Sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening

NIVEL
Kennis voor betere zorg

Erasmus School of Health Policy & Management

Sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening

Mattanja Triemstra
Kor Grit
Bert de Graaff
Judith Venderbos
Roland Friele

9789461225740
030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Dankwoord

Met subsidie van ZonMw heeft het Nivel samen met Erasmus School of Health Policy & Management dit onderzoek uitgevoerd naar sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening.

Bij deze willen we graag iedereen bedanken die medewerking heeft verleend aan dit onderzoek. Het betreft vele deelnemers aan interviews en focusgroepsgesprekken; variërend van inspecteurs, bestuurders, managers, projectleiders, kwaliteitsfunctionarissen en overige medewerkers van diverse gemeenten, zorgorganisaties, instellingen of andere partijen of intermediairs in het jeugdhulpdomein.

Ook zijn we de begeleidingscommissie erkentelijk voor hun constructieve inbreng. De leden namen op persoonlijke titel zitting, en dragen geen verantwoordelijkheid voor de uitvoering en uitkomsten van deze studie. De begeleidingscommissie bestond uit de volgende personen:

Kees Reedijk (IGJ)
Suzanne Rutz (IGJ / ESHPM)
Charlotte Barendregt (IGJ)
Rutger Hageraats (NJi)
Chris Kuiper (Horizon / Hogeschool Leiden)
Mariëtte van Brandenburg (Pluryn)
Leo Rutjes (Stichting Alexander)
Rosanne Bobeldijk (TSD)
Patrick Kenis (Tilburg University)

De auteurs,
juli 2019

Inhoud

Dankwoord **3**

Samenvatting **5**

1 Inleiding **8**
1.1 Jeugdhulpverlening 8
1.2 Calamiteiten, toezicht en sectorbreed leren 8
1.3 Dit onderzoek 11
1.4 Leeswijzer 12

2 Beleidstheorie: aannames en literatuur **13**
2.1 Rapportages over calamiteiten bevatten relevante informatie voor jeugdhulpprofessionals en -instellingen die kan bijdragen aan het verbeteren van de jeugdhulp en het voorkomen van calamiteiten 13
2.2 Jeugdhulpprofessionals en -instellingen zijn in staat om te leren van rapportages over calamiteiten 16
2.3 De IGJ en de samenwerkende toezichthouders kunnen in het proces van sectorbreed leren in de jeugdhulpverlening een rol spelen 22

3 Leren van calamiteiten in de praktijk **27**
3.1 Voorwaarden in de organisaties om te kunnen leren 28
3.2 Relevantie en bruikbaarheid van informatie uit de rapporten 30
3.3 Welke sporen van sectorbreed leren zijn we tegengekomen? 32
3.4 Leren van eigen calamiteiten 36

4 Rol van de inspectie bij leren van calamiteiten **40**
4.1 Huidige rol van het toezicht bij sectorbreed leren 40

5 Discussie en conclusies **45**
5.1 Discussie 45
5.2 Conclusies 49

Literatuur **53**

Bijlage A Onderzoeksmethode **57**

Bijlage B Redenen waarom de integrale rapporten nauwelijks zijn geland **59**

Samenvatting

Achtergrond

Calamiteiten in de jeugdhulp hebben een grote maatschappelijke impact. De behoefte om ervoor te zorgen dat zo een calamiteit nooit meer voorkomt is dan ook groot. Dat was een reden voor de toezichthouders te komen tot een vorm van sectorbreed leren binnen deze sector. De gedachte is dat organisaties en hulpverleners kunnen leren van calamiteiten die elders in de sector van de jeugdhulp hebben plaatsgevonden.

De toezichthouders (IGJ en TSD) hebben twee overzichtsrapportages van calamiteiten gepubliceerd, in 2013 en 2016, getiteld “Leren van calamiteiten” (STJ, 2013; STJ/TSD, 2016). Deze integrale rapportages gaan respectievelijk over analyses van acht en elf calamiteiten (ernstige incidenten waarbij kinderen en eventuele gezinsleden betrokken waren aan wie zorg en ondersteuning werd geboden), met als doel om patronen (rode draden), geleerde lessen en verbeterpunten af te leiden en deze te verspreiden onder alle betrokkenen (gemeenten, organisaties en professionals). Gesignaleerde algemene problemen zijn bijvoorbeeld: de inschatting van risico’s en continuïteit van zorg.

Doel van dit onderzoek

Met dit onderzoek wilden we nagaan wat de impact is van het beleid van de inspecties om te komen tot sectorbreed leren van calamiteiten en in de jeugdhulp. Daarbij hebben we ons specifiek gericht op de twee integrale calamiteitenrapportages; of en hoe deze rapporten zijn geland, en wat we ervan terugzien in de praktijk. Het uiteindelijke doel is om antwoord te geven op de vraag hoe de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Toezicht Sociaal Domein (TSD) een bijdrage kunnen leveren aan het sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening.

Werkwijze

Het onderzoek is uitgevoerd in twee stappen. In de eerste stap is nagegaan wat de assumpties zijn in de beleidstheorie van de inspecties bij het beleid gericht op sectorbreed leren van calamiteiten. Deze assumpties zijn nader onderzocht aan de hand van de literatuur. De tweede stap van het onderzoek betrof empirisch onderzoek, waarin is nagegaan hoe de beleidsassumpties zich verhouden tot de praktijk, wat er met de twee integrale calamiteitenrapportages in het veld is gedaan, en of en hoe er in de praktijk van calamiteitenrapportages wordt geleerd. Daartoe zijn focusgroepsgesprekken gevoerd, zijn documenten geanalyseerd en zijn interviews gehouden met professionals uit het jeugdhulpveld.

Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek zijn dat het veld over het algemeen het belang inziet van het leren van calamiteiten, en dat professionals inzien dat calamiteiten die zich elders hebben voorgedaan ook belangrijk zijn voor de eigen praktijk en van mening zijn dat de inspecties hier een aanjagende rol in kunnen hebben. Echter, ook blijkt dat de calamiteitenrapportages vrij onbekend zijn in het veld, zeker bij professionals. Bevindingen uit de praktijk geven inzicht in de mogelijke oorzaken van dit resultaat, we bespreken ze hier aan de hand van de drie belangrijkste beleidsassumpties.

1. De eerst beleidsassumptie was dat rapportages over calamiteiten relevante informatie bevatten voor jeugdhulpprofessionals en -instellingen die kan bijdragen aan het verbeteren van de jeugdhulp en het voorkomen van calamiteiten.

Professionals en anderen in het veld delen het belang van het verkrijgen van inzicht in de lessen die getrokken kunnen worden uit de calamiteitenrapportages. Er is een groot moreel besef dat calamiteiten moeten worden voorkomen (‘dit nooit meer’). Daar staat tegenover dat de rapportages onvoldoende herkenbaar en aansprekend zijn. De boodschap van de rapporten is te algemeen, de lessen zijn moeilijk te vertalen naar de eigen praktijk. Ook worden de rapporten als minde actueel gezien, zeker doordat de situatie in de sector met de invoering van de Jeugdwet heel erg is veranderd. Door de nadruk op fouten, of wat mis gaat, voelen medewerkers ‘op de werkvloer’ ook veel weerstand om te leren van calamiteiten. Tenslotte wordt de inspectie als afzender van de rapportages niet altijd gezien als een fijne, stimulerende partner om van te leren, noch als een onafhankelijke partij die meedenkt. Een uitzondering op dit geluid troffen we aan onder kwaliteitsfunctionarissen. Zij gaven aan dat informatie uit de rapporten goed gebruikt kan worden bij audits en het verbeteren van methodieken, zoals risicotaxaties en veiligheidsplannen.

2. De tweede beleidsassumptie was dat jeugdhulpprofessionals en -instellingen in staat zijn om te leren van rapportages over calamiteiten.

Uit het onderzoek blijkt dat leren niet ‘vanzelf’ gaat. Leren betekent ‘werk verzetten’. Werkdruk wordt vaak genoemd als reden dat het moeilijk is om tijd en ruimte te vinden om dit werk te verzetten. Daar komt bij dat het calamiteitenonderzoek in de eigen organisatie al veel tijd en aandacht vragen. Een ander punt is dat het in de sector ontbreekt aan een gedeelde visie op wat wanneer voor wie goede hulp is, doordat de sector uit verschillende soorten organisaties en uiteenlopende disciplines bestaat die nauwelijks algemene of gedeelde regels, kaders en normen hebben over wat goede zorg is. Als een gedeeld uitgangspunt en deze visie ontbreekt, valt een belangrijke voorwaarde weg om gezamenlijk te kunnen leren. Tenslotte speelt dat calamiteitenrapportages de nadruk leggen op wat er ‘fout’ is gegaan en die nadruk op fouten roep weerstand op.

Tegelijkertijd zijn er ook voorbeelden waaruit blijkt dat, als er ‘werk wordt verzet’ er wel degelijk, sectorbreed, geleerd kan worden van calamiteiten. Binnen een organisatie zijn bijvoorbeeld positieve ervaringen opgedaan met het organiseren van specifieke klinische lessen, het vertalen van lessen uit calamiteitenrapportages in het kwaliteitsbeleid en audits, tot aan het organiseren van vierdaagse reflectiebijeenkomsten met alle leden van een team. Daarnaast zien we voorbeelden van het leren van calamiteiten in de keten. Een belangrijke voorwaarde hiervoor lijkt het bestuurlijk commitment van de verschillende organisaties te zijn. Tenslotte zijn we verschillende voorbeelden tegengekomen waarbij rondom de calamiteitenrapportages speciale bijeenkomsten zijn georganiseerd, of voorbeelden waarbij met de informatie uit de calamiteitenrapportages is aangesloten bij initiatieven van derden.

3. De derde beleidsassumptie was dat de IGJ en de samenwerkende toezichthouders een rol kunnen spelen in het proces van sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening.

In principe zien respondenten een belangrijke rol voor de inspectie bij het sectorbreed leren van calamiteiten. De behoefte is er om echt sámen met de inspectie van calamiteiten te leren. Tegelijk zijn de concrete ervaringen van de professionals met de inspectie gemengd. Deels vertellen respondenten over positieve ervaringen, bijvoorbeeld over activiteiten die door de TSD werden georganiseerd naar aanleiding van de publicatie van de integrale rapportages of respondenten geven een voorbeeld waaruit blijkt dat de IGJ in hun geval mee heeft gedacht met het organiseren van hun eigen calamiteitenrapportages. Tegelijk blijken respondenten niet altijd het gevoel te hebben dat in het contact met de inspectie het leren voorop staat en ze ervaren niet altijd de ruimte om te leren.

Toch geven respondenten aan dat zij een meer actieve rol voor de inspecties zien weggelegd. Suggesties zijn om het leren in de sector meer te stimuleren en te faciliteren door meer aan te sturen op samen leren en te reflecteren op calamiteiten, bestaande kennis over sectorbrede trends en ontwikkelingen meer te verbinden en explicieter onder de aandacht te brengen, en door actiever informatie te delen en het samen leren te faciliteren.

Aanbevelingen

Het onderzoek leidt tot drie aanbevelingen die een antwoord zijn op de vraag hoe de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Toezicht Sociaal Domein (TSD) een bijdrage kunnen leveren aan het sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening.

Aanbeveling 1:

Sluit met de kennis uit calamiteitenrapportages aan bij de bestaande dynamiek in het domein van de jeugdhulp en de manier waarop professionals kennis willen nemen van voor hen belangrijke informatie.

Aanbeveling 2:

Maak voor het verspreiden van inzichten uit calamiteitenrapportages meer gebruik van bestaande kennisinfrastructuren, en stimuleer professionals, organisaties en landelijke organen en ook de gemeentes om zelf het initiatief te nemen om relevante informatie uit calamiteitenrapportages te delen via hun eigen kennisinfrastructuur en – voor zover nodig – daar verder een kennisinfrastructuur voor te ontwikkelen.

Aanbeveling 3:

Besteed als toezichthouder meer tijd en aandacht aan een inhoudelijke reflectie op de calamiteitenrapportage van een specifieke organisatie. Verbind die individuele calamiteitenrapportage met de veel bredere kennis die bij de IGJ beschikbaar is. Overweeg om dit leerproces op regionaal niveau vorm te geven.

1 Inleiding

1.1 Jeugdhulpverlening

Eén op de negen jongeren of jeugdigen (0-22 jaar) ontvangt in Nederland jeugdhulp (CBS, 2018). Jeugdhulp is sinds 2015 de verantwoordelijkheid van gemeenten en wordt gedefinieerd als: de hulp en zorg aan jongeren en hun ouders bij psychische, psychosociale en/of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jongere, of opvoedingsproblemen van de ouders. Het gaat om zorg zonder of met verblijf, zoals hulp van een wijk- of buurtteam, ambulante hulp van een zorgaanbieder, pleegzorg, verblijf in een gezins- of logeerhuis of plaatsing in een gesloten jeugdzorginstelling.

Het zorglandschap van de jeugdhulpverlening is dus zeer breed, met grote landelijke instellingen, gemeenten en diverse lokale zorgaanbieders, teams en zelfstandige professionals. Relevante organisaties of teams zijn bijvoorbeeld: wijk-, jeugd-, gebieds-, participatie- of sociale teams, Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), Wmo- of jongerenloket, organisaties die jeugd-GGZ bieden of Veilig Thuis. De betrokken professionals zijn ofwel werkzaam in de medische zorg, of in het brede sociaal domein dat het jeugd- en volwassenendomein omvat (Jeugdwet en Wmo); in de jeugdgezondheidszorg, huisartsenzorg, verloskunde of kraamzorg, of in een nog breder domein waar ze veel kinderen en/of ouders zien, zoals de kinderopvang, scholen, maatschappelijke ondersteuning, woningbouw, politie of justitie etc..

In de afgelopen jaren heeft de jeugdhulpverlening veel veranderingen doorgemaakt door de invoering van de Jeugdwet in 2015 en de decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten. De Jeugdwet beoogt meer juiste hulp op maat, meer samenhang en meer ruimte voor de professionals te realiseren (Friele e.a., 2018). In de jeugdhulpverlening verschuift de focus geleidelijk van grote zorgaanbieders naar lokale teams (sociale wijkteams) die vrij-toegankelijke, laagdrempelige jeugdhulp willen bieden. Naast de lokale teams blijft echter altijd een aanbod van specialistische (deels grote) jeugdhulp aanbieders nodig. De beweging richting een decentrale organisatie en de versterking van de rol van professionals heeft gevolgen voor de uitvoering en de beoogde adressanten van het toezicht (zie verder 2.2 en 2.3).

1.2 Calamiteiten, toezicht en sectorbreed leren

Calamiteiten[1] in de jeugdhulpverlening hebben een grote maatschappelijke impact en brengen veel persoonlijke leed en onrust teweeg. Daarom willen toezichthouders en beleidsmakers dat er alles aan wordt gedaan om calamiteiten in de toekomst te voorkomen (Leren van Calamiteiten 2013; Meerjarenvisie, STJ/TSD, 2015).

Er is veel publieke belangstelling voor (het toezicht op) calamiteiten, en de verwachtingen met betrekking tot het aanpakken en voorkomen van calamiteiten zijn hooggespannen (Grit e.a., 2018). Mede in reactie op deze maatschappelijke context is het leren van en openheid over calamiteiten de laatste jaren het doel dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) het meest nadrukkelijk nastreeft met haar calamiteitentoezicht.

[1] Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

Tegelijkertijd wordt ook van de inspectie verwacht dat zij aanbieders ter verantwoording roept en waar nodig corrigeert, als de kwaliteit van de hulpverlening ernstig tekortschiet. Het bestaande calamiteitentoezicht van de IGJ kent daardoor meerdere, gelaagde doelstellingen: correctie, verantwoording, leren en openheid. Combinaties van deze doelen kunnen elkaar versterken, maar ook in de weg staan. De koppeling met doelen als verantwoording en correctie hebben als mogelijk gevolg dat het leren van calamiteiten onder druk komt te staan. Dat wordt nog versterkt doordat het toezicht op calamiteiten vrij sterk is gestandaardiseerd, met duidelijke richtlijnen voor calamiteitenonderzoek, waardoor het beeld kan ontstaan dat het onderzoeken van en rapporteren over een calamiteit conform de eisen van de inspectie een doel op zich wordt. Zie bijvoorbeeld (Grit et al., 2018).

Een orgaan dat veel aandacht vraagt voor het leerproces van professionals en zorgaanbieders is het Toezicht Sociaal Domein (TSD).[2] Dit is een samenwerkingsverband tussen vier verschillende inspecties: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Inspectie Justitie en Veiligheid. Formeel gezien heeft het TSD geen corrigerende bevoegdheden, maar houdt toezicht op het stelsel, en ziet toe op de kwaliteit van de uitvoering door de onder toezicht staande organisaties en op de kwaliteit van de samenwerking van deze organisaties (TSD, 2018). Indien handhaving nodig is, dan gebeurt dat via de vier sectorale inspecties die participeren in het TSD.

Calamiteiten in de jeugdhulp hebben een grote maatschappelijke impact, niet in het minst omdat het vaak kinderen betreft die nog een heel leven voor zich, zouden, hebben. De behoefte om ervoor te zorgen dat 'zoiets nooit meer voorkomt' is dan ook groot. Die behoefte is door de toezichthouders vertaalt in de ambitie te komen tot een vorm van sectorbreed leren binnen deze sector[3] (Meerjarenvisie 2016-2019, STJ/TSD, 2016). Daarbij is de gedachte dat organisaties en hulpverleners dienen te leren van calamiteiten die elders in de jeugdhulp hebben plaatsgevonden.

1.2.1 Calamiteitenrapportages

De toezichthouders (IGJ en TSD) hebben inmiddels vele calamiteitenrapportages (casuïstiek) en twee overzichtsrapportages van calamiteiten gepubliceerd, in 2013 en 2016, getiteld "Leren van calamiteiten" (STJ, 2013; STJ/TSD, 2016). Deze integrale rapportages gaan respectievelijk over analyses van acht en elf calamiteiten (ernstige incidenten waarbij kinderen en eventuele gezinsleden betrokken waren aan wie zorg en ondersteuning werd geboden), met als doel om patronen (rode draden), geleerde lessen en verbeterpunten af te leiden en deze te verspreiden onder alle betrokkenen (gemeenten, organisaties en professionals). Gesignaleerde algemene problemen zijn bijvoorbeeld: de inschatting van risico's en continuïteit van zorg.

Hierna worden de twee integrale rapportages (uit 2013 en 2016) nader toegelicht.

Eerste integrale rapport: Leren van calamiteiten (2013)

[2] Voorheen Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ).

[3] Tot de sub-sector jeugdhulp/jeugdzorg rekent de rijksoverheid; ambulante jeugdhulp, pleegzorg, jeugdzorgplus, verblijf in een jeugdinstelling, jeugd-GGZ, jeugdzorg voor jongeren met een beperking, jeugdzorg voor jongeren met ernstige beperkingen, zorg voor ernstig zieke kinderen, ondertoezichtstelling en voogdij, de jeugdreclassering en professionele uitvoerders van jeugdhulp. De IGJ geeft op haar website aan dat zij, al dan niet in samenwerking met andere inspecties, toezicht houdt op de volgende organisaties binnen de zorgsector Jeugd: de jeugdhulpaanbieders (jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-LVB), de certificerende instelling voor jeugdbescherming en jeugdreclassering, de instellingen voor jeugdbescherming, de jeugdreclassering, Veilig Thuis: het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling, de justitiële jeugdinrichtingen, de vergunninghouders voor interlandelijke adoptie, de opvangvoorzieningen voor (alleenstaande) minderjarige vreemdelingen, de Raad voor de Kinderbescherming, Halt en de schippersinternaten.

Het eerste rapport gaat over een analyse van acht calamiteitenonderzoeken in de periode 2011-2012 die door het toenmalige Samenwerkend Toezicht Jeugd (destijds bestaande uit de Inspectie Jeugdzorg en vier andere rijksinspecties) zijn uitgevoerd (STJ, 2013). Doel van deze rapportage was om kennis (inzichten, geleerde lessen en verbeterpunten) te verspreiden onder gemeenten, organisaties en professionals, om hen te laten leren en op hun handelingsplicht en verantwoordelijkheden te wijzen. Idee hierbij was dat het lering trekken uit het verleden helpt om signalen op te pakken, risico's te herkennen en interventies tijdig te plegen, om zodoende bij te dragen aan een verbetering van de zorg en hulpverlening en om betere resultaten voor kinderen en gezinnen te behalen.

Uit de analyses kwam als patroon naar voren dat professionals en organisaties onvoldoende inhoud konden geven aan hun handelingsplicht. Ook bevat het rapport aanbevelingen voor het nemen van concrete maatregelen en aanpassingen rond houding, gedrag en aansturing van de professionals en organisaties. Algemene verbeterpunten waren: aandacht voor de rol van de ouders in zorg-/hulpverlening, het gebruik van de Verwijsindex Risicojongeren (VIR), scholing en opleiding van professionals (bijvoorbeeld over VIR en de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling), inschatting van veiligheidsrisico's voor het kind, en continuïteit van zorg (zodat de veiligheid van het kind steeds wordt gewaarborgd).

