sociale contacten, problemen in de gezinssituatie etc. Ze hebben vaak allerhande vormen van hulpverlening gehad, zonder resultaat en zijn dikwijls hun vertrouwen in de hulpverlening kwijt. Ze hebben geen opleiding afgerond en geen uitzicht op werk of een zinvolle dagbesteding en geen uitzicht op 'uit huis gaan' of enige vorm van zelfstandigheid.

De nieuwe behandelmethodede wordt via een pilot in een beperkt aantal gemeente uitgevoerd (Oldambt, Westerwolde, Veendam, Pekela en Stadskanaal). Het gaat om een zeer beperkt aantal jongvolwassenen dat in aanmerking komt voor deze nieuwe behandelmethodede, ongeveer 2 tot 3 personen per maand, verdeeld over de verschillende gemeenten.

Effectiviteit

De methodede is nog in ontwikkeling en wordt daarom nog slechts kleinschalig ingezet, maar is al wel zeer succesvol gebleken: Het overgrote deel van de jongeren wordt (met succes) naar een opleiding, dagbesteding of baan begeleid en naar zelfstandigheid. Vaak in een relatief korte doorlooptijd (1 a 2 jaar).

Op de effectiviteit van de methodiek vindt flankerend onderzoek plaats. Een eerste beschrijving van de resultaten daarvan vindt u hier: <https://www.molendrift.nl/nieuws/617-jongeren-aan-zet-biedt-nieuw-perspectief-aan-jongvolwassen-thuiszitters> De casusbeschrijvingen op blz. 10 en verder illustreren de doelgroep en de aanpak.

Binnenkort wordt de rapportage bijgewerkt met de resultaten behaald in 2020. De methodiek wordt (door)ontwikkeld door Molendrift in samenwerking met MEE.

Menzis neemt deel aan een financiële begeleidingsgroep die deze ontwikkeling volgt en waarin deze werkwijze is overeengekomen.

Verwijzing op verzoek van Molendrift

De jongeren worden in eerste instantie begeleid door medewerkers van de gemeente. Als jongeren binnen deze begeleiding aangeven open te staan voor behandeling, is het belangrijk dat de toeleiding van deze jongeren naadloos aansluit op de behandeling. Hiervoor is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. Op het moment van overgang van toeleiding naar behandeling lukt het de jongeren vaak niet zelf, om tijdig een verwijsbrief te regelen. Dit betekent dat het zo kan zijn dat Molendrift u, namens deze jongvolwassene, vraagt deze naar Molendrift te verwijzen. Omdat het hier om een pilot gaat en Molendrift de enige zorgaanbieder is die deze interventie levert, staat Menzis een dergelijk verzoek (verwijzen naar de eigen organisatie) toe.

Voor uw informatie zult u voorafgaand of bij het verwijsverzoek een brief ontvangen betreffende de problematiek die bij de jongere speelt en wat de reden voor verwijzing is.

Voor zorginhoudelijke vragen kunt u contact opnemen met de heer Wetterauw of mevrouw Aukes van Molendrift, te bereiken via 050 3185142.

Met vriendelijke groet,

namens het bestuur van de Huisartsenkring Groningen,

namens Menzis

dr. C. Peters-Veluthamaningal, huisarts/secretaris

E. ter Steeg, regiomanager Noord, zorginkoop Menzis

Bijlage 3. Financiële werkgroep en uitgangspunten bij de financiering

Eind 2019 is er een werkgroep⁷ opgericht om de financiële hindernis te overkomen. In de financiële werkgroep werden zowel de gemeente, ggz-instansie, ambulante hulp alsook de zorgverzekeraar vertegenwoordigd. De werkgroep ontwikkelde een financieringsmodel voor de JaZ-interventie waarbij volgende uitgangspunten centraal stonden:

- De zorginhoud is leidend en mag niet worden beknut door financiële schotten.
- De eigen bijdrage/risico mag géén belemmering zijn om de zorg af te nemen; wanneer dat wel zo is wordt het opgelost door de financier van de zorg.
- Efficiëntie en effectiviteit zijn leidend en worden zorginhoudelijk bepaald.
- JaZ gaat over herstel naar eigen kracht/sociaal netwerk met – waar nodig – overdracht naar andere zorgvorm voor nazorg, in welke vorm dan ook. Begeleiding die niet in het teken van herstel plaatsvindt zal binnen Jaz (waarschijnlijk) amper voorkomen.
- Einde van het behandeldeel wordt door de zorginhoudelijk betrokkenen bepaald en bevindt zich op het punt waarop – volgens hen - nog onvoldoende verder verbeter perspectief wordt gezien.
- Duidelijk onderscheid tussen behandeling (het Jaz deel) en begeleiding (het vervolg). De oplossing zit ook in duidelijke doelen bij aanvang (het stellen van goede doelen). Samen1Plan kan hierin een rol spelen.
- Bij voorkeur geen nieuwe financieringsvorm. Immers een nieuwe vorm zal aan elke zorgverzekeraar en elke gemeente opnieuw toegelicht moeten worden en lastig zijn (onbegrip, administratief onhaalbaar etc.)
- Bij voorkeur geen parallelle financieringsvormen althans niet in een vorm waarbij Jaz hulpverleners gelijktijdig in meerdere administratieve systemen moeten declareren. Dit is niet werkbaar. Als er enige overlap ontstaat in ZVW en WMO in een volgend traject van ZVW en WMO dan kan de aanloop WMO als ZVW worden gedeclareerd, of andersom.
- Van elk van de potentieel betrokken financiers is een sleutelfiguur betrokken (gemeente, onderwijs, zorgverzekeraar)
- Een goede kosten baten analyse is onderdeel van de flankerende evaluatie.
- Een goede terugkoppeling naar het werkveld (bij aanhoudend succes) is van belang, omdat vaak een historie bestaat van niet geslaagde hulp. En daar dus mogelijke efficiency winst ligt.
- De juiste wettelijke kaders worden toegepast.

⁷ De werkgroep bestond uit de volgende leden: Beleidsadviseur Samenleving Gemeente Westerwolde; Beleidsadviseur Sociaal Domein Gemeente Oldambt; Financieel directeur Molendrift; Regiomanager MEE-Groningen; Senior Zorginkopen bij Menzis Zorgverzekeraar.