Tweede integrale rapport: Leren van calamiteiten-2 (2016)

Het tweede rapport gaat over 11 calamiteitenonderzoeken die in 2013-2016 door het Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ) en Toezicht Sociaal Domein (TSD) zijn uitgevoerd. Dit vervolgrapport is geschreven vanuit een gevoel van urgentie om lessen uit nieuwe calamiteitenonderzoeken te delen met zowel bestuurders van gemeenten als professionals en organisaties. Het heeft opnieuw als doel om 'rode draden' (patronen) in calamiteiten en knelpunten te benoemen, zodat professionals en bestuurders de mogelijkheid krijgen om 'bestuurlijke doelen en ambities en de dagelijkse uitvoeringspraktijk nader tot elkaar te brengen, hierop te reflecteren en er gezamenlijk van te leren'. En in het rapport stellen de inspecties nog steeds de handelingsplicht van organisaties en professionals voorop. Verschillen ten opzichte van de vorige rapportage zijn wel dat nu uitgebreid wordt gekeken naar het bredere sociaal domein (zowel voor als na decentralisatie per 2015), dat er naast kinderen ook wordt gekeken naar jongvolwassenen, en dat er meer specifiek wordt gekeken naar de aansluiting/samenwerking tussen organisaties in het jeugddomein en het volwassenendomein.

De 11 calamiteiten vonden verspreid over het land plaats en gaan in alle gevallen om gezinnen met problemen op meerdere leefgebieden (zoals financiën, huisvesting, werk en inkomen, opvoeden en opgroeien, gezondheid, onderwijs, en veiligheid), met ouders die vaak kampten met (ernstige) problematiek (waaronder psychiatrische, licht verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek en/of crimineel gedrag). Bij deze casussen waren tientallen organisaties en meer dan 100 professionals uit zowel het jeugd- als volwassenendomein betrokken.

De analyses laten zien dat de problemen die kinderen ervaren niet los gezien kunnen worden van de problemen die de betrokken volwassenen ervaren; dat er extra risico's zijn bij het op- en afschalen van hulp, dat hier goede afspraken moeten worden gemaakt over wie, waarvoor verantwoordelijk is en dat er een risico is op het onderschatten van problemen bij chronische problematiek, zoals zorgmijden en het overschatten van de 'eigen kracht'.

Concreet willen de samenwerkende inspecties met dit rapport dat bestuurders (in hun sturende – en regierol) en professionals (in hun uitvoerende rol) met elkaar in gesprek gaan aan de hand van een set van vijf basisvragen (die zij elkaar kunnen stellen en die per cliënt moeten worden beantwoord).

1.3 Dit onderzoek

1.3.1 Doel en vraagstellingen van het onderzoek

Gegeven de ambitie van de toezichthouders om sectorbreed leren van calamiteiten te stimuleren, is de vraag of en op welke manier dit leren ook wordt gerealiseerd. Dit onderzoek is uitgevoerd op verzoek van de IGJ. Het richt zich op de vraag hoe de inspectie (IGJ/TSD) een bijdrage kan leveren aan sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening, waarbij we onder andere kijken naar de impact van de twee integrale calamiteitenrapportages (STJ, 2013; STJ/TSD, 2016). Met als centrale onderzoeksvraag:

Hoe kunnen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Toezicht Sociaal Domein (TSD) een bijdrage leveren aan het sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, beantwoorden we een aantal subvragen:

1. *Wat is de beleidstheorie van de inspecties omtrent het leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening en hoe het toezicht kan bijdragen aan sectorbreed leren?*
    a. Wat verwachten IGJ/TSD te bereiken met hun toezicht(sinstrumenten)?
    b. Op wie (welke adressanten) richten toezichthouders zich en op welke manier?
    c. Hoe zijn de procedures van het calamiteitenonderzoek ingericht met het oog op sectorbreed leren?
2. *Wat is reeds bekend in de literatuur en documenten over het leren van incidenten en calamiteiten binnen organisaties en sectorbreed?*
3. *Hoe sluit de beleidstheorie van IGJ/TSD aan bij de praktijk?*
    a. Hoe bereiken calamiteitenrapportages de jeugdhulporganisaties, en hoe werken deze door op verschillende lagen van de organisatie (bestuur en professional)?
    b. Zijn de algemene lessen (‘rode draden’) uit calamiteiten(rapportages) vertaalbaar en bruikbaar voor andere jeugdzorgorganisaties?
    c. Wat zijn ervaren barrières voor het doorwerken en het leren, en wat zijn stimulerende factoren?

1.3.2 Onderzoeksopzet

Om meer inzicht te krijgen in de beleidstheorie van de inspectie om te komen tot sectorbreed leren van calamiteiten, zijn gesprekken gevoerd met betrokken inspecteurs en medewerkers van IGJ/TSD en zijn relevante documenten geanalyseerd (zie Hoofdstuk 2, Literatuur en Bijlage A). Daarbij zijn we op zoek gegaan naar de essentiële verwachtingen (assumpties) in de beleidstheorie: welke verwachtingen hanteerden de inspecties op grond waarvan zij vorm hebben gegeven aan hun beleid gericht op het sectorbreed leren van calamiteiten (onderzoeksvraag 1). Ook keken we naar wat er in de literatuur bekend is over (sectorbreed) leren van calamiteiten en de rol van het toezicht daarbij.

Vervolgens gingen we na in hoeverre de beleidstheorie van IGJ/TSD aansluit bij de praktijk, aan de hand van interviews en focusgroepsgesprekken met beleidsmakers, managers en zorgprofessionals in de jeugdhulpverlening (zie Bijlage A). Hierbij keken we onder andere naar de volgende vragen: hoe en in hoeverre werkt het idee van sectorbreed leren door op verschillende lagen van organisaties (bestuur en professional)?; wat zijn ervaren barrières voor het voelen van urgentie, het durven en kunnen leren en het vertalen van opgedane lessen?; en wat zijn juist stimulerende factoren? Om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de centrale vraag van het onderzoek, over hoe de inspecties met het calamiteitentoezicht een bijdrage kunnen leveren aan het stimuleren van sectorbreed leren.

Bij het onderzoek naar de inzet van de IGJ/TSD om te komen tot het stimuleren van sector breed leren hebben wij de keuze gemaakt ons vooral te richten op wat er gebeurd is met de twee overzichtsrapportages, hoe deze zijn geland en wat het veld hiermee heeft gedaan. De reden hiervoor was dat deze keuze een concreet aangrijpingspunt bood voor het voeren van gesprekken met het veld. Dit in tegenstelling tot het bredere begrip 'stimuleren van sectorbreed leren'. Door deze keuze konden concrete vragen worden gesteld, zoals naar de bekendheid met de rapportages en naar de vraag wat er met die rapportages is gedaan. Zie verder Bijlage A voor details over de onderzoeksopzet.

1.4 Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 wordt de beleidstheorie geschetst, met beleidsaannames of veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het beleid van de toezichthouder inzake sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulp. Die theorie wordt in Hoofdstuk 3 getoetst aan de praktijk van het (sectorbreed) leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening. Vervolgens gaat Hoofdstuk 4 over de rol van de inspectie en (on)mogelijkheden om het sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulp verder te stimuleren. Tot slot volgen in Hoofdstuk 5 een discussie en de conclusies van dit onderzoek.

Als in dit rapport wordt gesproken over de inspectie(s) of toezichthouder(s), dan bedoelen we de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en/of het Toezicht Sociaal Domein (TSD); beide organen spelen immers een rol in het toezicht op en de rapporten over calamiteiten in de jeugdhulpverlening.

2 Beleidstheorie: aannames en literatuur

Op basis van literatuur, documenten en gesprekken met inspecteurs zijn drie beleidsaannames geformuleerd die ten grondslag liggen aan het beleid van de toezichthouders gericht op sectorbreed leren van calamiteiten:

- Rapportages over calamiteiten bevatten relevante informatie voor jeugdhulpprofessionals en -instellingen die kan bijdragen aan het verbeteren van de jeugdhulp en het voorkomen van calamiteiten.
- Jeugdhulpprofessionals en -instellingen zijn in staat om te leren van rapportages over calamiteiten.
- De IGJ en de samenwerkende toezichthouders kunnen in het proces van sectorbreed leren een rol spelen.

Dit hoofdstuk beschrijft de beleidstheorie en literatuur over sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening. Hierbij staan de volgende twee subvragen van het onderzoek centraal:

1. *Wat is de beleidstheorie van de inspecties omtrent het leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening en hoe het toezicht kan bijdragen aan sectorbreed leren?*
2. *Wat is reeds bekend in de literatuur en documenten over het leren van incidenten en calamiteiten binnen organisaties en sectorbreed?*

Op basis van deskresearch (documenten, literatuur) en gesprekken met inspecteurs van IGJ en TSD zijn drie beleidsaannames geformuleerd waarop het initiatief van IGJ/TSD om in te zetten op sectorbreed leren op basis van integrale calamiteitenrapportages is gebaseerd. Deze worden in het volgende hoofdstuk (3) aan de praktijk getoetst.

Het beleid van de IGJ/TSD om te komen tot sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulp is gebaseerd op de volgende drie hoofdaannames:

1. Rapportages over calamiteiten bevatten relevante informatie voor jeugdhulpprofessionals en -instellingen die kan bijdragen aan het verbeteren van de jeugdhulp en het voorkomen van calamiteiten.
2. Jeugdhulpprofessionals en -instellingen zijn in staat om te leren van rapportages over calamiteiten.
3. De IGJ en de samenwerkende toezichthouders kunnen in het proces van sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening een rol spelen.

Hierna lichten we elke aanname toe vanuit het perspectief van de inspecties en met literatuur.

2.1 Rapportages over calamiteiten bevatten relevante informatie voor jeugdhulpprofessionals en -instellingen die kan bijdragen aan het verbeteren van de jeugdhulp en het voorkomen van calamiteiten

2.1.1 De beleidsaanname

Als er calamiteiten optreden, dan wordt van zorgaanbieders en professionals verwacht dat zij hiervan leren om de kwaliteit van de jeugdhulpverlening te verbeteren en het risico op calamiteiten te verminderen. In het algemeen geldt dat calamiteiten gemeld moeten worden aan de inspectie en hebben zorgaanbieders de plicht om de calamiteiten eerst zelf te onderzoeken en hierover te rapporteren aan de toezichthouders. In specifieke gevallen kan het onderzoek ook worden uitgevoerd door de inspectie. Vervolgens helpen de inspecties de sector bij het leren door informatie en algemene

lessen over calamiteiten openbaar te maken en deze te verspreiden, bijvoorbeeld in de vorm van de twee integrale calamiteitenrapportages (STJ, 2013; STJ/TSD, 2016).
De beleidsaanname hierbij is dat lessen over onderliggende oorzaken van calamiteiten niet alleen relevant zijn voor de betrokkenen, maar ook voor andere instellingen/organisaties/gemeenten en professionals in de sector. Dit uitgangspunt komt ondermeer naar voren uit het volgende citaat uit de tweede integrale calamiteitenrapportage:

> *"Anno 2016 voelen wij als inspecties nog steeds de urgentie om de lessen uit de (nieuwe) calamiteitenonderzoeken met zowel bestuurders als professionals van gemeenten en organisaties te delen. In dit rapport worden opnieuw rode draden en knelpunten benoemd. Door deze te ontsluiten, willen wij professionals en bestuurders de mogelijkheid bieden om bestuurlijke doelen en ambities en de dagelijkse uitvoeringspraktijk nader tot elkaar te brengen, hierop te reflecteren en er gezamenlijk van te leren."* (STJ/TSD, 2016)

De gedachten hierbij zijn:

- dat calamiteiten niet op zichzelf staan en niet uniek zijn voor een specifieke regio, netwerk of organisatie, maar wijzen op problemen die in de hele sector kunnen voorkomen; en
- dat onderzoek en analyses van calamiteiten waardevolle inzichten opleveren over patronen ('rode draden') die ook relevant zijn voor anderen.

Daarom is de intentie van toezichthouders om dergelijke rapporten en geleerde lessen te verspreiden om – naast de organisaties/betrokkenen die zelf een calamiteit meemaken en die er zelf al van leren – ook anderen te bereiken en te laten leren van calamiteiten die elders plaatsvinden, los van de specifieke situatie waar de schuldvraag nog een complicerende rol zou kunnen spelen (zie verder 2.3.1).

2.1.2 De literatuur

Veiligheid en leren van fouten

Sinds het begin van deze eeuw is er steeds meer aandacht gekomen voor 'veiligheid' en, in het verlengde daarvan, voor het leren van calamiteiten. De aandacht binnen de zorg en hulpverlening voor het leren van calamiteiten is deels terug te voeren op het invloedrijke rapport 'To Err Is Human' (Kohn et al., 1999). Dit rapport liet zien dat in ziekenhuizen in Amerika alleen al tussen de 44.000 en 98.000 mensen per jaar overleden door fouten die voorkomen hadden kunnen worden (Kohn et al., 1999). Het rapport werkte als eyeopener en zette de noodzaak om te werken aan een veiliger manier van het leveren van gezondheidszorg internationaal hoog op de agenda (Mitchell et al., 2016).

Het rapport 'To Err is Human' stelt dat we kunnen leren van fouten omdat deze veelal een structureel of systemisch karakter hebben – dus geen unieke, uitzonderlijke gebeurtenis (Kohn et al., 1999). Hoewel calamiteiten specifiek zijn en zich lokaal manifesteren, worden calamiteiten gezien als een mogelijke indicatie van de kwaliteit en veiligheid van de diensten van de aanbieder in bredere zin. Om herhaling van calamiteiten tegen te gaan is goed onderzoek nodig, zodat de oorzaken van de calamiteit worden opgespoord. Veiligheidsonderzoek laat zien dat bij ernstige ongelukken actieve en latente fouten voorkomen. Een onderzoek naar actieve fouten richt zich veelal op de betrokken individuen en de omstandigheden in de directe omgeving van het incident. Het begrijpen en blootleggen van latente fouten, waarvan de nadelige gevolgen meer verborgen liggen binnen het systeem, vergt aanzienlijke technische en systeemkennis over hoe organisatorische factoren doorwerken in het technische werk. Zorgorganisaties moeten ervoor waken om alleen maar de actieve fouten op te sporen (Kohn et al., 1999). In de afgelopen decennia zijn daartoe wel allerlei methoden

ontwikkeld. Internationaal zijn er methodieken als root cause analysis ontworpen om tot een betere analyse van de oorzaken te komen, zodat daarmee adequatere verbetermaatregelen genomen kunnen worden (Bagian et al., 2002). Binnen het domein van de jeugdhulp worden deze methodieken ook toegepast bij de analyse van calamiteiten.

Ondanks de ontwikkeling van allerlei methodieken blijven er kritische studies verschijnen over de kwaliteit van calamiteitenonderzoeken (Wood, 2016), waarmee twijfel ontstaat over de relevantie van de informatie voor anderen. Veel genoemde kritiekpunten op calamiteitenonderzoeken in de jeugdhulpverlening In Engeland zijn: het onvoldoende meenemen van de bredere context, repeterende bevindingen en aanbevelingen, lessen die niet geleerd worden, het onvoldoende betrekken van professionals en dat het leren wordt verstoord door de druk van het moeten verantwoorden aan derden (Preston-Shoot, 2018). Er wordt bijvoorbeeld te weinig aandacht gegeven aan de politieke, wettelijke en sociale context en aan de praktijk waarin professionals onvoldoende tijd hebben om te reflecteren op hu werkzaamheden.

Vanuit de literatuur worden ook vraagtekens gezet bij het idee van het leren van nadelige gebeurtenissen en of calamiteitenrapportages wel relevante informatie bevatten. Diverse studies benadrukken dat het leren van incidenten moeilijk is, doordat bijvoorbeeld de informatie incompleet is en het vaak onduidelijk is welke incidenten te voorkomen waren geweest of welke interventiestrategieën ter voorkoming van het incident optimaal zijn. In de literatuur wordt ook getwijfeld aan de kwaliteit van de analyses die met behulp van systematische methoden zijn uitgevoerd (Grit, 2018). Hollnagel (2013) levert kritiek op de Safety-I-benadering, dat zich richt op de (relatieve) afwezigheid van nadelige gebeurtenissen door bijvoorbeeld de oorzaken van calamiteiten op te sporen en deze vervolgens te elimineren of te verzwakken. Binnen deze benadering ligt de focus op formele vormen van analyseren en leren, waarbij kennis van buitenaf wordt ingebracht in het zorgproces (Hollnagel, 2013). In contrast daarmee richt Safety-II zich op wat goed gaat. Volgens deze benadering leert men juist van zaken die goed gaan en hoe mensen fouten weten te detecteren en te corrigeren voordat het verder misgaat. Safety-II richt zich voornamelijk op het leren ‘van binnenuit’, doordat de reflexieve vermogens van betrokkenen (professionals) een grote rol hebben (Hollnagel, 2013).

Huidige calamiteitentoezicht

De inspectie (IGJ) beoogt met haar toezicht het leren door zorginstellingen na calamiteiten te bevorderen. Het reguliere calamiteitentoezicht, dat een groot deel van de capaciteit van de inspectie vergt (Grit et al, 2018), is grotendeels in lijn met de Safety-I benadering, omdat men probeert te leren van wat er misgaat en het toezicht zich pas manifesteert als een calamiteit zich heeft voorgedaan (Hollnagel, 2013). Zo zijn het systeem omtrent de meldplicht en de integrale rapporten voorbeelden van de nadruk op het leren van nadelige gebeurtenissen in het jeugddomein. Meer in het algemeen is het toezicht door de IGJ primair gericht op incidenten en risico’s, hoe deze te vermijden en of aanbieders in staat zijn om te leren van fouten (Meszarasova, 2018; Gajadien, 2018). Weliswaar nemen inspecteurs in hun dagelijkse praktijk allerlei initiatieven die benadrukken ‘wat goed gaat’, zoals het verspreiden van goede voorbeelden via de IGJ nieuwsbrief en het benoemen van goede prestaties in de inspectierapporten om organisationeel leren te stimuleren. Toch gebeurt dit meer sporadisch dan dat het een stabiele basis heeft in de praktijk van inspecteurs (Meszarasova, 2018). Het huidige toezicht van het TSD kent naast het calamiteitentoezicht meer nadrukkelijk vormen van toezicht die meer geënt is op een Safety-II benadering. Zo heeft TSD een website ontwikkeld met een webtool om professionals in hun werk te helpen om informatie te delen in het sociaal domein (https://www.kiezen-en-delen.nl).

Sinds enige tijd is de inspectie (IGJ) minder geïnteresseerd in wát instellingen leren van een calamiteit, maar des te meer in hóe ze leren na een calamiteit (Leistikow et al., 2017). Dat leren kan plaatsvinden door professionals die betrokken waren bij een calamiteit, maar wellicht ook doordat professionals leren van calamiteiten waar anderen bij betrokken waren. Een voorbeeld hiervan in de ziekenhuiszorg is een experiment waarin ziekenhuizen calamiteitenrapportages met elkaar deelden om daaraan lessen te ontlenen (Smits et al., 2018). Daarbij kijkt de inspectie onder andere naar wie allemaal betrokken zijn en of het leren leidt tot een brede implementatie van verbetermaatregelen, wat aansluit bij de benadering van Wilson et al. (2007) die veronderstelt dat pas sprake is van leren als er een verandering in het potentiële gedragsrepertoire van een groep optreedt. Stavropoulou e.a. (2015) laten in een review over ervaringen met het leren van calamiteiten zien dat “Despite their significant cost, however, little is known about their (Incident reporting systems) effectiveness for improving patient safety”. Tegelijk stellen zij dat directe betrokkenheid van artsen het leereffect positief beïnvloedt.

Deze literatuur schetst de achtergronden van de aanname dat rapportages over calamiteiten relevante informatie bevatten voor jeugdhulpprofessionals en -instellingen die kan bijdragen aan het verbeteren van de jeugdhulp en het voorkomen van calamiteiten. Tegelijk plaatst de literatuur ook vraagtekens bij de ambitie om te komen tot sectorbreed leren, deels omdat voor het leren van calamiteiten niet veel evidentie is of dat er twijfel bestaat over de effectiviteit van deze leerstrategie, en omdat een directe betrokkenheid van professionals het leereffect positief beïnvloedt. Bij sectorbreed leren is die directe betrokkenheid op voorhand niet aanwezig, omdat het niet gaat over de eigen situatie. De vraag blijft dan ook óf en vooral hóe de integrale rapportages over calamiteiten kunnen bijdragen aan sectorbreed leren.

2.2 Jeugdhulpprofessionals en -instellingen zijn in staat om te leren van rapportages over calamiteiten

2.2.1 De beleidsaanname

Bij sectorbreed leren gaat het om het idee dat andere organisaties kunnen leren van ervaringen binnen de sector. Sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening is daarbij gebaseerd op de volgende veronderstellingen:

- dat informatie *gedeeld en ontvangen* wordt;
- een zekere mate van *betrokkenheid* bij en *overeenkomstigheid* tussen calamiteiten;
- dat professionals in deze sector ook de *tijd en mogelijkheden* hebben om kennis te nemen van wat ‘elders’ heeft plaatsgevonden; en
- dat zij hier een les uit kunnen trekken die zij vervolgens kunnen toepassen in hun eigen werk.

Om te beginnen kan de sector kennis nemen van de openbare calamiteitenrapportages via de website van de inspectie over calamiteiten die elders plaatsvonden en geleerde lessen (‘rode draden’) uit eerdere calamiteiten worden op diverse manieren verspreid. Daarbij is de verwachting dat binnen de sector informatie en lessen omtrent calamiteiten breed worden verspreid en gedeeld, en dat de sector hier vervolgens van leert. Dit komt duidelijk naar voren in de brief van Staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer (d.d. 30 mei 2016) over het tweede integrale rapport (Leren van calamiteiten-2):

> *“Met dit rapport willen de samenwerkende inspecties met name bestuurders van gemeenten maar ook professionals, de mogelijkheid bieden te leren van calamiteiten.”* en
> *“Ik verwacht dat de aanbevelingen uit dit rapport gemeenten en professionals een basis geven om gezamenlijk er alles aan te doen om de zorg en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen en burgers zodanig vorm krijgt dat ernstige calamiteiten in de toekomst zoveel mogelijk voorkomen worden.”*

In vervolg op de tweede integrale calamiteitenrapportage hebben de samenwerkende inspecties (TSD) diverse bijeenkomsten georganiseerd, zoals een landelijk congres in 2016. Hierover zegt TSD:

> *'Leren van calamiteiten 2', dat is onze overall rapportage waarvoor we de rode draden uit elf calamiteiten hebben gehaald en die in een heel leesbaar document hebben opgeschreven. En daar hebben we ook een congres over georganiseerd, waar heel veel verschillende gemeenten bij aanwezig waren, waar we dus andere gemeenten willen laten leren van die rode draden, zonder dat ze een calamiteit hoeven mee te maken. (…) Zo proberen we ook andere gemeenten te bereiken, niet alleen die waar we onderzoek doen, want daar is de impact er wel.* (INT TSD, Nivel)

Ook veronderstelt de aanpak van sectorbreed leren een zekere mate van *betrokkenheid* en *overeenkomstigheid*: wat op de ene plek binnen de sector plaatsvindt, is ook relevant voor een andere plek. Zonder een idee van betrokkenheid of overeenkomstigheid lijkt het niet relevant om te leren van iets wat 'elders' heeft plaatsgevonden of om te willen leren van anderen. TSD wil de betrokkenheid van professionals bij calamiteiten in het jeugddomein vergroten door hen te laten leren van casuïstiek:

> *Als je het niet zelf hebt ervaren maar het verhaal van iemand anders is, dan leer je er toch minder van. (…) Eigenlijk zie je dat casuïstiek daarin dan toch wel, denk ik, het beste werkt. Want bijvoorbeeld met dat informatie delen, hebben we in die workshops ook dat ze met een casus zich moeten inbeelden dat ze een bepaalde professional zijn. (…) Daar leer je dan wel van: hoe is het nu om in iemand anders zijn schoenen te staan, en diegene wat beter te begrijpen?* (INT TSD, Nivel)

Vervolgens is de aanname dat de professionals in deze sector ook de *tijd en mogelijkheden* hebben om kennis te nemen van wat 'elders' heeft plaatsgevonden, en dat zij hier een les uit kunnen trekken die zij kunnen toepassen in hun eigen werk. Waarbij ook wordt beseft dat het leren van andermans calamiteiten mogelijk om *andersoortig leren* vraagt, omdat de betrokkenheid en impact per definitie kleiner is bij de andere gemeenten, organisaties of professionals (die geen calamiteit hadden):

> *Als er inderdaad een calamiteit in een gemeente gebeurt, dan staat iedereen op scherp en is er heel veel bereidheid om te leren. En de gemeente die ernaast ligt, denkt: "Nou, dit is niet bij mij gebeurd, oeh, gelukkig." (…) Ja, in die zin denk ik dat je echt kunt spreken van primair leren en secundair leren ofzo. (…) Mensen leren gewoon toch anders als het ze niet zelf getroffen heeft, denk ik.* (INT TSD, Nivel)

Bovenstaande illustreert dat de inspectie erop rekent dat er sectorbreed geleerd kan worden van calamiteiten, ook al hebben gemeenten/organisaties/professionals zelf geen calamiteit meegemaakt, en dat het delen van lessen en casuïstiek omtrent calamiteiten kan rekenen op voldoende herkenbaarheid en betrokkenheid zodat de professionals dit op één of andere manier kunnen vertalen naar hun eigen werk.

2.2.2 De literatuur

Er zijn verschillende factoren die het vermogen om te leren van gebeurtenissen die 'elders' hebben plaatsvonden beïnvloeden. Het gaat daarbij om factoren die samenhangen met de specifieke kenmerken van de sector, met de daar werkzame professionals en met kenmerken van leerprocessen.

Specifieke kenmerken van de sector

Leren van calamiteiten is in deze sector gecompliceerd vanwege enkele specifieke kenmerken en ontwikkelingen. Allereerst is de jeugdsector heel breed door de veelheid aan instanties en professionals die betrokken zijn bij de zorg aan jeugdigen en kwetsbare gezinnen (zie 1.1). Bovendien is het in de afgelopen jaren onduidelijker geworden wat onder 'de sector' wordt verstaan, door de decentralisatie van de jeugdhulpverlening en veranderingen in het zorglandschap. Het zorglandschap

is namelijk diffuser en breder geworden; van grote landelijke instellingen naar gemeenten en meerdere lokale zorgaanbieders en professionals.

De werkzame professionals

Onduidelijk is of het huidige calamiteitentoezicht effectief is en wat de jeugdsector precies nodig heeft om nog meer of beter te leren van calamiteiten. De eerste evaluatie van de Jeugdwet wees in dit verband uit dat de lokale teams nog onvoldoende zijn toegerust voor casussen waarbij er sprake is van complexe problematiek en onveiligheid (Friele et al., 2018). Doordat het de professionals ontbreekt aan kennis en expertise op het gebied van veiligheid, zou dit hun mogelijkheid om te leren van calamiteiten in de weg kunnen staan. In een Engels onderzoek (*The Munro Review*) werd ook al gewezen op ontbrekende expertise bij professionals. Tegelijk wordt er op gewezen dat de grens tussen wat is veilig voor het kind of de jongere en wat is gevaarlijk of schadelijk nooit helder is (Munro, 2011). Naast het onderkennen van de noodzaak van adequate expertise op het gebied van veiligheid is het ook belangrijk om te onderkennen dat het beoordelen van een situatie als te risicovol of niet altijd omgeven zal zijn met onzekerheden.

Verschillende manieren van leren

Er zijn verschillende modellen die ingaan op de manier waarop professionals en/of organisaties leren. Hieronder werken we drie modellen van leren uit die een verschillend antwoord geven we op wie er leren en wat er geleerd wordt: professioneel, organisationeel en sectorbreed leren. Eerst bespreken we professioneel en organisationeel leren, als onderdelen van sectorbreed leren (Grit et al., 2018).

Het professioneel leren richt zich voornamelijk op de mogelijkheid dat individuele of de groep van professionals calamiteiten dienen te onderzoeken en hiervan moeten leren. Deze benadering vloeit voort uit het idee van autonomie van de professional of beroepsgroep die zichzelf corrigeert en voortdurend verbetert. Professioneel leren veronderstelt een voortdurend lerende professional, maar ook dat de professie blijft werken aan de verdere ontwikkeling van beroepsnormen en standaarden. Reflectie is binnen deze theorie een cruciaal aspect, opdat er geleerd wordt van de gebeurtenis, waarbij de lessen worden ingebed in de praktijk (Dean, 2002). Ook het leren van fouten van collega's kan waardevol zijn en hiermee worden in potentie de leermogelijkheden voor individuele professionals vergroot.

Het model van organisationeel leren veronderstelt daarentegen dat de organisatie de eenheid is die leert en in staat is om door middel van opgedane kennis, die voor de mensen binnen de organisatie toegankelijk is en gedeeld wordt, beter te functioneren. De focus verschuift binnen deze theorie van het individuele handelen naar het beter functioneren van de organisatie (Kohn et al., 1999).

Sectorbreed leren kan vanuit verschillende actoren worden geïnitieerd:

- Centraal: Leren vanuit acties van de toezichthouder of leren vanuit een centraal punt. In het eerste geval heeft leren nog het meest een verticaal of hiërarchisch karakter. In het laatste geval zou dat ook kunnen vanuit de sector zelf, via de beroepsgroepen of een koepelorganisatie of sectororgaan.
- Netwerkend: Leren vanuit het netwerk van betrokkenen bij de jeugdhulp, zoals inspecties, aanbieders, professionals en andere organen. De rol van de toezichthouder is in dat geval horizontaal. In theorie kan leren ook gebeuren binnen lokale of regionale netwerken.
- Inter-organisationeel: Leren tussen individuele organisaties en professionals. Aanbieders wisselen dan zelf hun bevindingen en lessen uit of opereren juist gezamenlijk en interactief om te leren van calamiteiten. De rol van de toezichthouder is dan vooral faciliterend, zoals partijen bij elkaar brengen of kaders daarvoor scheppen.

Om sectorbreed te kunnen leren moeten de 'lessen' zodanig worden geformuleerd dat zij relevant zijn voor de sector, moeten ze toegankelijk worden gemaakt voor de sector en vervolgens vertaald worden naar de nieuwe praktijk waarin ze worden toegepast. Dit betekent dat het pas mogelijk is om sectorbreed te leren indien verbetermaatregelen niet op zichzelf staan, maar in plaats daarvan een leerproces aanzwengelen op tal van plaatsen en bij een veelheid aan personen (Grit et al., 2018).
Hierna wordt ingegaan op de stappen die nodig zijn voor sectorbreed leren, het werk dat moet worden verzet en de bevorderende en belemmerende factoren die mogelijk een rol spelen.

Leren als werk verzetten

Een belangrijke notie die voortkomt uit de literatuur is het idee van leren-als-werk dat we in deze paragraaf uiteen zetten. Er moet namelijk op vier niveaus werk worden verzet om sectorbreed leren te realiseren: (1) urgentie voelen, (2) durven leren, (3) kunnen leren en (4) lessen vertalen.
Het leren na calamiteiten is niet vanzelfsprekend; er is echt werk nodig om organisaties en professionals aangesproken te laten voelen dat het zinvol is om te leren van calamiteiten die elders hebben plaatsgevonden of de boodschap moet passend gemaakt worden voor de eigen organisatie. Ook is het noodzakelijk dat er een veiligheids- en leercultuur is in de betrokken organisaties, opdat men durft en kan leren. Tenslotte dienen de calamiteitenrapportages beschouwd te worden als startpunt van leren, doordat lessen nog vertaald moeten worden naar de eigen zorgpraktijk.

Urgentie voelen

Ten eerste dient er werk verzet te worden om de doelgroep te bereiken en daar voldoende besef te creëren om aan de slag te gaan. Het idee is dat instellingen of bedrijven kunnen leren van calamiteiten die 'elders' hebben plaatsgevonden, maar organisaties of professionals voelen zich niet altijd aangesproken of ervaren geen noodzaak om daarmee aan de slag te gaan. In de jeugdzorg zijn inspectierapporten wel openbaar, maar andere partijen voelen zich er niet altijd door aangesproken. In deze rapporten staan vaak dezelfde verbeterpunten (rond samenwerking). Instellingen zijn vaak opgelucht dat zoiets niet bij hen gebeurt en hebben teveel andere zaken te doen, dus gaan niet zo gauw reflecteren op de zaken van anderen (Grit et al., 2018).

Om organisaties of professionals zich aangesproken te laten voelen om te leren van calamiteiten die elders plaatsvinden, is werk nodig. Het publiceren van lessen door een toezichthouder garandeert nog niet dat ondertoezichtstaanden daarmee aan de slag gaan. Een praktisch voorbeeld hiervan is de aanname van kwaliteitsmedewerkers van verschillende jeugdhulporganisaties dat de inhoud van integrale overzichtsrapporten te algemeen van aard of al reeds bekend is. Deze medewerkers voelen hierdoor geen urgentie om te leren van calamiteiten die elders plaatsvinden. Het besef dat deze rapporten vertaald dienen te worden naar de praktijk, lijkt echter niet te zijn ingedaald. Organisaties en professionals dienen dus geïnformeerd en gemotiveerd te worden over het belang dat deze lessen kunnen hebben indien deze worden vertaald (Van den Hout, 2018).

Diverse factoren kunnen het gevoel van urgentie ofwel bevorderen of belemmeren. Een voorbeeld van een bevorderende factor is de publicatie van en het daaropvolgende besef van best practices. Betrokken jeugdhulpinstanties en professionals worden op deze manier bewust van het belang dat ook zij urgentie voelen om aan de slag te gaan met de lessen vanuit de sector. Daarbij spelen trotse gevoelens en het functioneren van concurrerende instanties een rol (Grit et al., 2018). Een belemmerende factor daarentegen kan abstract en formeel taalgebruik zijn in de publicatie rondom de lessen. Dit taalgebruik maakt dat er een afstand ontstaat ontstaan tussen de professional en de urgentie van de situatie waarvan geleerd dient te worden. Bij het opwekken van urgentie is ook de maatvoering of dosering van belang. Indien de aanbevelingen te weinigzeggend of te weinig prikkelend zijn, leidt dat niet tot actie, maar als de boodschap te heftig wordt, kan er stress ontstaan waardoor het leren blokkeert (Grit et al., 2018).

Durven leren

Indien professionals of organisaties de urgentie voelen om te leren van anderen, is een volgende stap het durven leren. Om sectorbreed te durven leren van calamiteiten, is een open veiligheidscultuur zowel binnen de organisatie als in de sector een bevorderende factor. Een veilige, open cultuur is ook nodig om een pijnlijk voorval, dat elders heeft plaatsgevonden, te gebruiken als een kritische spiegel om mogelijk zwakheden in het eigen werk of de eigen organisatie bloot te leggen. Diverse aspecten binnen een dergelijke cultuur kunnen ervoor zorgen dat professionals bereid zijn om te leren van anderen, maar ook om hun ingrijpende ervaringen te delen met anderen. Het durven leren gaat over de ervaren veiligheid in de cultuur van de organisatie, en daarnaast ook de sector, om te praten, te reflecteren en te leren van fouten (Brugman, 2018). Een veilige cultuur is dus een bevorderende factor waardoor professionals mogelijk sneller bereid zijn om over hun fouten te spreken en gezamenlijk te leren.

Een belemmerende factor, wat betreft de cultuur omtrent het leren van calamiteiten, is de aanwezigheid van kenmerken van een zogenaamde 'shame or blame'-cultuur. In een dergelijke cultuur durven professionals geen risico's te nemen en daarbij wordt de verantwoordelijkheid voor fouten niet erkend. Professionals kunnen zich kwetsbaar voelen als zij openheid geven en verantwoording moeten afleggen en kunnen zich schuldig voelen (Wu, 2000; Waring, 2005; Preston-Shoot, 2018. Dit heeft tot gevolg dat er dan geen ruimte is voor nieuwe ideeën of initiatieven (Khatri et al., 2009). Daarnaast wordt negatieve informatie niet gedeeld, waardoor zowel het melden als het leren van calamiteiten onvoldoende aandacht krijgt (Waring, 2005; Pfeiffer et al., 2010). Calamiteiten bij anderen worden dan niet benut om eigen zwakheden op te sporen of om te zien of de lessen ook relevant kunnen zijn voor de eigen organisatie.

Kunnen leren

Naast het voelen van urgentie en het durven leren, dienen organisaties en professionals ook te kunnen leren van anderen (Brugman, 2018). Het kunnen leren gaat voornamelijk over het hebben van ruimte om te leren van incidenten, zoals de aanwezigheid van een meld- of veiligheidsinformatiesysteem, het hebben van (ruimte voor) institutionele gewoontes en de mogelijkheid tot het aanpassen daarvan wanneer dat nodig is (Parker et al., 2005).

Systemen, patronen of institutionele gewoontes van leren zijn behulpzaam voor het kunnen leren, omdat voor het leren van calamiteiten tijd en energie vrij gemaakt dienen te worden. Die voorwaarden zijn niet altijd aanwezig. Specialistische aanbieders van jeugdhulp geven bijvoorbeeld aan dat er onvoldoende middelen zijn om de kwaliteit te borgen en professionals in de jeugdhulp melden dat zij een hogere werkdruk ervaren dan andere zorgprofessionals (Friele et al., 2018). Uit Brits onderzoek naar de jeugdhulpverlening komt een vergelijkbaar beeld naar voren waardoor er weinig ruimte is om te leren van incidenten en calamiteiten: professionals ervaren onvoldoende tijd om rustig te reflecteren op lastige kwesties in hun werk en hebben geen 'denktijd' om effectief aan een casus te werken om daarvan te leren (Preston-Shoot, 2018). Lessen naar aanleiding van incidenten of calamiteiten in de jeugdhulp worden nog niet structureel gedeeld tussen teams van professionals of met andere organisaties, vanwege de hoge werkdruk en het ontbreken van gewoontes (Brugman, 2018). In de (door Brugman) onderzochte jeugdhulporganisatie lijkt de bereidheid (en durf) om te leren van of samen met anderen wel aanwezig te zijn, maar in de praktijk komt dat niet of weinig voor. Jeugdhulpaanbieders zouden nog meer kunnen investeren in het aanbrengen van structuur en gewoontes om te kunnen leren van incidenten en calamiteiten (Brugman, 2018).

Mogelijke investeringen in het kunnen leren van anderen kunnen onderscheiden worden in aspecten van formeel en informeel leren. Het leren van gebeurtenissen gebeurt juist vaak buiten een formele

setting (Waring en Bishop, 2010). Dit zijn vooral plekken waar professionals elkaar ontmoeten en ongedwongen dingen kunnen delen, zoals in de wandelgangen, ontmoetingsruimtes en opslagruimtes. Het meer openlijk melden en bespreken heeft een breder effect dan het informele leren. Het zichtbaar melden en bespreken draagt niet alleen bij aan het leren van een specifieke casus, maar het heeft mogelijk ook een 'culturele' invloed doordat het professionals bewust maakt van de kwetsbaarheid van hun eigen praktijk. Voor het kunnen leren is het – naast het informeel bespreken van fouten – nodig om incidenten meer formeel en openlijk te bespreken (Lukic et al., 2012; Grit et al., 2018).

Een meer formele, structurele inbedding van leren na calamiteiten gaat verder dan louter de aanwezigheid van een meldsysteem. Uit literatuurstudies en een evaluatie van de impact van het rapport 'To Err is Human' (Kohn et al., 1999) komt naar voren dat meldsystemen echter nog een beperkt effect hebben, doordat de hele feedbackloop niet wordt gemaakt en de opgedane lessen nog onvoldoende worden vertaald in continue actieplannen en cultuuraanpassingen (Mitchell et al. 2016; Stavropoulos et al., 2015). Meldsystemen lijken wel te leiden tot single-loop leren (het doorvoeren van operationele verbeteringen) en minder snel tot double-loop leren (zoals aanpassingen in de onderliggende normen, beleidskeuzen en doelen van de organisatie). Diverse studies vonden wel enige evidentie voor single-loop leren, zoals correcties van fouten in procedures en verbeteringen in technieken. Het kunnen leren is dan gericht op snel doorvoerbare verbeteringen.

Veel minder evidentie werd gevonden voor mogelijke effecten van meldsystemen op double-loop of 2de orde organisationeel leren of op het ontstaan van een veiligheidscultuur. Om deze manier van leren mogelijk te maken , dienen zorgorganisaties over een geschikte veiligheidscultuur te beschikken en dienen ze onderdeel te zijn van een breder kwaliteitsprogramma, waarbij een gevoel van eigenaarschap nodig is dat verder gaat dan het voldoen aan de vereisten van het toezicht of het meldsysteem (Mitchell et al., 2016; Stavropoulos et al,. 2015).

Lessen vertalen (innoveren, implementeren, lokaliseren)

Een vierde niveau waar werk verzet dient te worden, begint zodra het onderzoek naar de lessen is afgerond. Het doen en het afronden van onderzoek kan worden verward met leren. Daarbij kan het afgeronde onderzoek naar een calamiteit mogelijk worden beschouwd als eindpunt in plaats van als het startpunt voor leren (Ramanujam en Goodman, 2011; Grit et al., 2018). In het onderzoek van Ramanujam en Goodman zagen veel mensen de conclusies en aanbevelingen als hetgeen ze geleerd hadden, maar voorzagen die conclusies en aanbevelingen lang niet altijd in het formuleren van een nieuwe manier van handelen die men gericht kon inzetten. Het doen van het onderzoek werd als equivalent en het onderzoeksrapport als bewijs van leren beschouwd.

Om te leren van calamiteiten die elders hebben plaatsgevonden, dienen de 'lessen' vertaald te worden naar de cultuur/werkwijze van de eigen organisatie of naar de praktijk van de professional. In zijn algemeenheid, blijkt het overbrengen van kennis in de praktijk moeilijk te verwezenlijken (Argote et al., 2000). Vertalen is des te lastiger wanneer de lessen betrekking hebben op een aanpassing in de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners. In de jeugdhulpverlening is het mogelijk dat het overbrengen van kennis en het vertalen naar de werkpraktijken ook moeizamer verloopt, omdat calamiteiten vaak geen eenduidige causale relatie kennen. Kennis waarvan de causale relatie lastig vast te stellen is, is namelijk moeilijk om over te brengen (Szulanski, 1996). Daarnaast impliceert de decentralisatie dat er veel variatie kan ontstaan in de lokale organisatie van de jeugdhulp. Een verbetermaatregel die elders is ingevoerd, hoeft niet automatisch (zonder bewerking) binnen de eigen organisatie toepasbaar en werkzaam te zijn.

Het lokaliseren van lessen opgedaan door calamiteiten die elders hebben plaatsgevonden, kan worden bevorderd door diverse factoren. Zo dienen alle relevante actoren betrokken te zijn in het leerproces.

Hoewel het doen van onderzoek naar een calamiteit niet gelijk staat aan het ervan leren, is het wel zo dat het ontstaan van een gedeeld begrip over welke acties er nodig zijn om toekomstige calamiteiten van eenzelfde soort te voorkomen een proces is dat zich in sterke mate voltrekt binnen het team dat het onderzoek doet. Leren is een groepsproces dat investeringen van alle potentiële groepsleden vraagt, inclusief mensen die later toetreden tot de groep. De mensen die normaliter onderzoek doen naar een calamiteit zijn echter niet dezelfde mensen die de nieuwe kennis in de praktijk moeten brengen. Dat geldt des te meer voor sectorbreed leren (Grit et al., 2018).

Onvoldoende implementatie is tenslotte een mogelijke reden waarom het leren van calamiteiten moeizaam verloopt. Na het lokaliseren of vertalen van de lessen, dient er dus ook voldoende tijd en capaciteit uitgetrokken te worden voor de implementatie van de lessen. De toenemende eisen van toezichthouders ten aanzien van de kwaliteit van het onderzoek hebben geleid tot het ontwerp van adequatere verbetermaatregelen, maar minder duidelijk is of deze goed worden geïmplementeerd en of dit bijdraagt aan veiliger zorg (Grit et al. 2018). Volgens sommige internationale onderzoekers moet daarom een follow-up van resultaten standaard onderdeel worden van het proces (Wu et al., 2008).

Samenvattend: voor al het werk dat verzet moet worden om sectorbreed leren van calamiteiten te realiseren, is er een infrastructuur van kwaliteitsverbetering nodig om de boodschappen te laten oppakken, landen en verwerken.

Uit onderzoek van Weenink et al. (2019) blijkt ook dat openbaarmaking (van IGJ toetsingskaders) pas goede doorwerking krijgt als er in het veld een institutionele infrastructuur bestaat waarin het geopenbaarde (in dit geval het toetsingskader) wordt gebruikt en verwerkt. In Engeland (SCIE, 2016) bleek bovendien dat voor het effectief verder verspreiden van calamiteitenrapportages – of leerelementen daaruit – binnen de jeugdhulp, er eerst een infrastructuur nodig is waarin de bevindingen van de toezichthouder ontvangen en opgepakt kunnen worden. Daarom werd een alliantie van landelijke organen uit diverse sociale domeinen georganiseerd zodat er een platform ontstond dat actief kennis kan nemen van de bevindingen van de toezichthouder (SCIE, 2016). Volgens de SCIE onderzoekers zou er in andere sectoren, zoals luchtvaart en engineering, al veel meer een infrastructuur bestaan waarin het leren van fouten een routineonderdeel is van de veiligheidsactiviteiten van organisaties. Publicatie of openbaarmaking *an sich* heeft dus weinig effect zolang er geen infrastructuur aanwezig is waarin de bevindingen of inzichten van de IGJ/TSD verder werkt kunnen worden, zoals urgentie voelen, durven leren, kunnen leren en lessen vertalen.

Voorgaande laat zien dat bij de aanname dat jeugdhulpprofessionals en -instellingen in staat zijn om te leren van calamiteitenrapportages nog veel uitdagingen kent. Die uitdagingen hebben deels te maken met de dynamiek in de sector, waardoor het verspreiden van informatie en het oppakken van informatie door jeugdhulpprofessionals lastig lijkt te zijn geworden. En ze hebben te maken met het feit dat leren niet vanzelf gaat, maar dat voor effectief leren veel werk moet worden verzet. De vraag is of al dat werk ook wordt verzet.

2.3 De IGJ en de samenwerkende toezichthouders kunnen in het proces van sectorbreed leren in de jeugdhulpverlening een rol spelen

2.3.1 De beleidsaanname

De inspecties (IGJ/TSD) geven op diverse manieren invulling aan hun doelen en hebben de ambitie om het leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening te stimuleren of faciliteren. Achter deze ambitie zit

de aanname dat de IGJ en de samenwerkende toezichthouders (TSD) een rol kunnen spelen in het proces van sectorbreed leren. Hieronder worden de doelen en manieren van toezicht nader toegelicht.

Met het calamiteitentoezicht beoogt de inspectie (IGJ) bij te dragen aan twee kerndoelen van toezicht:

1) het borgen en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg, en
2) het bijdragen aan het vertrouwen dat burgers hebben in de kwaliteit van de zorg.

Samen met betrokkenen, verantwoordelijke gemeenten en toezichthouders in het sociale domein (TSD) wordt op de volgende manieren inhoud gegeven aan het calamiteitentoezicht in de jeugdzorg:

- onderzoek naar calamiteiten (na verplichte meldingen van calamiteiten en geweld door jeugdhulpaanbieders, aanbieders van jeugdbescherming, jeugdreclassering en Veilig Thuis);
- openbaarmaking van informatie over calamiteiten middels openbare rapportages over afzonderlijke calamiteiten (casuïstiek) en de publicatie van integrale calamiteitenrapportages met geleerde lessen of 'rode draden' over de onderliggende oorzaken van calamiteiten (zie hierna);
- het verspreiden van kennis via diverse middelen, media en activiteiten (zoals factsheets, jaarrapportages, websites, congressen/ symposia, presentaties, reflectiebijeenkomsten en dialoog met bestuurders/professionals).

Als er meerdere domeinen en gemeenten/organisaties betrokken zijn, dan wordt het opgepakt door de samenwerkende rijksinspecties (TSD). Omdat TSD geen handhavende taken heeft, pakken ze een stimulerende en reflexieve rol om leren van calamiteiten in de sector te bevorderen:

> *Omdat we niks kunnen handhaven, zijn we als samenwerkingsverband heel erg op dat leren gaan zitten. (…) Omdat we niet die handhavingsmaatregelen hebben, zitten wij dus heel erg op het stimulerende toezicht. En dat is ook een heel belangrijk onderdeel van de visie.* (INT TSD, Nivel)

Overigens is het voor toezichthouders wel lastig om naast of samen met gemeenten invulling te geven aan het toezicht op calamiteiten in de jeugdhulpverlening, omdat niet altijd duidelijk is wie nu precies de partijen of adressanten zijn die met informatie over calamiteiten moeten worden bereikt:

> *Welke groep spreek je nu aan? Ga je nu echt kijken naar die professionals? Of moeten die gemeenten daar wat mee?* (INT TSD, Nivel)

Integrale calamiteitenrapportages

Eén manier van de inspecties (IGJ/TSD) om het leren van calamiteiten te stimuleren, is door kennis over eerdere calamiteiten te analyseren en te bundelen in integrale calamiteitenrapportages. Inspecties zien in afzonderlijke calamiteitenrapportages immers vaker dezelfde knelpunten en calamiteiten optreden, signaleren dat er weinig aandacht is voor de veiligheid van het kind en dat er teveel risico's zijn die deze veiligheid in gevaar brengen (STJ, 2013; STJ/TSD, 2016; Jaarbeeld 2015 en 2016). Deze observaties waren voor de inspecties aanleiding om te onderzoeken of zij effectiever kunnen zijn door openbaarmaking van integrale calamiteitenrapportages, en door de verspreiding van algemene lessen of 'rode draden' onder alle betrokkenen (gemeenten, organisaties en professionals) via diverse congressen of symposia, (leer)bijeenkomsten en gesprekken/dialoog. Naast het openbaar maken van afzonderlijke calamiteitenrapportages (casuïstiek) zijn daarom twee overzichtsrapportages van calamiteiten gepubliceerd (zie 1.2.1 voor een uitvoerige omschrijving van deze rapporten).

Het eerste rapport (Leren van calamiteiten; STJ, 2013) bevat een summiere omschrijving van casussen en enkele concrete voorbeelden (in tekstvakken) om de verbeterpunten te illustreren, en in het rapport doen de inspecties een groot moreel beroep op alle betrokken partijen. De gemeenten, organisaties en professionals worden vrij direct toegesproken door de inspecties, op een toon die over

het algemeen vrij dwingend of zelfs gebiedend is (met veel 'moeten' en 'dienen') en waarbij alle partijen expliciet op hun taken of verantwoordelijkheden en handelingsplicht worden gewezen.

Het tweede rapport (Leren van calamiteiten-2; STJ/TSD, 2016) doet wederom een moreel beroep op alle betrokkenen (gemeenten, organisaties, professionals), maar de communicatiestijl is iets minder dwingend/gebiedend of verplichtend dan de vorige calamiteitenrapportage uit 2013 (minder 'moeten' en 'dienen'). Er zijn ook meer specifieke resultaten ('rode draden') en aanbevelingen, en de focus ligt meer op samenwerking en dialoog tussen gemeenten/bestuurders en professionals. Bij deze tweede integrale rapportage is de intentie van de samenwerkende inspecties nog meer gericht op het faciliteren van bestuurders en professionals, door hen aan te moedigen om met elkaar in gesprek te gaan over calamiteiten, geleerde lessen, en de gezamenlijke inrichting en uitvoering van effectieve zorg voor kwetsbare burgers.

Bovenstaande laat zien dat er door de toezichthouders veel is en wordt gedaan om inhoud te geven aan het toezicht op calamiteiten en het leren hiervan in de jeugdhulpverlening. De ambitie en aanname hierbij is dat de inspectie het sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening kan stimuleren. De inhoud en toon van de twee integrale calamiteitenrapportages getuigen er ook van dat inspecties een steeds grotere stimulerende en faciliterende rol willen spelen in het bevorderen van sectorbreed leren.

2.3.2 De literatuur

Verschillende rollen en werkwijzen van de inspectie

De verschillende modellen van leren kunnen leiden tot verschillende rollen en werkwijzen van de inspectie (Grit et al., 2018). Bij professioneel leren dient de inspectie vooral een open professionele cultuur te bevorderen, professionals te stimuleren tot meer zelfreflectie en het gezamenlijk leren van calamiteiten, en zich vooral te richten op professionals die niet bereid en/of in staat zijn tot leren. Bij organisationeel leren richt de inspectie zich op de veiligheidscultuur van de organisatie en spreekt organisaties aan waar het kwaliteitssysteem niet op orde is of waar onvoldoende wordt geleerd van calamiteiten. Bij sectorbreed leren richt de inspectie zich meer op de sector (in algemene zin op alle aanbieders) en zijn de nationale bestuurlijke organen ook een belangrijke adressant van de inspectie. De diverse theorieën van leren impliceren ieder dus een andere rol voor de toezichthouder. De inspectie kan ook meerdere rollen vervullen bij het stimuleren en versterken van leerprocessen na calamiteiten, die idealiter elkaar versterken, maar elkaar ook kunnen tegenwerken.

De toezichthouder kan zelf een belangrijke rol vervullen in het stimuleren van sectorbreed leren, zoals door het geaggregeerd analyseren van de calamiteitenrapportages die ze ontvangt. De inspectie kan een agenderende functie vervullen door trends zichtbaar te maken, patronen te laten zien of structurele problemen bloot te leggen. De sector wordt dan, via bijvoorbeeld koepelorganisaties of beroepsverenigingen of via het organiseren van bijeenkomsten, aangespoord om deze problemen op te pakken en daarin gezamenlijk te leren. Inspecties kunnen ook een stap verder gaan en zelf al oplossingen of verbetermaatregelen aandragen, die rechtstreeks zijn voortgekomen uit de calamiteitenrapportages of die de inspectie zelf heeft gegenereerd via bijvoorbeeld thematisch toezicht. In dat laatste geval zet de inspectie een bepaald probleem op de agenda dat nader onderzocht wordt via inspecties, waarbij de inspectie ook sturend is in de normstelling (Legemaate et al., 2013). Ook het stellen van de eis door de inspectie dat de lessen van calamiteitenonderzoek openbaar worden gemaakt zou kunnen bijdragen aan sectorbreed leren. Er zijn dus verschillende rollen van de toezichthouder mogelijk om tot sectorbreed leren te komen (Grit et al., 2018).

Onzekere adressant

Recente ontwikkelingen binnen de jeugdhulpverlening maken dat het toezicht van de inspecties nieuwe adressanten kent. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd richt zich traditioneel op individuele zorgaanbieders en hun organisaties, maar het Toezicht Sociaal Domein richt zich meer specifiek op gemeenten en hun samenwerking met de organisaties die binnen een gemeente zorg en ondersteuning bieden. Sinds 2015 zijn gemeenten eindverantwoordelijk voor de jeugdhulpverlening, wat impliceert dat gemeenten voortaan zelf ook een toezichthoudende rol te vervullen hebben. Het toezicht zou zich daarom mede kunnen richten op gemeenten, omdat zij een regulerende en toezichthoudende rol vervullen binnen de lokale jeugdhulpverlening. Binnen het programma Sociaal Domein van het ministerie van BZK wordt daarom samen met onder andere TSD en VNG gekeken hoe het toezicht binnen het Sociaal Domein (waaronder jeugdhulp) het beste vorm kan worden gegeven.
Een andere maatschappelijke ontwikkeling is de minder grote prominente rol of zelfs het ontbinden van grote zorgaanbieders. Huidige (sociale) wijkteams vormen, binnen de gemeentelijke organisatie, langzamerhand het centrale toegangspunt voor de jeugdhulpverlening. Deze lokale teams kunnen samenwerken met allerlei lokale instanties en kunnen ook zijn samengesteld uit professionals met verschillende achtergronden (Friele et al., 2018). Dit betekent dat jeugdhulp meer decentraal en niet vanuit één professioneel kader wordt aangestuurd. De decentralisatie heeft ook geleid tot een grote diversiteit in de omvang van instellingen. Vanuit dit gegeven is een belangrijke vraag voor de inspectie: wie is nu het aanspreekpunt voor inspecties? Het is onzeker of het effectief is om primair (het bestuur van) de zorgaanbieder aan te (blijven) spreken met haar toezicht. Dit betekent dat de adressant onduidelijk is en dat de toezichthouder op zoek moet gaan naar andere, minder voor de hand liggende adressanten, zoals lokale teams en de professionals zelf (Grit et al., 2016).

De toezichthouder is onderdeel van het veld

De meervoudigheid van het toezicht komt ook tot uiting in de diversiteit en dynamiek aan actoren waarop de toezichthouder zich richt of die meegenomen moeten worden in de ontwikkeling van het toezicht (Grit et al., 2018). We noemden al dat recente ontwikkelingen, zoals de decentralisatie, de toenemende samenwerking en meer ruimte voor de professional, de adressant van inspecties onduidelijk maken. Een netwerk van hulpverlening is minder goed aanspreekbaar, dan individuele organisaties of professionals (Bomhoff et al., 2016). Dit heeft ook deels te maken met het feit dat er verschillende overheden en domeinen, en daarmee meerdere toezichthouders betrokken zijn. Afstemming tussen toezichthouders is dan wenselijk om te voorkomen dat er hiaten in het toezicht ontstaan, maar ook om tegenstrijdige boodschappen of verschillende eisen van verantwoording vanuit verschillende toezichthouders te vermijden. Dit is des te wenselijker omdat aanbieders en professionals in de jeugdhulp sinds de decentralisatie een toenemende regeldruk en groei van administratieve lasten ervaren, doordat zij te maken hebben met meerdere gemeenten en daarmee een veelheid aan toezichthouders en toetsingskaders (Friele et al., 2018).

De plek die de gezamenlijke inspecties (TSD) in deze sector moeten innemen is een andere dan waar wellicht in eerste instantie aan gedacht wordt (de rol van de handhavende inspectie, die toeziet of het veld handelt conform de standaarden). Dit komt allereerst door het feit dat TSD zelf niet over formele handhavingsinstrumenten beschikt, wat haar positie anders maakt dan andere toezichthoudende organen. De uitvoering van haar taken, het kunnen anticiperen op ontwikkelingen vanuit het veld, vraagt om een nieuwe benadering.

Om in te spelen op de veranderingen in de jeugdhulp is grote flexibiliteit van de toezichthouder nodig en moet ze meer samenwerken met tal van andere partijen binnen het netwerk van jeugdhulp. Dit impliceert dat de toezichthouder onderdeel is en dient te zijn van de ontwikkelingen die zich voordoen in het veld, zodat zij sneller en direct daarop kan anticiperen. Een alternatieve, flexibele werkwijze vereist van inspecties niet alleen dat zij gericht zijn op het toezicht houden op de netwerken, maar dat

inspecties evenzeer netwerkend willen leren als onderdeel van het veld. Inspecties dienen, om bij te blijven met ontwikkelingen in de sector, ook zelf te leren om zo te anticiperen op ontwikkelingen vanuit het veld.
Voor deze andere werkwijze dient er wel voldoende politiek en maatschappelijk draagvlak te bestaan. Draagvlak is ook nodig bij de ondertoezichtstaanden en de betrokken gemeenten. In de praktijk betekent dit idealiter dat de toezichthouder middels een dialoog met het veld haar toezicht ontwikkelt. Op deze manier hoopt ze toezicht te ontwikkelen dat nauw aansluit bij de behoeften en ontwikkelingen in de praktijk. Daarbij kunnen de inspecties mogelijk gebruik maken van andere actoren in de sector, zoals gemeenten of beroepsgroepen. Deze actoren verkeren mogelijk in een gunstiger positie dan de toezichthouder om organisaties of professionals te motiveren en te inspireren om (sectorbreed) te leren (Grit et al. 2016). Als alternatief voor de centrale aansturing van sectorbreed leren van calamiteiten worden de brancheorganisatie Jeugdzorg Nederland en het Nederlands Jeugdinstituut genoemd (Van der Hout 2018).

Tegelijkertijd blijkt er ook nog steeds onder een deel van de jeugdhulpverleners angst te bestaan richting de IGJ, wat twijfel oproept over of de IGJ wel een geschikte speler is om zich bezig te houden met het leren van calamiteiten (Van der Hout 2018). Een slechte relatie tussen de gever en de ontvanger van kennis kan belemmerend zijn voor het leren (Szulanski, 1996).

Samenvattend, komt uit de literatuur naar voren dat toezichthouders wel een toegevoegde of stimulerende rol kunnen vervullen bij het sectorbreed leren van calamiteiten. Tegelijk zijn er vraagtekens te zetten bij de huidige strategie van de IGJ en TSD om dat leren vooral vanuit een centraal punt en van bovenaf te sturen en stimuleren, vooral als dat het (beangstigende) beeld onder professionals oproept van een strenge en oordelende toezichthouder. Onderzoek naar toezicht op opkomende netwerken en andere dynamische ontwikkelingen laat zien dat een toezichthouder zich beter als onderdeel van het veld kan positioneren. Gezien de dynamiek, de complexiteit en de diversiteit van het ‘jeugdhulplandschap’ zou een minder hiërarchische rol dan passend zijn. De IGJ en TSD willen weliswaar in toenemende mate een stimulerende rol vervullen in het sectorbreed leren van calamiteiten, maar het is de vraag of het veld de inspectie wel als partner-in-leren ziet.

3 Leren van calamiteiten in de praktijk

Hoofdboodschappen:

- De integrale calamiteitenrapporten van de inspectie zijn, na 3-6 jaar, grotendeels onbekend bij professionals en er is weinig mee gedaan in de praktijk. In die zin zijn de rapporten nauwelijks 'geland' op de werkvloer en komen de eerste twee beleidsaannames niet of nauwelijks overeen met de werkelijkheid, terwijl er tegelijkertijd weldegelijk een behoefte aan integrale kennis is.
- Op beperkte schaal leiden de integrale en afzonderlijke rapporten vooral tot twee vormen van werk: *urgentie* voelen (aandachtspunten agenderen en elkaar beter willen leren kennen) en het *vertalen* van algemene lessen naar de eigen praktijk.
- De beperkte impact heeft deels te maken met de inhoud van de rapporten, bijvoorbeeld omdat de boodschap te algemeen of te weinig aansprekend is, maar vooral ook met hoe organisaties en professionals met informatie over calamiteiten omgaan en hoe ze ervan kunnen leren, en met beeldvorming van de afzender. Bovendien hebben de rapporten in de beleving van respondenten aan actualiteit ingeboet, mede door de vele veranderingen in de sector, en heeft de sector te maken met structurele problemen die belemmerend zijn voor het leren van calamiteiten.
- Reacties van respondenten wijzen uit dat er voor leren echt werk moet worden verzet en dat er nog veel belemmeringen zijn die het sectorbreed leren in de weg staan, zoals *gebrek aan ruimte en tijd* voor reflectie (vanwege werkdruk, andere prioriteiten en drukte door eigen calamiteitenonderzoek). De integrale calamiteitenrapportages worden pas opgemerkt of kennen een bredere reikwijdte als ze actief onder de aandacht worden gebracht en de informatie kan gaan landen als deze ingepast wordt in een bestaand verbetertraject of praktijk van leren.
- Toch zijn er veel initiatieven en pogingen om van calamiteiten te leren en wordt er ook daadwerkelijk geleerd. Er wordt vooral veel geleerd van complexe casuïstiek en er zijn diverse initiatieven om de veiligheid te verbeteren. Dit leren gebeurt vooral binnen organisaties en steeds meer samen met ketenpartners en in regionale of landelijke netwerken, al dan niet samen met derde partijen (intermediairs). Opvallend is dat daarbij vaak geen verbindingen worden gemaakt met de rapporten over calamiteiten van de IGJ/TSD.

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van een praktijkonderzoek aan de hand van focusgroepen en interviews over sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening. Daarin stond de vraag centraal in hoeverre de rapporten 'Leren van calamiteiten' (STJ, 2013; STJ/TSD, 2016) en de IGJ-rapporten over afzonderlijke calamiteiten (waarin één casus wordt onderzocht) hieraan hebben bijgedragen. De resultaten zijn gebaseerd op de inbreng van in totaal 58 deelnemers uit het hele land: 26 professionals (jeugdhulpverleners, jeugdbeschermers, managers en kwaliteitsfunctionarissen) die deelnamen aan drie groepsgesprekken, en 32 sleutelfiguren bij gemeenten en diverse partijen of intermediairs die deelnamen aan individuele interviews (zie Bijlage A). Bij laatstgenoemde interviews is vooral gezocht naar plaatsen/activiteiten waar verwacht werd dat daar kennis is genomen van de rapportages.

In dit hoofdstuk staat de derde vraagstelling van dit onderzoek (met bijbehorende subvragen) centraal:

3. Hoe sluit de beleidstheorie (beleidsaannames) van IGJ/TSD aan bij de praktijk?

Om jeugdhulpprofessionals en –instellingen in staat te stellen te leren van de rapportages zijn een aantal voorwaarden essentieel, zoals bekendheid en tijd en ruimte. We gaan na in hoeverre aan deze voorwaarden is voldaan (zie 3.1).

Leren van calamiteiten veronderstelt, zoals eerder gesteld, dat de informatie relevant is voor de betrokken professional. We gaan na in hoeverre aan deze voorwaarde is voldaan (zie 3.2).

In 3.1 en 3.2 zullen we constateren dat het algemene beeld is dat de betrokken professionals maar in beperkte mate bekend zijn met de rapportages, dat er niet veel tijd en ruimte is om van de rapportage te leren en dat ook kritische kanttekening worden geplaatst bij de relevantie van de informatie voor het eigen werk. Toch zijn we ook voorbeelden tegenkomen waarin wel is gewerkt met de informatie uit de rapportages; dat noemen we de 'sporen van sectorbreed leren' (zie 3.3).

Tenslotte is in de gesprekken veel gesproken over het leren van eigen calamiteiten. Die gesprekken geven inzicht in het werk dat in een organisatie moet worden verzet om de resultaten van calamiteitenrapportages om te zetten in leren (zie 3.4).

3.1 Voorwaarden in de organisaties om te kunnen leren

Om te kunnen leren zijn verschillende voorwaarden van belang, zoals het hebben van tijd en ruimte om te leren en dat de rapportages terechtkomen bij de professionals die zouden moeten leren.

In het onderzoek is door ons veel tijd en energie gestoken om professionals te vinden die bekend zijn met de integrale calamiteitenrapportages. Dit bleek lastig. De rapportages bleken maar in zeer beperkte mate bekend te zijn onder professionals. Uiteindelijk zijn twee focusgroep gesprekken gevoerd met professionals, waarvan het merendeel vrijwel dagelijks betrokken was bij het doen van onderzoek naar calamiteiten in de eigen organisaties. Dit waren dus niet de professionals die primair betrokken zijn bij de hulpverlening maar mensen die zich dagelijks bezighielden met het thema calamiteiten. Daarnaast is een focusgroepgesprek gevoerd in een bijeenkomst van kwaliteitsfunctionarissen.

3.1.1 Bekendheid met de rapportages

Zelfs onder de professionals die zich vrijwel dagelijks bezighouden met het thema calamiteiten bleek een minderheid in de focusgroepen (8-10 van de 26 deelnemers) ooit van de integrale calamiteitenrapporten te hebben gehoord, en slechts een enkeling heeft ze gelezen en vrijwel niemand kon de inhoud ervan reproduceren. Veelgenoemde redenen in de focusgroepen voor de onbekendheid van de rapporten (zie ook Tabel 1 in Bijlage B) zijn:

- gebrekkige kennisverspreiding (informatie niet aangekomen of moeilijk vindbaar);
- werkdruk en andere prioriteiten (door een hoge werkdruk ligt de prioriteit elders);
- gebrek aan actualiteit (na 3-6 jaar kan men de inhoud niet meer helder voor de geest halen); en
- veelheid aan informatie over calamiteiten (diverse rapportages en eigen onderzoeken).

De rapporten en de boodschappen blijken niet of nauwelijks terechtgekomen te zijn bij medewerkers op de werkvloer. Wel zijn professionals er zeker van dat iemand in de organisatie (een collega, manager of bestuurder) de rapporten kent of zou moeten kennen, omdat diegene informatie over calamiteiten verzamelt en de publicaties op de website van de inspectie in de gaten houdt. Ook worden de rapporten en rode draden wel op directieniveau besproken, bijvoorbeeld bij een jaarlijkse directiebeoordeling of bij het bespreken van jaar-/kwartaaloverzichten van eigen incidenten, meldingen en calamiteiten. Maar vervolgens wordt de informatie niet vanzelfsprekend doorgezet 'in de lijn', naar hulpverleners op de werkvloer, waardoor een leerproces niet op gang lijkt te komen.

Wij gaan ervan uit dat onze collega hier wel van op de hoogte is, maar dat is niet met ons gedeeld. (FG3)

Beleidsmensen zijn er wel mee bezig, en management mensen zijn er ook wel mee bezig, maar in hoeverre het ook voldoende bij hulpverleners terecht komt? Ik denk dat dat een uitdaging is. (FG2)

Het management bedenkt: 'oh, daar hebben we wat mee te doen, dat gaan we in een plan zetten'. Maar vervolgens, hoe dat dan heet en wat de medewerker dus anders moet gaan doen…? (FG2)

Verder lijken professionals nauwelijks bereikt te zijn met de symposia die destijds naar aanleiding van de rapporten zijn georganiseerd, omdat die vooral door beleidsmakers, bestuurders en managers zijn bezocht. Dit geeft de indruk dat vooral bestuurders en het management adressanten zijn van de rapporten, en niet zozeer de professionals.

…echt een hele mooie bijeenkomst, maar ja: hoe krijg je medewerkers daar hè? Die worden daar ook helemaal niet verwacht overigens. (FG1)

Ook in de interviews met sleutelfiguren in het land (N=5; zie Bijlage A) zijn weinig sporen terug te vinden van de integrale en afzonderlijke calamiteitenrapporten. Het merendeel van deze sleutelfiguren is niet bekend met de rapporten. Eén respondent kon wel vertellen over de manier waarop de boodschappen zijn verwerkt in de werkzaamheden van de organisatie. Deze respondent zegt daarover:

Ik vind het prachtige rapporten. Dat heb ik ook wel eens tegen [iemand] gezegd. Ik dacht van: ja, het zijn gewoon prachtige rapporten. Ik gebruik nog steeds plaatjes, soms, uit die rapporten […] Ik vind het heel inzichtelijk. Dus ik vind dat de rapporten heel veel hebben gedaan in het kader van de bewustwording. (INT NJi)

3.1.2 Tijd en ruimte

Een veelgenoemde reden voor het niet landen van de rapportages de werkdruk of een gebrek aan tijd, waardoor prioriteiten in de dagelijkse werkelijkheid elders liggen. Professionals zijn vaak al zoveel tijd kwijt met het onderzoeken van eigen meldingen en calamiteiten, dat er naast het eigenlijke werk maar weinig tijd overblijft voor het kennisnemen en leren van de rapportages over calamiteiten.

…dat er toch echt geen tijd en ruimte wordt gemaakt en gevoeld om daarbij stil te staan. Dat het meegenomen wordt in de waan van de dag, in plaats van dat er aandacht aan wordt besteed en te leren om te verbeteren. (FG2)

3.1.3 Gedeelde visies, samenwerking en evidence

Sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening komt maar moeilijk van de grond, onder andere vanwege het ontbreken van een gedeelde visie en een gebrek aan samenwerking tussen organisaties en disciplines. De sector bestaat uit verschillende soorten organisaties en uiteenlopende disciplines (zoals jeugdbescherming, GGZ en pleegzorgorganisaties) die nauwelijks algemene of gedeelde regels, kaders en normen hebben over wat goede zorg is. De disciplines verschillen qua cultuur, opvattingen en normen aangaande kwaliteit, en afwegingskaders omtrent calamiteiten:

Wat is goed en wat is niet goed? Dat kader is onduidelijk. (FG2)

Organisaties waar wij mee samenwerken werken vanuit een bepaalde visie die soms niet overeenkomt. (FG2)

Waar we tegenaan lopen, als het gaat om sectorbreed leren, dat is met name ook het stukje GGZ erbij. Omdat ze sowieso anders kijken naar: wanneer is er een calamiteit en hoe gaan we om met onderzoeken. En wat deel je wel en wat deel je niet. Wij merken een grotere terughoudendheid dan wat je binnen de jeugdhulp en opvoedpartners ziet. (FG2)

…omdat er zoveel verschillende visies waren. We konden die niet tot een verhaal samenbrengen (…). We kwamen niet tot dat punt, überhaupt, om tot een commitment te komen en dat mensen zich konden vinden in een verbetermaatregel. (FG2)

Ook zijn er maar weinig bewezen effectieve interventies voor deze sector, wat de implementatie van verbetermaatregelen niet eenvoudig maakt.

> *Ons werk is best ingewikkelde materie… Ik was 15 jaar geleden op een conferentie over evidence based werk in de jeugdhulpverlening; 550 methoden hebben we, waarvan er vijf evidence based zijn.* (FG2)

3.2 Relevantie en bruikbaarheid van informatie uit de rapporten

Professionals zien de integrale rapporten als een goed initiatief en zij beamen dat de strekking van de rapporten (geleerde lessen, rode draden) van groot belang is. Er is zeker behoefte aan informatie over trends, patronen, rode draden en geleerde lessen inzake calamiteiten (zie ook 4.1.1):

> *Heel fijn dat je van de inspectie breder terugkrijgt wat er wordt opgehaald. Want nu zijn we zelf al die onderzoeken aan het doen, we leren ervan, maar wat komen anderen tegen en zitten daar lijnen in?* (FG3)
>
> *Onze bestuurder(…) zou daar behoefte aan hebben, om wat meer ook over landelijke trends te zien, en hoe verhouden wij ons daartoe? En dat missen we eigenlijk op dit moment.* (FG3)
>
> *Juist nu is er zeker interesse in een analyse van wat er in het land gebeurt. Qua verandering maar ook integraal, wat je kan veranderen. Op het niveau van je organisatie stel je je verbeterplannen op, en het is juist heel goed om te zien wat de inspectie daar van terugziet, landelijk. Ik denk zeker dat er trends zijn. Dus dat zou wel heel welkom zijn ja.* (FG3)

Tegelijk blijkt de praktijk weerbarstiger en worden kritische kanttekeningen gezet bij de bruikbaarheid van de informatie in de integrale calamiteitenrapportages.

3.2.1 Gebrek aan urgentie en actualiteit

In de beleving van de respondenten sluiten de integrale calamiteitenrapporten te weinig aan bij de actualiteit. Daardoor ontbreekt urgentie om er iets mee te doen. Hoewel de inspectie veronderstelt dat de kernboodschappen van de rapporten nog steeds relevant zijn, gezien het feit dat de IGJ nog steeds meldingen met vergelijkbare problematiek voorbij ziet komen, verwachten de respondenten dat de boodschappen wat verouderd zijn. De deelnemers in de focusgroep benadrukken dat het alweer 3-6 jaar geleden is dat de rapporten verschenen en er tussentijds veel is veranderd in de sector, zodat de informatie mogelijk is verouderd, in de vergetelheid is geraakt of minder relevant is geworden.

> *…drie jaar geleden inmiddels, dus ik kan dat nu niet zo opnoemen.* (FG3)
>
> *In 2016 hadden wij nog amper calamiteitenonderzoeken en dat is nu enorm toegenomen.* (FG3)

3.2.2 Veelheid aan informatie

Ook geldt voor de professionals in de focusgroepen die actief betrokken zijn bij calamiteiten dat zij via de website van de inspectie zorgen op de hoogte te blijven. Ze vinden daar veel informatie, die vervolgens wel concurreert met de rapportages van de TSD.

> *Ik lees altijd alle rapporten van de inspectie, en ik ben het met je eens dat je even moet zoeken van: waar vind je ze dan?* (FG3)
>
> *Natuurlijk nemen we kennis van rapporten die verschijnen. (…) Niet zozeer die twee rapporten, maar meer in algemene zin probeer je dat een beetje in de gaten te houden.* (FG1)
>
> *Het sluit zo aan, in ieder geval op wat ik vaker zie in andere onderzoeken en calamiteiten, dat het gewoon een plekje krijgt in de brij.* (FG1)

3.2.3 Boodschap te algemeen

Een belangrijke reden waarom de rapporten niet of nauwelijks (meer) lijken te 'leven' is dat de inhoud ervan als *heel algemeen* wordt gezien en ze nauwelijks nieuwe inzichten bieden. Veel organisaties analyseren hun eigen meldingen en calamiteiten en de rode draden die ze hieruit afleiden – en ook delen met andere organisaties – komen grotendeels overeen met die in de rapportages. Hierdoor staat er maar weinig nieuwe informatie in de rapportages die professionals niet al uit eigen bronnen weten.

> *Vaak is het in lijn met dingen die we natuurlijk ook zelf uit onze onderzoeken hebben geconstateerd.* (FG3)

Deze herkenbaarheid is overigens wel nodig voor een vertaalslag naar de eigen praktijk, want de eerste vragen die professionals bij informatie over calamiteiten aan zichzelf stellen zijn: *Gaat het ook over ons?* (oftewel: kan het ook bij onze organisatie en doelgroep voorkomen?), en vervolgens: *Hoe hiervan te leren op de werkvloer?* Maar omdat beide vragen maar moeilijk te beantwoorden zijn aan de hand van de integrale calamiteitenrapporten, is een vertaalslag naar de eigen praktijk lastig.

> *Dat je kijkt van: is dat herkenbaar voor ons, hebben we dat ook weleens meegemaakt, wat zouden we ermee moeten?* (FG1)
>
> *Het is ook wel bij ons gelezen. Maar of we er echt van leren, dat is de vraag.* (FG2)

3.2.4 Gebrek aan context en duiding

Professionals hebben behoefte aan contextinformatie, duiding en inzicht in werkingsmechanismen om zelf aangrijpingspunten en verbetermaatregelen te formuleren. Met om te beginnen informatie over de soort organisaties, doelgroepen en omstandigheden waarin calamiteiten zich voordoen. Maar als deze contextinformatie, 'het verhaal' achter de calamiteiten en het waarom in de rapportages ontbreken, dan gaat dit ten koste van de herkenbaarheid of aansprekendheid en het leereffect. Want dan is een vertaling naar de eigen praktijk lastig en blijft het onduidelijk wat de werkvloer ermee kan.

> *In een rapport is het al moeilijk om tot een verhaal te komen, laat staan tot een bredere oplossing en een breder leereffect.* (FG2)

Het leren van calamiteiten 'uit de tweede hand' is volgens deelnemers aan de focusgroepen echt iets anders dan als de organisatie of hulpverleners zelf een calamiteit meemaken. Dit heeft te maken met dat de noodzaak of urgentie om te leren vooral groot is als het een calamiteit van de eigen organisatie betreft, of als het een collega of soortgelijke organisatie in de buurt overkomt. Bovendien zorgen de grote betrokkenheid en het 'doorleven' van wat er gebeurd is door de direct betrokkenen ervoor dat er automatisch ook veel geleerd wordt van een eigen calamiteit. Terwijl er voor andere organisaties eerst een vertaalslag nodig is en het moeilijker kan zijn om het geleerde en verbetermaatregelen elders te implementeren.

> *Maar het is toch wat anders dan dat je het [zelf] meegemaakt hebt.* (FG3)
>
> *Ja, de noodzaak om te leren is groter als je een calamiteit hebt meegemaakt.* (FG1)
>
> *…naar het niveau van: 'hé, heb je het allemaal wel eens zelf meegemaakt?'. En dus echt naar de professional op de werkvloer, want die moet in beweging komen.* (FG1)
>
> *…dat het nog wel een hele kunst is om ook anderen te laten leren van wat er uit rapporten komt of wat wij geleerd hebben.* (FG3)

In een focusgroep gesprek met vooral kwaliteitsfunctionarissen werd gesteld dat informatie uit deze rapporten wel gebruikt kan worden bij audits en het verbeteren van methodieken, zoals risicotaxaties en veiligheidsplannen. Op deze manier kan elk onderzoek naar een afzonderlijke calamiteit uiteindelijk in verschillende organisaties, ketens of zelfs sectorbreed de kwaliteit verhogen.

> *Ik kijk regelmatig op de IGJ-site, ik kijk naar de rapporten van de inspectie en ik kijk naar wat voor mij daar als verrassingen in staan, dat ik denk: 'god, dat kan ik weleens meenemen met interne audits'.* (FG1)

Risicotaxaties, veiligheidsplan…Ja, dat zijn wel onderwerpen die we aan het aanscherpen zijn. Want je ziet, dat komt weer terug in verschillende calamiteitenonderzoeken. (FG3)

3.3 Welke sporen van sectorbreed leren zijn we tegengekomen?

We zijn actief op zoek gegaan naar sporen van sectorbreed leren door respondenten te spreken die betrokken zijn geweest bij activiteiten waarin ze aan de slag gingen met lessen uit de integrale of individuele rapportages en die gedefinieerd kunnen worden als sectorbreed leren. In deze paragraaf beschrijven we de voorbeelden van waar iets gedaan lijkt te zijn met de integrale of individuele rapporten, en worden overeenkomsten hierin uiteengezet aan de hand van de gedachte dat leren ook werk betekent.

3.3.1 Leren van rapporten betekent werk is verzetten

In de gesprekken met respondenten komt naar voren dat leren van calamiteiten in alle gevallen werk vraagt; leren is een praktijk en het kennisnemen van de rapporten gaat niet vanzelf of op een automatische piloot. We zagen drie factoren die een belangrijke rol vervulden in het op gang brengen van het werk:

- enthousiaste initiatiefnemers;
- bestaande relaties tussen inspectie/toezichthouder en veld;
- passend binnen een bestaand project of praktijk.

Enthousiaste initiatiefnemers

Om iedereen voor wie het rapport relevant is op de hoogte te brengen, lijkt veel te moeten gebeuren:

Maar hoe zorg je als professional dat je daar kennis van neemt? Ook met alles wat er van je gevraagd wordt. Ik kan wel zeggen: het is belangrijk dat je die inspectieonderzoeken een beetje bijhoudt, maar een ander zegt: maar je moet ook dit blad lezen. En dan: ja, maar ik heb net nog dit boek, dat is echt relevant voor onze praktijk. Het is dus ook gewoon heel veel. (INT Jeugdbescherming Provincie A)

In bovenstaand voorbeeld agendeerde een gedragswetenschapper een casusonderzoek uit een andere regio. Het calamiteitenrapport is in verschillende teams besproken om potentiele risico's binnen de eigen organisatie te analyseren. Het werken met calamiteitenrapportages start het meest concreet in het werk van individuen, die enthousiast zijn in het bijhouden en lezen van de rapportages en daar vervolgens stappen op ondernemen.

Aanhaken bij bestaande initiatieven en relaties

De inspectie bleek ook zelf actief het leren op gang brengen, maar dat gebeurde in situaties waarbij er al een relatie bestond tussen de inspectie(s) en de actoren in het veld. Zo hebben op initiatief van de inspectie verschillende gemeenten bijeenkomsten georganiseerd over veelvoorkomende risico's en problematiek, waarin ze gezamenlijk hebben gezocht naar oplossingsmogelijkheden. Het leren van casuïstiek van anderen is dan geïnitieerd door de inspectie die al verbinding had met een gemeente:

Wij werden benaderd door de inspectie, omdat wij één van de gemeentes waren waar de inspectie destijds een vooronderzoek deed. (INT Gemeente A)

Ook kwamen we een situatie tegen waarin de rapporten ter sprake kwamen binnen een al bestaand project of bestaande praktijk van het bespreken van calamiteiten. In Friesland liep bijvoorbeeld een regionaal leertraject 'Veiligheid voorop'. Dit werd gefinancierd door de provincie Fryslân die in het kader van de decentralisatie een subsidie beschikbaar stelde voor projecten in alle jeugdregio's om de transformatie op gang te brengen. Met als voorwaarde dat gemeenten de opgedane kennis aan elkaar

overdragen. Daartoe werden leerbijeenkomsten geïnitieerd en gebiedsteams konden zich inschrijven voor diverse leerworkshops. De projectleider was erg geïnteresseerd in calamiteitenonderzoeken van de inspecties, omdat "om actueel inzicht te hebben in relevante thema's", en heeft daarom voor enkele bijeenkomsten de TSD uitgenodigd (INT projectleider Veiligheid voorop! Zuid-Oost Friesland). Zo zijn er twee leerbijeenkomsten voor jeugdhulpverleners en huisartsen binnen een gemeente georganiseerd, waarbij TSD een presentatie heeft gegeven. Om professionals (huisartsen) te motiveren naar de bijeenkomsten te komen, werden deelnemers beloond met accreditatie-/scholingspunten.

Een ander voorbeeld is een regionale organisatie voor de jeugdbescherming die al een traditie kende van het werken met complexe casuïstiek van derden, en die binnen de organisatie het rapport over de casus Nissewaard (IGJ en IVenJ, 2017) heeft besproken.

Een situatie waarin de rapporten worden gebruikt als *agendering* van veelvoorkomende problematiek of als analyse voor potentiële risico's, is een calamiteitenoefening waarin de rode draden uit verschillende calamiteitenonderzoeken werden gedeeld. De kernboodschappen van de integrale rapportages bleken zeer bruikbaar voor het organiseren van deze calamiteitenoefening:

> *Het verhaal van de inspectie tijdens de bijeenkomst viel in goede aarde, zeker ook die rode draden uit de calamiteitenonderzoeken. Die rode draden heb ik goed kunnen gebruiken bij de calamiteitenoefeningen (Jeugdwet) bij de wethouders en burgemeesters. Tijdens deze oefening werd ook teruggeblikt op wat er mogelijk mis is gegaan en wat er nodig is om een dergelijke calamiteit in de toekomst te voorkomen. Overigens in de wetenschap dat niet alles te voorkomen is. Wat is ieders rol daarin? De inspectie had ook een aantal suggesties om dat gesprek aan te gaan. Dat kon er op die manier ook heel goed bij.* (INT Zelfstandig adviesbureau)

Ook werd aandacht gevraagd voor de calamiteitenrapportages in een bijeenkomst van professionals uit een netwerk met het doel elkaar beter te leren kennen om daarna gemakkelijker contact met elkaar te kunnen zoeken. Opmerkelijk is dat één van de betrokken professionals stelt dat zij op basis van een rapport van TSD ("Ook voor kwetsbare jongeren een toekomst"; TSD/STJ, 2017), waarvoor ook de gemeente Smallingerland (naast Den Bosch en Den Haag) was geselecteerd, de aanpak van kwetsbare jongeren hebben verbeterd:

> *Ik denk inderdaad, maar goed, dat kan ook zomaar mijn mix up zijn: juist dat stuk 'Aanpak kwetsbare jongeren', dat is juist behoorlijk doorontwikkeld. In ieder geval één grote of misschien wel dé grote basis daarvoor was het rapport vanuit de inspectie.* (INT Gemeente B, Beleidsmedewerker)

Om te kunnen leren was het belangrijk dat individuele professionals tijd en ruimte hebben om de meer algemene lessen te *vertalen naar de eigen praktijk*. In het voorbeeld van Overijssel gebeurde dat door een casusbespreking te organiseren waarin professionals met elkaar nadachten over wat de bevindingen van het calamiteitenrapport (van elders) zou kunnen betekenen voor hun eigen werkzaamheden. Of in Friesland werd er tijd en ruimte gevonden voor de huisartsen door het onderdeel te maken van de nascholing (een workshop met registratiepunten). Met andere woorden: vertalen naar de eigen praktijk is mogelijk, maar wel als dat wordt georganiseerd.

In de focusgroep met kwaliteitsfunctionarissen werd verteld dat zij actief informatie uitwisselen om sectorbreed leren op gang te brengen:

> *Ik merk dat je als kwaliteitsfunctionaris in de keten meer met elkaar te maken krijgt en kwaliteitsmensen meer met elkaar gaan samenwerken als er sprake is van een calamiteit. En dat werkt zeker door, als het gaat om sectorbrede invloeden. Ja, wij zijn eigenlijk best belangrijke functionarissen als het gaat om dit stukje in het geheel (…). Dat kan ook doorwerken in de sector.* (FG3)

Ook wordt 'Learning Together' ingeschakeld voor het gezamenlijk formuleren van verbeterpunten (zeker als de betrokken ketenpartners uiteenlopende visies hebben). Tevens kan er volgens de professionals meer uitwisseling plaatsvinden tussen jeugdzorgorganisaties en wijkteams, bijvoorbeeld door het organiseren van gezamenlijke reflectiebijeenkomsten en casuïstiekbesprekingen:

> *Reflectie vooropstellen en dan kijken hoe dat een betere plek kan krijgen; kunnen we dat ook creëren, zijn die voorwaarden aanwezig? Misschien wel in onze keten (…), dat je ook daarin met elkaar afspreekt: 'dat worden dus onze reflectiemomenten.' En dan kan je nog beter elkaars ervaringen benutten, zonder dat je het aan den lijve hebt meegemaakt.* (FG3)

Bovenstaande voorbeelden laten zien dat calamiteitenrapportages konden landen omdat het aansloot op bestaande activiteiten op dit terrein of omdat specifieke activiteiten werden georganiseerd.

3.3.2 Wat gebeurt er verder op het gebied van sectorbreed leren?

In ons onderzoek zijn we enkele algemene praktijken van sectorbreed leren in de jeugdhulp tegengekomen. Wij doen hier kort verslag van in deze paragraaf, hoewel dit niet direct behoort tot de onderzoeksvraag. Echter, wij denken dat enig inzicht in deze praktijken nuttig kan zijn om na te denken over andere manieren van verspreiding van kennis uit calamiteitenonderzoek.

Centrale punten of intermediairs

Een eerste groep van voorbeelden betreffen 'centrale punten' van waaruit sectorbreed leren wordt aangestuurd of plaatsvindt naar aanleiding van calamiteiten, of er sectorbreed wordt geleerd over preventie, veiligheid of omgaan met complexe casuïstiek. Voor de hand liggende landelijke partijen of intermediairs zoals de beroepsorganisaties en de brancheorganisatie (Jeugdzorg Nederland) lijken wat betreft het verspreiden van kennis van de IGJ/TSD omtrent calamiteiten niet direct een grote rol te spelen. Wel is op de websites van enkele beroepsorganisaties aandacht voor bijvoorbeeld tuchtzaken.

Het is niet zo dat de beroepsverenigingen of de brancheorganisatie geen aandacht hebben voor het werk van de IGJ/TSD, maar het betreft dan niet de (integrale of afzonderlijke) calamiteitenrapportages. Er is bijvoorbeeld aandacht voor het lanceren van een website van TSD over het delen van informatie in het sociaal domein (www.kiezen-en-delen.nl), voor de bijdrage die de IGJ wil leveren aan het verminderen van de regeldruk of voor een nieuw kwaliteitskader van de IGJ, maar niet voor de calamiteitenrapportages van de IGJ/TSD. Op de website van Jeugdzorg Nederland is wel een verwijzing te vinden naar een inspectierapport, waarbij Jeugdzorg Nederland aankondigt de huidige screening en voorbereiding van aspirant-pleegouders te willen onderzoeken in reactie op het inspectierapport "Onderzoek naar de screeningsfase van de pleegzorg in Gelderland naar aanleiding van een calamiteit" (IGJ en IJV, 2017).

Een ander voorbeeld van een centraal punt dat kan stimuleren en faciliteren als het gaat om sectorbreed leren is het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Dit is een landelijke organisatie die in alle zorgsectoren consultaties aanbiedt daar waar sprake is van complexe aanhoudende (gedrags)problematiek en waarbij sprake is van handelingsverlegenheid bij hulpverleners. Middels consultaties, door het inzetten van externe deskundigen proberen de instellingen zelf vastgelopen zorg weer tot ontwikkeling te brengen. Binnen de consultaties vindt expertiseoverdracht plaats. Daarnaast biedt het CCE o.a. via hun website expertiseproducten aan zoals casusbeschrijvingen, videopresentaties, publicaties, e-learning en scholing.

> *Wij signaleren trends/thema's in de zorg. Naast de zorgen zien wij ook mooie voorbeelden van wat wel werkt binnen organisaties en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. VWS is, in verband met het feit dat wij*

landelijk werken, geïnteresseerd in wat wij tegenkomen. Het geeft hen input en inzicht in wat er speelt in het werkveld. Inspectie hoort ook graag van ons wat wel/niet werkt. Interviewer: Ja. En gebeurt dat vaak dat jullie dat terugkoppelen [naar de inspecties]? We spreken elkaar meestal 1 maal per jaar.' (INT CCE)

Het CCE heeft zo naast het delen van informatie met zorgaanbieders ook een functie naar VWS en mogelijk de inspecties, hoewel er op dit moment andersom geen actieve informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen het CCE en de inspecties.

Netwerken en platforms

Uit de focusgroepen en interviews komen diverse voorbeelden naar voren van leren in landelijke of regionale netwerken, platforms of samenwerkingsverbanden, zoals:

- *Regionale netwerken van kwaliteitsfunctionarissen* (bijv. in Friesland).
- *Kwaliteitsgenootschap*: landelijk platform van kwaliteitsfunctionarissen van jeugdzorgorganisaties, met een vertegenwoordiging van alle provincies.
- *Learning Together*: collectief van lerende organisaties, gericht op samen leren van calamiteiten.
- *Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ):* het beroepsregister voor professionals in de jeugdsector, ziet toe op kwaliteit, toetsing en scholing (o.a. met keurmerk en audits).

Enkele sprekende voorbeelden van leren via netwerken zijn het verzamelen van veelvoorkomende problematiek binnen *regionale expertteams* voor jeugdigen met complexe problematiek en het *kwaliteitsgenootschap* (zie 3.3.1) waarin leersystemen worden gedeeld en geëvalueerd. Vanuit VWS wordt gestimuleerd dat de 42 regio's in het jeugddomein zelf de complexe cliëntsituaties oppakken en daarin van elkaar leren. Regio's hebben daarvoor regionale expertteams opgericht en kunnen via onder andere het programma Zorg voor Jeugd leertrajecten opzetten en laten financieren. Volgens een respondent zijn dergelijke leertrajecten erg succesvol[4], al is het moeilijk om de leereffecten snel verder te verspreiden:

Daar zit een leercurve in die is uitermate groot. Alleen, het nadeel is wel: je kunt dan niet één keer uitvinden en dan 41 keer elders toepassen. Dit is wel 'customized business'. Je moet het wel maatwerkgericht aanpakken. (INT Zorg voor Jeugd 2)

Deze landelijke of regionale netwerken kunnen een belangrijke rol vervullen in het verder stimuleren van leren van calamiteiten, maar een respondent waarschuwt dat het netwerk waarin wordt geleerd niet te groot dient zijn zodat het aansluit bij de praktijk waarin de betrokkenen zich bevinden:

Ik denk dat je het wat kleiner moet maken en dat je hiervoor contact kunt leggen met bijvoorbeeld de landelijke huisartsenvereniging. Die hebben weer regionale afdelingen die daar weer een actieve rol in kunnen pakken. Misschien moet je zelfs ook een beetje meer kijken naar de lokale, regionale situatie en wat daarin goed werkt. (INT Zelfstandig adviesbureau)

Learning Together is een mooi voorbeeld van inter-organisationeel netwerk-leren. In dit initiatief (deze methodiek), gericht op samen leren van calamiteiten, wordt een reviewteam met externe methodisch reviewbegeleiders ingeschakeld om het proces van leren bij een zorgaanbieder en hun samenwerkingspartners te begeleiden. Een calamiteit (casus) vormt de basis om te leren op systeemniveau binnen de keten. Deze reviewbegeleiders leren zelf ook van de calamiteiten die ze begeleiden en kunnen deze inzichten meenemen naar hun eigen organisatie. Zo worden inzichten gedeeld, als een soort opmaat tot 'sectorbreed leren':

Ze leren er zelf ook gewoon veel van. En het triggert altijd om ook hier – Want ik ben ook benieuwd, hè, want ik weet altijd als "mijn" mensen, zeg maar, een review gehouden hebben. Dus ik ben ook altijd heel benieuwd naar inzichten die ontstaan zijn daar. (INT Learning Together)

[4] Zie ook: https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2019/01/21/de-regionale-expertteams-voor-jeugdigen-nog-stappen-te-zetten

Wat we ook doen, is (dat is wel mooi van de stichting Learning Together, de aangesloten leden): één keer per jaar, in ieder geval, organiseren we een bijeenkomst waarin we de inzichten delen, en we maken een soort van nieuwsbrief waarin dat gedeeld wordt. Maar delen is mondeling fijner. Dus het delen, landelijk, van inzichten op hoog geaggregeerd niveau, dat is van waarde. (INT Learning Together)

Ook is het SKJ (*Stichting Kwaliteitsregister Jeugd*) genoemd als een partij die met het keurmerk en periodieke audits het professionele en organisatie-leren stimuleert:

Zij [SKJ] kijken natuurlijk ook: hoe ben je omgegaan met calamiteit, wat heb je geleerd? Dat gesprek over 'wat doe je met de aanbeveling, wat is daarmee gebeurd?' vindt wel plaats met het keurmerkinstituut. (INT Learning Together)

Zo komen wij in het spoor van de calamiteitenrapportages wel degelijk praktijken tegen die vanuit een centraal punt – vanuit een netwerk of vanuit een samenwerking tussen organisaties – als voorbeelden van sectorbreed leren geïnterpreteerd kunnen worden. Twee zaken vallen ons hierbij op. Ten eerste: dat in deze praktijken veelal de aandacht niet ligt bij calamiteiten, maar wel bij preventie, veiligheid en het leren van of ondersteunen bij complexe casuïstiek. In deze praktijken lijkt de blik ferm op het hier en nu gericht. Ten tweede valt op dat IGJ en TSD niet direct bij deze praktijken aangesloten lijken te zijn. De toezichthouders zijn maar beperkt zichtbaar in bestaande netwerken of kennisinfrastructuren van sectorbreed leren in de jeugdhulpsector, en het valt op dat de inspecties niet altijd gemist worden (zie ook Hoofdstuk 4). Zo geeft een respondent aan dat thema's die de inspectie aandraagt of kan aandragen ook via andere kanalen geadresseerd worden:

Dat weten we ook wel zonder – Daar zal de inspectie ook gewoon aan bijdragen, maar dat zijn natuurlijk ook thema's die sowieso wel naar boven komen. (INT Zorg voor Jeugd 2)

3.4 Leren van eigen calamiteiten

In voorgaande paragrafen werd duidelijk de sectorbrede lessen uit rapporten niet vanzelfsprekend landen op de werkvloer en dat de lessen niet zondermeer toepasbaar zijn in de praktijk. Een belangrijke reden hiervoor was dat die rapportages niet bekend waren en dat de relevantie voor de eigen situatie ook niet altijd duidelijk was. Leren van de rapportages vraagt extra werk, bijvoorbeeld door aan te sluiten op lopende initiatieven voor leren.

In de focusgroepen met professionals is veel gesproken over het leren van de eigen calamiteiten en in toenemende mate het leren tússen organisaties (bijv. door gezamenlijk calamiteitenonderzoek met keten- of fusiepartners). Ondanks de directe betrokkenheid en de veel grotere relevantie voor de eigen organisatie van deze onderzoeken, blijkt leren ook dan niet gemakkelijk. Ook voor de 'eigen calamiteiten' geldt dat leren niet vanzelf gaat en dat leren 'werk verzetten' betekent.

3.4.1 Leren van eigen calamiteiten is ook 'werk verzetten'

Professionals geven aan dat er over het algemeen wel van (de eigen) calamiteiten kan worden geleerd, maar dat het bij de implementatie van verbetermaatregelen om diverse redenen vaak stokt. Na een calamiteitenonderzoek is er meestal maar weinig tijd om op een hoger niveau – binnen of tussen organisaties – gezamenlijk te reflecteren op 'hoe kunnen we het beter doen' en het ontbreekt vaak aan prioritering en ruimte voor reflectie. Ook is niet altijd duidelijk hoe de hulpverlening beter kan en hoe verbeterplannen kunnen worden geïmplementeerd. Ook zijn verbetermaatregelen soms heel omvangrijk, waardoor er veel werk moet worden verzet en er veel tijd nodig is voor de implementatie.

Een stukje follow-up op de [verbeter]maatregelen, de borging daarvan, dat is niet goed geregeld. (FG1)

Ik heb wel gevraagd aan die locaties: 'waarom hebben jullie nou niks gedaan met die maatregelen die eruit kwamen?'. (…) En dan is het de waan van de dag; weer het volgende wat op het bordje komt. (FG1)
Als ik kijk hoe wij onze verbetermaatregelen implementeren, dan kunnen we daar echt nog van leren, want dat doen we echt nog niet goed genoeg. (FG2)
Wij zijn heel goed in het bedenken wat misschien helpend zou zijn, maar vervolgens volgt er een nieuw proces, van het opstellen van een implementatieplan. Ik denk dat het daar, in ieder geval bij ons, een beetje op stuk loopt. (FG2)
Dan komt de volgende stap van: hoe deel je dat dan verder in je organisatie? (…) Het blijft binnen de locatie. (FG1)

Nadat een calamiteitenonderzoek is afgerond is de eerste stap de informatie uit de onderzoeken te systematiseren en te delen. Bij voorkeur worden de resultaten van calamiteitenonderzoeken teruggeven aan de teams/professionals, om hen zelf de verbetermaatregelen/-plannen te laten formuleren/opstellen, en om professionals zelf invulling laten geven aan het leerproces (o.a. door leerpunten te formuleren).

Wat doe je ermee? Wij verwerken alle verbetermaatregelen in een grote matrix, dus alle incidenten ook, om te kijken van: wat komt er overeen en welke verbeteractie zetten we erop? (…) Dat wordt gemonitord. Er wordt op verschillende niveaus ook gekeken: wat kan je op teamniveau doen, wat kan je op organisatieniveau doen, wat voor type actie zet je daarop? En dat wordt gecommuniceerd. (FG3)
…mensen die daar interesse in hebben, om die te betrekken en te laten vertalen in hun eigen team. (FG1)
Er wordt zoveel mogelijk gekeken van: wat kunnen wij daarvan leren op alle niveaus? (FG3)

De volgende stap is de informatie te verbinden met andere processen, zoals het kwaliteitsbeleid van een organisatie of in een breder (meerjaren)beleids- of verbeterprogramma in de organisaties.

Volgens mij is het de kunst om er samenhang te vinden in al die verschillende verbetermaatregelen. En dat het ook een logisch verhaal wordt naar al die professionals in de organisatie. (…) En dat als je in een calamiteitenonderzoek een conclusie trekt en een maatregel zou willen formuleren, dat je dat ook ergens onder schaart – waar je toch al mee bezig bent of waar al aandacht voor is. (FG1)
Je moet niet in het verbeterprogramma het ene thema hebben staan en in je meerjarenbeleidsplan als bestuurder een ander thema hebben staan. Daar moet ook een samenhang in zijn. Dat moet een logisch, congruent verhaal zijn. (FG1)

Voorbeelden van leeractiviteiten binnen organisaties, zoals genoemd in de focusgroepen, zijn daarbij:
- Klinische lessen en casuïstiekbesprekingen in de teams (op locaties).
- Teamcaptains die binnen een organisatie informatie ophalen bij andere teams, dit centraal in de organisatie bespreken (in 'beleidsclubje') en daarna informatie/lessen terugkoppelen naar teams.
- Vierdaagse reflectiebijeenkomsten in een organisatie, gevolgd door vijf terugkomochtenden, voor alle medewerkers/teams om te reflecteren op incidenten/calamiteiten en dossiers.

Grote organisaties die jaarlijks meerdere calamiteiten meemaken, analyseren deze ook zelf om – net als de inspectie – rode draden en geleerde lessen vast te stellen en hier verbeteracties op in te zetten:

We kijken ook overstijgend in jaarlijkse en viermaandelijkse rapportages. We maken dus een soort van overall analyse vanuit de rapporten, ook van meldingen die intern in ons systeem gemeld zijn; welke rode draden zien we daar? (FG2)
Eigenlijk net als de inspectie deed in 2016; wat zien wij nou binnen onze organisatie als de vijf lessen, de hoofdlessen. (FG3)

Dossiervorming/-voering is een voorbeeld van een rode draad en verbeteractie. Hiervoor heeft een organisatie een rapportagetraining ontwikkeld die over langere tijd wordt uitgerold:

Wij hebben verbeterplannen uit een aantal calamiteitenonderzoeken op een gegeven moment naast elkaar gelegd, en daar een analyse op gemaakt (…) om te kijken: wat komt toch steeds weer terug? Daar zijn onderwerpen uit gekomen, die nu ook echt organisatiebreed geagendeerd zijn. Bijvoorbeeld op het gebied van rapportage: dat je ziet dat dossiers niet altijd goed bijgewerkt zijn, dat niet alles in het dossier is vastgelegd. (…) Daar hebben we nu een rapportagetraining op gemaakt die we in verschillende fasen gaan aanbieden. (…) Dat is wel een belangrijke rode draad. (FG3)

3.4.2 Leren van calamiteiten legt de nadruk op fouten

Professionals zijn over het algemeen bang om fouten te maken, vrezen de inspectie en het tuchtrecht, en schieten in een 'kramp' als er iets mis gaat, wat het leren vervolgens in de weg staat.

De persoonlijke angst van mensen voor een proces aan hun broek, of om op het matje geroepen te worden. (FG2)

Waardoor ze naar mijn idee ook in de kramp schieten. (FG2)

Informatie over calamiteiten, waarin de nadruk veelal op fouten ligt, roept dan ook veel weerstand op. Terwijl onzekerheid over het professionele handelen eigen is aan het werk en juist de interne motivatie om te leren moet worden aangesproken, in plaats van dat het om leren als een opgelegde verplichting gaat.

'Als ik me maar aan alle regeltjes houd, dan is het goed'. (…) Met al die regeltjes ontstaat ook een verlamming om zelf te blijven nadenken en te doen, en te bedenken wat voor dit gezin/kind beter is. (FG2)

Een deel van de onzekerheid (…) is dat je soms handelt naar de inzichten die je zelf hebt. (…) Dat kader is onduidelijk en ik vrees dat dat onduidelijk zal blijven – dat is ín de kern van ons werk. (FG2)

In calamiteitenonderzoek en -rapportages volgens de PRISMA-methodiek ligt de nadruk vooral op fouten en oorzaken, en is er te weinig aandacht voor wat wel goed gaat. Dit stimuleert het leren niet maar leidt juist tot weerstand en verlamming bij professionals. Bovendien sluit de PRISMA-methode niet goed aan bij leren, want oorzaken of fouten zijn niet altijd aanwezig of aantoonbaar en het gaat niet zozeer over het proces en wat er beter kan. Terwijl voor leren juist goede voorbeelden nodig zijn. Verder ontbreken in de rapportages vaak de betekenis, het verhaal en de werkingsmechanismen, waardoor anderen veel tijd en energie moeten steken in de duiding om ervan te leren.

Dat daarom het leren vaak tekort schiet, omdat men in de kramp schiet van: 'dit nooit meer'. (FG2)

Je kunt niet leren van wat niet goed is, maar wel van wat wel goed is gegaan. En dat versterkt. (FG2)

3.4.3 Samen leren

Volgens de professionals wordt vaker gezamenlijk geleerd van calamiteiten. Enerzijds door samen met andere locaties en ketenpartners (bijv. met fusiepartners en Jeugdbescherming) het calamiteitenonderzoek te doen, gezamenlijk verbetermaatregelen/-plannen te formuleren en deze ook samen te monitoren en te evalueren. Anderzijds door informatie en resultaten van onderzoek en verbeteracties te delen en in overleg met ketenpartners te agenderen. Deze laatstgenoemde uitwisseling vindt vooral plaats op bestuurs-/directieniveau (bijv. verschillende fusiepartners/locaties) en tussen kwaliteitsfunctionarissen (op regionaal niveau):

Die ketenpartners zitten om de zoveel tijd om tafel. (…) Het komt opnieuw op de agenda, van: we gaan in ieder geval de tekortkomingen of dit aandachtsgebied bespreken, en er wordt gekeken met elkaar: wat kunnen we daarop verbeteren? (FG3)

Dan heeft dus de ene directeur contact met de andere directeur, van: 'hoe heb jij dat dan aangepakt, hoe ging dat, en wat kan ik nu het beste doen?'. (…) Zo wordt zijn kennis – van het net doorleefd hebben – ook

weer gebruikt in de volgende calamiteit. Om ook te kijken van: 'wat kunnen wij daar dan gezamenlijk weer uit oppikken?'. (FG3)

Voorbeelden van leeractiviteiten tussen organisaties, met ketenpartners of op regionaal niveau, zijn:

- Een leerbijeenkomst voor alle betrokken ketenpartners, die één jaar na een groot calamiteitenonderzoek is georganiseerd:

  …hoe je dat nou echt bij medewerkers tussen de oren krijgt? Je kan ze heel erg informeren, maar we hebben na een groot calamiteitenonderzoek, een jaar na dato, nog een leerbijeenkomst georganiseerd. Ik ben er echt van overtuigd dat al die mensen (…) echt iets fundamenteels geleerd hebben en dat die in de toekomst dingen anders doen. (FG3)

- Een kortdurend verbeterprogramma rond 'samenwerking' (met Jeugdbescherming), waarbij uitgangspunten op tegeltjes zijn gezet die overal in de organisaties werden opgehangen:

  …een kortdurend programma waarin we snel tot verbeteringen komen: uitgangspunten die we op tegeltjes zetten en die we in onze organisaties ophangen, zodat het iedereen bereikt. Dat is het hoogst haalbare binnen dit thema 'samenwerking'. (FG3)

- Een initiatief van een groepje kwaliteitsmedewerkers en gedragswetenschappers om samen te leren van een calamiteitenrapport over een specifieke suïcide casus, als een soort prospectieve risico inventarisatie (PRI):

  …het plan om samen met de kwaliteitsfunctionarissen van wijkteams, casussen uit het land te bespreken in een bijeenkomst. Om dat te gaan opzetten en leidend te maken. Want daar kunnen we met elkaar heel veel van leren, hebben wij gemerkt. (FG3)

- Koppelen van een kinderrechter aan een casus, als resultaat van overleg in de keten:

  Naar aanleiding van een aantal casuïstieken hebben zij [ketenpartners] bepaald dat zij een kinderrechter aan een casus koppelen. Dat de kinderrechter niet meer elke keer wisselt, maar dat ze een casus regie krijgen, (…) dus dat de kinderrechter vaker een zaak gaat volgen. Dat komt echt voort uit wat er in de keten besproken is. (…) Dat vind ik een mooi voorbeeld dat er in een keten geleerd wordt. (FG2)

Voorbeelden van verbeterpunten in de keten, die uit gezamenlijk calamiteitenonderzoek naar voren komen, zijn: samenwerking, overdracht en taakverdelingen, plaatsingsproblematiek en wachtlijsten:

Samenwerken, overdracht met een gecertificeerde instelling – daarin zit vaak (…) wel een punt dat verbeterd kan worden. (FG3)

Toen kwamen we inderdaad uit op plaatsingsproblematiek, wachtlijsten en dat soort onderwerpen. (FG3)

Bovendien wisselen organisaties (m.n. kwaliteitsfunctionarissen) onderling leersystemen uit om de implementatie van verbetermaatregelen en inbedding in het kwaliteitsbeleid te bevorderen. Zodat het leren van calamiteiten een structureel onderdeel wordt van het kwaliteitsbeleid in een organisatie. Het landelijke kwaliteitsgenootschap van kwaliteitsfunctionarissen fungeert hiervoor bij uitstek als een platform voor inter-organisationeel leren:

We hadden al iets van een leersysteem, maar dat werkte niet helemaal goed. En toen hebben we gebruik gemaakt van de ervaringen van de collega hier, om het systeem wat zij gebruiken nu bij ons te implementeren, omdat dat beter is. (FG3)

4 Rol van de inspectie bij leren van calamiteiten

Hoofdboodschappen:

- Professionals zien een *informerende en stimulerende rol* weggelegd voor de inspectie bij sectorbreed leren van calamiteiten, en ze hebben zowel *positieve als negatieve ervaringen* met deze rol van de toezichthouder.
- Professionals zien veel mogelijkheden voor de inspectie om het leren van calamiteiten in de jeugdhulp verder te stimuleren. Suggesties en verbetermogelijkheden die ze aandragen gaan niet alleen over de integrale rapportages, maar ook over een *actievere rol* van de inspectie en de *communicatie* in het algemeen.

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe professionals (hulpverleners, kwaliteitsfunctionarissen en beleidsmedewerkers) in de praktijk aankijken tegen de rol van de inspectie (IGJ of Toezicht Sociaal Domein, TSD) bij sectorbreed leren van calamiteiten.

4.1 Huidige rol van het toezicht bij sectorbreed leren

In deze paragraaf schetsen we een beeld van wat de verwachtingen van onze respondenten zijn ten aanzien van de inspectie, en hoe de inspectie nu een rol speelt bij sectorbreed leren van calamiteiten.

4.1.1 Brede erkenning van het belang om sectorbreed te leren van calamiteiten

Om te beginnen zien respondenten de relevantie van het delen van sectoroverstijgende informatie en het samen leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening en de rol van de inspectie hierbij. Het belang en nut van het idee van het sectorbreed leren van calamiteiten staat niet ter discussie – onze respondenten zien er duidelijk het belang van in (zie ook 3.2), en er is een groot moreel besef dat calamiteiten moeten worden voorkomen (‘dit nooit meer’).

Huidige ontwikkelingen binnen het jeugddomein, zoals uitdagingen omtrent samenwerking in ketens, maken dat er juist behoefte is aan informatie over ervaringen en oplossingsrichtingen in soortgelijke casuïstiek. Een respondent die niet bekend is met de overzichtsrapportages van TSD zegt bijvoorbeeld:

> *Dat zou ik ooit gehoopt hebben dat de inspectie dat bijvoorbeeld zou doen: hoe kunnen we sectorbreed leren van de onderzoeken die er gedaan zijn.* (INT Jeugdhulpaanbieder A)

Deze respondent bepleit dat de inspectie het voortouw neemt in het sectorbreed leren van calamiteiten, niet wetend dat de inspectie al een dergelijke rol probeert te vervullen.

Een deelnemer aan een focusgroep geeft aan dat er ook behoefte is aan informatie over trends, bijvoorbeeld om te weten of het aantal meldingen of calamiteiten in lijn is met andere organisaties:

> *Je hebt soms het idee van: ‘goh, we hebben nu wel heel veel meldingen, lopen we nou uit de pas?’. En dan blijkt toch dat andere organisaties van gelijke grootte een vergelijkbaar aantal meldingen hebben. En dat is wel heel prettig om te horen.* (FG3)

Behoefte om samen met de toezichthouder van calamiteiten te leren

Ook spreken professionals de behoefte uit om echt sámen met de inspectie van calamiteiten te leren, terwijl ze niet altijd het gevoel hebben dat hierin wordt samengewerkt en ze in het contact met de inspectie niet altijd de ruimte en aandacht ervaren voor leren. Daarom zou de inspectie in haar communicatie met zorgaanbieders en in het calamiteitenonderzoek meer kunnen samenwerken en aansturen op leren:

> *En die samenwerking wil je hebben, dat je samen voor verbetering gaat.* (FG1)

Als we met elkaar willen leren, (…) dat kun je best samen met de inspectie doen. (FG1)

Als de inspectie echt wil dat er geleerd wordt, dan zou ik dat meer in de communicatie willen zien, en daarop aangesproken willen worden. En dat blijkt nu niet. (FG2)

4.1.2 Positieve en negatieve ervaringen met de inspectie

Er zijn diverse positieve ervaringen waaruit blijkt dat de toezichthouder een rol speelt bij sectorbreed leren van calamiteiten, maar anderzijds zijn er ook voorbeelden van ervaringen of knelpunten waarin de inspectie niet gezien wordt als partij die leren kan stimuleren en faciliteren.

Positieve ervaringen met lerende en faciliterende rol van de inspectie

Naast de voorbeelden van sectorbreed leren in vervolg op de integrale calamiteitenrapportages (zie 3.3.1) zijn er diverse andere voorbeelden van activiteiten of initiatieven van de IGJ en overige rijksinspecties in het sociale domein (TSD) die volgens de professionals bijdragen aan het sectorbreed leren van calamiteiten. Dergelijke voorbeelden zijn:

- symposia, 'leertafels' of leerbijeenkomsten, zoals die in Zoetermeer en Friesland, om informatie en successen (goede voorbeelden) te delen met gemeenten en organisaties;

  …dat [leertafel in Zoetermeer] was juist heel mooi omdat daar juist de hele keten werd betrokken en ook de gemeente. En zo'n leertafel met zoveel mensen aan tafel, waar je niet dus een rapportje krijgt en 'Lees het zelf maar', maar waar het echt gepresenteerd wordt en waarna je er met elkaar over kunt brainstormen, dat vond ik echt… dat is echt een meerwaarde. (FG1)

  Het was heel erg vanuit leren en delen, en ik vond dat [symposium] toen heel goed. Dat was 2014 of… heel lang geleden. Toen stelden ze zich juist heel erg zo op, wat het een prettig gesprek maakte. (FG3)
- de website van TSD voor regisseurs in het sociaal domein: "Regisseur, heb je scherp wat je moet zien?" (www.regiesociaaldomein.nl), of over het delen van informatie in het sociaal domein (www.kiezen-en-delen.nl).

  De website over regievoering in het sociaal domein is echt waanzinnig goed. Omdat die inderdaad helpt: "Oh, ik moet aan dit denken, ik moet aan dat denken." Maar niemand kent 'm. Dat is heel zonde. (FG1)

De inspectie stuurt ook steeds meer aan op het gezamenlijk leren van calamiteiten door bij alle zorgaanbieders in een keten aan te dringen op het samen melden en onderzoeken van calamiteiten:

…dat ze nu veel meer organisaties zelf – als er meerdere partners betrokken zijn – samen onderzoek laten doen, in plaats van dat zij dat van buitenaf komen doen. Betekent ook veel meer werk voor ons, maar ik geloof wel dat dat het leren bevordert. (FG3)

Als er meerdere partners bij betrokken zijn, dan wordt het bij voorkeur gezamenlijk melden. En eigenlijk vragen ze wel om een gezamenlijk onderzoek. Dus ze proberen het in ieder geval wel te stimuleren om het sectorbreed te doen. (FG2)

…toen hebben we vijf [meldingen] bij elkaar kunnen pakken in een heel groot onderzoek. Dat vond ik heel prettig. (FG3)

Daarnaast noemen professionals diverse positieve ervaringen met calamiteitenonderzoek waaruit blijkt dat de inspectie echt meedenkt en organisaties faciliteert. Bijvoorbeeld door ruimere termijnen te hanteren en meer tijd te gunnen voor het calamiteitenonderzoek, actief te wijzen op terugkerende meldingen/calamiteiten, de mogelijkheid te opperen om soortgelijke calamiteiten te bundelen in één onderzoek, en door ruimte te bieden aan organisaties om zelf invulling te geven aan het leerproces :

Kijk, dat [tijd gunnen] voorkomt bijvoorbeeld dat we dan maar een voormelding doen, van 'nou ja, anders voldoe je niet aan die termijn'. (…) Dus ik had in ieder geval het idee dat ze iets, dat er daar wat ruimte kwam, en dat er begrip was voor hoe dat dan werkt, gewoon in de praktijk. (FG3)

…drie meldingen over agressie die heel erg op elkaar leken, mochten we die in één onderzoek doen. Zou fijn zijn als het die kant op kan gaan, dat je tot een bundeling [van calamiteiten in onderzoek] komt. Anders gaan we ons verliezen in al dit onderzoek. (FG3)

Toch wordt inspectie niet altijd gezien als een fijne partner bij het leren van calamiteiten

Hoewel veel respondenten verwachten dat de inspectie kan bijdragen aan sectorbreed leren van calamiteiten, spraken wij meerdere respondenten die kritisch zijn over een dergelijke rol voor de inspectie. Zij zien de inspectie niet als een geschikte of fijne partner voor leren, want het algemene beeld van de inspectie als controlerende en corrigerende instantie roept vooral weerstand op, en professionals zien de inspectie vooral als een partij die aanstuurt op gedegen calamiteitenonderzoek maar niet zozeer op 'samen leren':

…als in mijn team wordt gezegd: 'dit is een punt van de inspectie', dan krijg je eerder weerstand dan als mensen dat zelf willen gaan doen. Dan moeten ze iets doen van een ander, en dat levert heel veel weerstand op, dus dat werkt bijna averechts. (FG1)

Dus ze proberen het in ieder geval wel te stimuleren om het [leren] sectorbreed te doen. Maar als het gaat over terugkoppeling en het daadwerkelijk leren, daarin geeft de inspectie niet echt sturing. (FG2)

Ook lijkt er een grote afstand te zijn tussen de 'werkers' (professionals op de werkvloer) en de inspectie, wat bijvoorbeeld blijkt uit dat deze jeugdhulpverleners nauwelijks zijn aangesloten bij leeractiviteiten van de inspectie:

Vanuit de inspectie was er wel eens – na een enorme grote calamiteit, in [plaats] – een hele mooie leertafel, georganiseerd door de inspectie. (…) Maar ja, wie zit daar aan tafel? Mijn collega-teammanager, maar weinig uitvoerenden. Allemaal beleidsmensen of managers. (FG1)

Communicatie met de inspectie wordt niet altijd positief ervaren

De negatieve beeldvorming van de inspectie wordt mede bepaald door de wisselende of negatieve ervaringen die professionals hebben met de communicatie van de inspectie. Professionals vinden dat de communicatie van de inspectie vaak tekortschiet en niet helpt om van calamiteiten te leren. Brieven zijn bijvoorbeeld niet altijd duidelijk of 'op maat', de toon van brieven en gesprekken vindt men soms belerend of veroordelend, en de houding soms te hiërarchisch:

De toon van inspectie… dat die soms niet zo aangenaam is en niet zo aansluit bij de intentie om te leren van calamiteiten. (FG3)

Je krijgt het gelijk om je oren met nare brieven, rapporten van: 'het ging eigenlijk allemaal fout.' Ja, dan heb je geen leerervaring of gezamenlijkheid. Dan kom je nooit in vertrouwensgesprekken met elkaar aan tafel te zitten, of heel moeizaam. (FG3)

Ze [inspecteurs] hebben een vrij hiërarchische houding. Als ze op inspectiebezoek komen, bepalen ze alles. (…) Dan ben je je houding van 'goh, we gaan vandaag leren' al wel een beetje kwijt. (FG3)

Daar zit iets van: nou, zo doen we het en zo willen we het zien. Dat vind ik erg belerend. (FG1)

Er zit soms een oordeel in van de inspecteur over de medewerkers, terwijl uit dat onderzoek dan echt blijkt dat zij met de beste bedoelingen dingen hebben gedaan. (…) Dan creëer je niet die veilige situatie (…) om met elkaar te kunnen leren. (FG3)

Ook wordt gesproken over een 'blame-cultuur', door de nadruk op fouten, en onvoldoende erkenning voor de impact van een calamiteit op de betrokken medewerkers (in de rapportage en reactie van de inspectie) dragen niet bij aan draagvlak bij professionals om te leren en te verbeteren:

…nog wel een behoorlijke blame-cultuur bij de inspectie. Vind ik ook erger geworden sinds de inspectie gezondheidszorg en jeugd bij mekaar is komen te zitten. En ik vind het ook heel jammer dat het heel erg haaks staat op een ontwikkeling die wij als organisatie juist in willen zitten, waarin je toch inderdaad meer van leren, van positieve verhalen, met mekaar de inspirerende insteek wil nemen. (FG1)

Soms ook inderdaad op de persoon, dat duidelijk is: het gaat over iemand waar iets over gezegd wordt. Bij ons is er iemand door omgevallen. (…) Het heeft zo'n impact als je een calamiteit meemaakt. (FG3)

Daarbij krijgen professionals te maken met wisselende inspecteurs en contactpersonen die niet altijd met hen meedenken. Dit zorgt voor onduidelijkheid of kritiek en gaat ten koste van een gevoel van veiligheid en vertrouwen, wat juist contraproductief is voor leren:

Maar er zitten veel verschillen tussen de inspecteurs. (FG3)

De ene inspecteur geeft je alle ruimte, en (…) een ander die houdt vast, en een ander die heeft eigenlijk geen idee of daar krijg je eigenlijk geen advies van. (FG3)

…dat voorafgaand aan het 'formele deel' heel amicaal en meedenkend een dialoog gestart kon worden. Maar zodra de agenda startte, leek het alsof de harnassen aangingen – dat er een totale verandering van attitude en inzet aan tafel plaatsvond. (…) Dat maakt het natuurlijk ook een soort van onveilig. (FG3)

Commentaar op calamiteitenonderzoek

Er is ook commentaar op de manier waarop het calamiteitenonderzoek moet worden uitgevoerd. Organisaties en professionals vinden dat ze te maken hebben met onduidelijke procedures, termijnen en verantwoordelijkheden bij calamiteitenonderzoek, waardoor ze soms niet goed weten wat de inspectie van hen verwacht:

Ik denk dat daar een groot deel van de onduidelijkheid zit, in: wat verwachten ze van ons? (FG2)

Het tijdrovende, vaste stramien van calamiteitenonderzoek wordt als belastend en niet efficiënt ervaren. Een focusgroepdeelnemer vertelde dat een calamiteitenonderzoek in haar organisatie wel 300 uren vergde. Bij een onderzoek in de keten bestaat bovendien de kans om dingen 'dubbelop' te doen, omdat van elke organisatie afzonderlijk onderzoek en verbetermaatregelen worden verwacht.

…de tijd van het laatste onderzoek: daar zit 300 uur in voor eigen medewerkers. En als je er dan drie tegelijk hebt lopen… (FG3)

Het is onplanbaar en moet ontzettend zorgvuldig. Het is voor iedereen belastend en zwaar. (FG3)

Het is belangrijk dat het goed gebeurt. Naast mijn taak als gedragswetenschapper is dat eigenlijk helemaal niet te doen. Het zou een functie op zich moeten zijn (…), zoveel tijd neemt het in beslag. (FG3)

De onderzoeken zijn inderdaad heel tijdrovend, maar ook doordat we vanuit de inspectie op een bepaalde manier onderzoek moeten doen die toch nog wat voorbijgaat aan juist dat sectorbrede leren. (FG3)

…dat je het onderzoek rond een grote calamiteit binnen je eigen organisatie moet uitvoeren, terwijl datgene wat in die keten is gebeurd eigenlijk éven belangrijk is als wat er intern is gebeurd. (FG3)

En soms moeten organisaties heel lang wachten op een reactie van de inspectie, wat het leren ook niet ten goede komt:

Op het moment dat de inspectie zelf onderzoek doet, tast je eigenlijk helemaal in het duister naar het moment dat je terugkoppeling krijgt. Dat kan gewoon negen maanden duren. (FG3)

We zitten nu te wachten op de reactie van de inspectie [op het rapport/beoordeling van de inspectie], dat duurt dan een paar maanden weer. (…) Dan wil je natuurlijk verder met die verbeterpunten. (FG3)

4.1.3 Behoefte aan helderheid over rol van de inspectie

Naast het bevorderen van het leren van calamiteiten vervult de inspectie nog meerdere rollen zoals handhaven indien de veiligheid of kwaliteit van de hulpverlening ernstig in het geding is. In de praktijk kan dat onder professionals leiden tot 'rolverwarring' omdat voor hen niet altijd duidelijk is welke rol de inspectie wanneer vervult: handhaven (controleren, sanctioneren) en/of leren?

Ze hebben natuurlijk twee rollen: de ene keer is het willen stimuleren van zorgverbetering, en ze hebben vragen want ze mogen toetsen. En dat zouden ze op de een of andere manier beter kunnen of moeten scheiden, wil je die veiligheid krijgen om te kunnen leren. Want dan heb je een ander type gesprek. (FG3)

Enkele respondenten gaan zover dat zij zelfs de lerende rol van inspecties ter discussie stellen en dat de inspectie vooral een handhavende rol heeft. Of, als de inspectie het zo belangrijk vindt dat het veld bepaalde leerpunten oppakt, zou de inspectie het leren volgens een respondent ook kunnen afdwingen door het op te nemen in haar toetsingskaders.

Behoeften aan een nabije inspectie

Professionals en kwaliteitsmedewerkers in de jeugdhulp hebben vooral behoefte aan een toezichthouder (TSD/IGJ) die meer nabij is en die aansluit bij hun behoeften. Er is behoefte aan meer persoonlijk contact met de inspectie, wederzijds leren en concrete terugkoppeling op maat. De inspectie zou nog meer het leerproces op gang kunnen brengen bij de jeugdhulpaanbieders door bijvoorbeeld intervisiebijeenkomsten te organiseren en thematische rapportages met concrete actielijsten aan te bieden (Van der Hout, 2018). De beoogde rol van de inspectie wordt veelal gezien als faciliterend, al vinden sommigen ook dat een controlerende rol wenselijk is om te zien of de boodschap van de toezichthouder wel op de goede plek terechtkomt (Brugman, 2018).

5 Discussie en conclusies

5.1 Discussie

Hieronder volgt een nabeschouwing op het onderzoek, met een korte weergave van de bevindingen en een reflectie op de beleidsaannames achter het beleid gericht op sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening.

Bij de opzet van het onderzoek hebben we de beleidsaannames achter het beleid centraal gezet. Deze aannames zijn aan het begin van het project geformuleerd en vervolgens besproken aan de hand van de literatuur (hoofdstuk 2). Vervolgens is in de hoofdstukken 3 en 4 verslag gedaan van de bevindingen in de praktijk. De ambitie was om die bevindingen naast de beleidsaannames uit hoofdstuk 2 te leggen. In dit slothoofdstuk zullen we dit ook doen, maar niet zonder een pas op de plaats.

5.1.1 Een belangrijke bevinding

Een belangrijke bevinding uit het onderzoek is dat het veld over het algemeen het belang inziet van het leren van calamiteiten, inziet dat calamiteiten die zich elders hebben voorgedaan ook relevantie hebben voor de eigen praktijk, en van mening is dat de inspecties hier een aanjagende rol in kunnen hebben. Echter, tegelijk blijkt dat de calamiteitenrapportages vrij onbekend zijn in het veld, zeker als het gaat om bekendheid bij de professionals.

Overwogen moet worden dat de twee rapportages uitgebracht zijn in 2013 resp. 2016 en dat het praktijkonderzoek plaats vond eind 2018/begin 2019. Er is dus enige tijd verlopen sinds het uitkomen van die rapportages. Deels zou dit een verklaring kunnen zijn voor de observatie dat de rapportages vrij onbekend zijn. Dat zou vooral gelden voor de rapportage uit 2013 en minder voor die uit 2016. Daarnaast geldt dat, in de visie van de inspectie, de rapportages nog voldoende leerpunten kunnen opleveren.

Overwogen moet ook worden dat veel van de activiteiten van de inspectie gezicht zijn op de managers en bestuurders. Dat geldt zeker ook voor het TSD-rapport leren van calamiteiten 2. In ons onderzoek zijn we verschillende malen de observatie tegen gekomen dat de rapporten wel ‘ergens in de organisatie bekend zijn’, maar niet bij de betrokken professionals. Dit betekent dat er niet alleen een uitdaging voor de inspecties ligt om de kennis uit calamiteitenonderzoek in het veld te laten landen, maar dat die uitdaging zeker ook geldt voor de managers en bestuurders van de organisaties waarin deze professionals werkzaam zijn.

Wij hebben in dit onderzoek veel verschillende pogingen ondernomen om contact te krijgen met professionals die wel bekend zijn met de calamiteitenrapportages. Dat is enigszins gelukt. Maar, wat blijft staan is de constatering dat de calamiteitenrapportages vrij onbekend zijn in het veld. Dit betekent dat we weinig ‘praktijkervaringen’ met de calamiteitenrapportages hebben kunnen ophalen.

Beleidsaannames sectorbreed leren van calamiteiten

Op basis van deskresearch en gesprekken met inspecteurs zijn drie aannames opgehaald die ten grondslag liggen aan het beleid van de inspecties (IGJ en TSD) inzake het sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening:

1. Rapportages over calamiteiten bevatten relevante informatie voor jeugdhulpprofessionals en -instellingen die kan bijdragen aan het verbeteren van de jeugdhulp en het voorkomen van calamiteiten.
2. Jeugdhulpprofessionals en -instellingen zijn in staat om te leren van rapportages over calamiteiten.
3. De IGJ en de samenwerkende toezichthouders kunnen in het leerproces van jeugdhulpprofessionals en -instellingen een rol spelen.

In de volgende paragraaf leggen we deze beleidsaannames naast de door ons bestudeerde praktijk.

5.1.2 De beleidsaannames en de praktijk

5.1.2.1 Rapportages over calamiteiten bevatten relevante informatie voor jeugdhulpprofessionals en -instellingen die kan bijdragen aan het verbeteren van de jeugdhulp en het voorkomen van calamiteiten.

De bevindingen uit de praktijk rondom deze beleidsaanname zijn tweeërlei. Enerzijds zien professionals en anderen in het veld de integrale rapporten als een goed initiatief en zij beamen dat de strekking van de rapporten (geleerde lessen, rode draden) van groot belang is. Er is zeker ook een algemeen gevoelde behoefte aan informatie over trends, patronen, rode draden en geleerde lessen inzake calamiteiten. Tenslotte is er een groot moreel besef dat calamiteiten moeten worden voorkomen (‘dit nooit meer’).

Tegenover dit gedeelde uitgangspunt staan de ervaringen van onze respondenten in de dagelijkse praktijk. Zo stellen zij dat de integrale calamiteitenrapporten te weinig aansluiten bij de actualiteit. Daardoor ontbreekt, voor hen, de urgentie om er iets mee te doen. Hoewel de inspectie stelt dat de kernboodschappen van de rapporten nog steeds relevant zijn, gezien het feit dat de IGJ nog steeds meldingen met vergelijkbare problematiek voorbij ziet komen, verwachten de respondenten dat de boodschappen wat verouderd zijn. Ook geldt dat de informatie uit de rapportages moet concurreren met andere informatie, bijvoorbeeld die uit eigen calamiteitenonderzoeken of andere calamiteitenrapportages. Daarnaast wordt de inhoud als heel algemeen gezien, zonder echt nieuwe inzichten. Veel organisaties analyseren hun eigen meldingen en calamiteiten en de rode draden die ze hieruit afleiden – en ook delen met andere organisaties – komen grotendeels overeen met die in de rapportages. Tenslotte mist men de herkenbaarheid voor de eigen praktijk. Dat vraagt een vertaalslag, want de eerste vragen die professionals bij informatie over calamiteiten aan zichzelf stellen zijn: *Gaat het ook over ons?* Het leren van calamiteiten ‘uit de tweede hand’ is volgens deelnemers aan de focusgroepen echt iets anders dan als de organisatie of hulpverleners zelf een calamiteit meemaken.

Een uitzondering op dit geluid troffen we aan onder kwaliteitsfunctionarissen. Zij gaven aan dat informatie uit de rapporten goed gebruikt kan worden bij audits en het verbeteren van methodieken, zoals risicotaxaties en veiligheidsplannen. Op deze manier, zo denken zij, kan elk onderzoek naar een afzonderlijke calamiteit uiteindelijk in verschillende organisaties, ketens of zelfs sectorbreed de kwaliteit verhogen. Kennelijk sluiten de integrale rapportages wel aan bij de manier waarop deze kwaliteitsfunctionarissen werken.

Deze voorbeelden zijn concretiseringen van de constatering van Stavropoulou e.a. (2015) dat directe betrokkenheid het leereffect van calamiteiten positief beïnvloedt en dat afwezigheid van die directe betrokkenheid dat leren moeilijker maakt. Tegelijk moet bedacht worden dat de ambitie van de

toezichthouders met de integrale calamiteitenrapportages niet gericht was op het direct vertalen naar de eigen organisatie van de specifieke casuïstiek. De ambitie was juist een gesprek los te maken en reflectie mogelijk te maken: “Door deze te ontsluiten, willen wij professionals en bestuurders de mogelijkheid bieden om bestuurlijke doelen en ambities en de dagelijkse uitvoeringspraktijk nader tot elkaar te brengen, hierop te reflecteren en er gezamenlijk van te leren” (STJ/TSD, 2016). Deze inzet heeft, wat ons betreft, nog niets aan relevante verloren. De vraag is echter hoe die ambitie wel waar de maken.

5.1.2.2 Jeugdhulpprofessionals en -instellingen zijn in staat om te leren van rapportages over calamiteiten.

Naast dat de professionals die wij spraken het belang inzien van het leren van rapportages over calamiteiten, komt uit het onderzoek vooral naar voren dat dit leren niet ‘vanzelf’ gaat. Dit sluit direct aan bij de notie in de literatuur dat leren ‘werk verzetten’ betekent. Er moet op vier niveaus werk worden verzet om leren van calamiteiten mogelijk te maken: urgentie voelen, durven leren, kunnen leren en lessen vertalen. Dat ‘werk verzetten’ noodzakelijk is om te leren van calamiteiten geldt niet alleen voor het leren naar aanleiding van de calamiteitenrapportages van de inspecties. Ook voor het leren van de eigen calamiteitenrapportages geldt dat het leren ervan extra werk vraagt en dat het er ook niet altijd van komt. Kennelijk is directe betrokkenheid binnen een organisatie bij een calamiteit op zich onvoldoende motief om aan de slag te gaan met de kennis uit de calamiteitenrapportage.

Een veelgenoemde reden voor de onbekendheid met en het niet landen van de rapportages is de werkdruk of een gebrek aan tijd, waardoor prioriteiten in de dagelijkse werkelijkheid elders liggen. Professionals die zelf betrokken zijn bij calamiteitenonderzoeken zijn daarnaast al zoveel tijd kwijt met het onderzoeken van eigen meldingen en calamiteiten, dat er naast het eigenlijke werk maar weinig tijd overblijft voor het kennisnemen en leren van de rapportages over calamiteiten van derden. Wat ook niet helpt is de beeldvorming over de inspectie onder professionals: zij zien de inspectie niet meteen als een partner in leren.

Daarnaast wordt geconstateerd dat het in de sector ontbreekt aan een gedeelde visie op wat wanneer voor wie goede hulp is, doordat de sector uit verschillende soorten organisaties en uiteenlopende disciplines bestaat die nauwelijks algemene of gedeelde regels, kaders en normen hebben over wat goede zorg is. Als een gedeeld uitgangspunt ontbreekt over wat, wanneer voor wie goede hulp is valt een belangrijke voorwaarde weg om gezamenlijk te kunnen leren. Het ontbreken van zo een gedeelde visie is ook gesignaleerd in de eerste wetsevaluatie van de Jeugdwet (Friele e.a., 2018) en in recenter onderzoek naar de rol van de jeugd-GGZ na de Jeugdwet (Friele e.a., 2019). De vraag die zich opdringt is hoe geleerd kan worden in situaties zonder gedeelde kaders, regels en normen. Wellicht dat gedeelde kader, regels en normen niet moeten worden gezien als noodzakelijk uitgangspunt om te kunnen leren, maar meer als mogelijk resultaat van leerprocessen.

Een andere factor is dat calamiteitenrapportages de nadruk leggen op wat er ‘fout’ is gegaan. Professionals zijn over het algemeen bang om fouten te maken, vrezen de inspectie en het tuchtrecht, en schieten in een ‘kramp’ als er iets mis gaat, wat het leren vervolgens in de weg staat. Informatie over calamiteiten, waarin de nadruk veelal op fouten ligt, roept dan ook weerstand op.

Tegelijk zijn wij ook voorbeelden tegen gekomen waaruit blijkt dat, als er ‘werk wordt verzet’ er wel degelijk, sectorbreed, geleerd kan worden van calamiteiten. Binnen een organisatie werkt het leren van (de eigen) calamiteiten alleen maar als daar expliciet aandacht aan wordt besteed. Voorbeelden daarvan zijn het organiseren van specifieke klinische lessen, het vertalen van lessen uit

calamiteitenrapportages in het kwaliteitsbeleid en audits, tot aan het organiseren van vierdaagse reflectiebijeenkomsten met alle leden van een team. Daarnaast zien we voorbeelden van het leren van calamiteiten in de keten. Een belangrijke voorwaarde hiervoor lijkt het bestuurlijk commitment van de verschillende organisaties te zijn. Tenslotte zijn we verschillende voorbeelden tegengekomen waarbij rondom de calamiteitenrapportages speciale bijeenkomsten zijn georganiseerd of voorbeelden waarbij met de informatie uit de calamiteitenrapportages is aangesloten bij initiatieven van derden. Mooie voorbeelden zijn het gebruik van informatie uit de calamiteitenrapportages in een regionale calamiteitenoefening, als onderdeel van een kennismakingsbijeenkomst van professionals in een specifieke regio, of het zoeken van aansluiting bij initiatieven als 'Learning Together'.

Door de toezichthouders zijn verschillende initiatieven ontplooid die te karakteriseren zijn als 'werk verzetten' om te leren. De resultaten van deze initiatieven zijn we ook tegengekomen. Echter, de jeugdhulp is een grote, en vooral ook heel diverse, sector en de inspectiecapaciteit beperkt. Dit betekent dat de initiatieven die zijn ontplooid maar een beperkt deel van de sector hebben kunnen bereiken.

Uit de reflectie vanuit de literatuur op deze beleidsassumptie kwam naar voren dat leren veel inspanningen vraagt; het is hard werken. Het praktijkonderzoek bevestigt dit. Voor dat 'harde werken' lijkt het verstandig om bondgenoten te zoeken om zo, met de beschikbare capaciteit, effectiever te kunnen zijn. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat het wellicht een vruchtbare strategie is om meer aansluiting te zoeken bij bestaande initiatieven en organisaties in het veld en te bezien op welke manier zij kunnen bijdragen aan de sectorbrede ambitie van het leren van calamiteiten. Ook zou meer aansluiting gezocht kunnen worden bij leerprocessen binnen organisaties.

5.1.2.3 De IGJ en de samenwerkende toezichthouders kunnen in het leerproces van jeugdhulpprofessionals en -instellingen een rol spelen.

Om te beginnen zien respondenten een belangrijke rol voor de inspectie bij het sector overstijgend leren van calamiteiten. De behoefte is er om echt sámen met de inspectie van calamiteiten te leren. Hiernaast
staan de concrete ervaringen van de professionals met de inspectie, in dit geval vooral de IGJ. Die ervaringen zijn gemengd. Deels vertellen respondenten ons over positieve ervaringen, bijvoorbeeld over activiteiten die door de TSD werden georganiseerd naar aanleiding van de publicatie van de integrale rapportages of respondenten geven een voorbeeld waaruit blijkt dat de IGJ in hun geval mee heeft gedacht met het organiseren van hun eigen calamiteitenrapportages.

Tegelijk blijken respondenten niet altijd het gevoel te hebben dat in het contact met de inspectie het leren voorop staat en ze ervaren niet altijd de ruimte om te leren. In een aantal gevallen was er sprake van negatieve beeldvorming, die mede was bepaald door de wisselende of negatieve ervaringen die professionals hebben met de communicatie van de inspectie. Brieven zijn bijvoorbeeld niet altijd duidelijk of 'op maat' en de toon van brieven en gesprekken vindt men soms belerend of veroordelend. Ook weten organisaties en professionals niet altijd wat de inspectie van ze verwacht, en soms moeten organisaties lang wachten op een reactie van de inspectie, wat het leren ook niet ten goede komt.

Toch geven respondenten aan dat zij een meer actieve rol de inspecties zien weggelegd. Suggesties zijn om het leren in de sector meer te stimuleren en te faciliteren door meer aan te sturen op samen leren en reflecteren op calamiteiten, bestaande kennis over sectorbrede trends en ontwikkelingen meer te verbinden en explicieter onder de aandacht te brengen, door actiever informatie te delen en het samen leren te faciliteren.

In de literatuur die betrekking had op deze beleidsassumptie kwamen al de verschillende rollen die een inspectie heeft aan de orde: die van controleur en die van partner. Tussen die twee rollen zit een spanning. Als gevolg van de decentralisatie is het jeugdhulplandschap onderhevig aan grote veranderingen. Gemeentes hebben een centrale rol gekregen in de aansturing van de jeugdhulp, lokale teams zijn nog steeds in ontwikkeling en de samenwerkingsrelaties met het meer specialistische domein moeten goeddeels nog uitkristalliseren (Friele e.a., 2019). Er is een grote behoefte aan ruimte om te ontdekken hoe de nieuwe samenwerkingsrelaties het best er uit kunnen zien. Daar zijn geen recepten voor. Vanuit dit perspectief is er behoefte aan een inspectie die nadrukkelijk bijdraagt aan dit leerproces. Dit onderzoek laat zien dat ook het veld behoefte heeft aan die rol.

5.1.3 Enige reflecties op het onderzoek

De voor- en nadelen van de focus op twee overzichtsrapportages
Bij het onderzoek naar de ervaringen in de praktijk hebben we ons vooral gericht op wat er gebeurd is met de twee overzichtsrapportages, hoe deze zijn geland en wat het veld hiermee heeft gedaan. Dit is een keuze met voor- en nadelen. Door deze keuze kan, uit deze rapportage, het beeld ontstaan dat het beleid van de TSD en IGJ om te komen tot sectorbreed leren beperkt is geweest tot die twee rapportages. Dit is niet het geval. Die inzet is breder geweest en gericht op de verspreiding van algemene lessen onder alle betrokkenen (gemeenten, organisaties en professionals) via diverse congressen of symposia, (leer)bijeenkomsten en gesprekken/dialoog, naast het openbaar maken van afzonderlijke calamiteitenrapportages (casuïstiek). Het voordeel van deze keuze was dat we hierdoor beschikten over een concreet aangrijpingspunt voor het voeren van gesprekken met het veld. Door ons te richten op de twee rapportages hebben we vrij concrete resultaten kunnen ophalen.

Gemeentes en lokale teams zijn buiten vrijwel beeld gebleven
In het onderzoek in de praktijk zijn de gemeentes redelijk buiten beeld gebleven. Dat geldt ook voor de lokale teams voor de toegang tot de jeugdhulp. Bij de uitvoering van het onderzoek hebben wij grote moeite gedaan om professionals te kunnen spreken over de impact van de rapportages. Vanuit de lokale teams, noch vanuit de gemeentes is hierop gereageerd. Dit is te begrijpen vanuit het feit dat ten tijde van de onderzoeksperiode gemeentes en lokale teams volop in beweging waren om vorm te geven aan hun rollen en taken als gevolg van de invoering van de Jeugdwet. Dit is ook te begrijpen doordat de rapportages betrekking hebben op situaties die zich voordeden voorafgaand aan de invoering van de Jeugdwet, waardoor de relevantie van de casus voor de situatie na de invoering van de Jeugdwet minder wordt gezien. Enkele observaties in het onderzoek ondersteunen deze veronderstelling. Dit doet verder niets af aan de constatering dat gemeentes en lokale teams in het onderzoek vrijwel buiten beeld zijn gebleven. Het lijkt echter wel een veilige veronderstelling dat dat het beeld dat de rapportages nauwelijks zijn geland ook geldt voor de gemeentes en de lokale teams.

5.2 Conclusies

De centrale vraag voor dit onderzoek luidde:

Hoe kunnen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Toezicht Sociaal Domein (TSD) een bijdrage leveren aan het sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening?

Uit het onderzoek blijkt dat de impact van calamiteitenrapportages op sectorbreed leren in de jeugdhulpverlening gering is. Dit onderzoek laat hiervoor diverse oorzaken zien, maar de belangrijkste

oorzaak hiervoor is dat de integrale rapporten nauwelijks bekend zijn. Deels ligt dit aan de beperkte infrastructuur voor de verspreiding van de rapportages in relatie tot de uitgebreidheid en diversiteit van het veld. Ook ligt dit in de druk van het dagelijkse werk van de professionals in de jeugdhulp en, voor zover men daarbij een rol heeft, en de tijd die men al moet besteden aan het onderzoeken en afhandelen van eigen incidenten en calamiteiten.

Daarnaast missen de rapportages herkenbaarheid en aansprekendheid. Hoewel de rode draden in de calamiteitenrapportages herkenbaar zijn, wordt de boodschap van de rapporten als 'heel algemeen' beschouwd en zijn de lessen moeilijk te vertalen naar de eigen praktijk. Daar komt bij dat er een gebrek is aan actualiteit en urgentie om kennis te nemen van de rapporten 'van toen', zeker doordat de situatie in de sector met de invoering van de Jeugdwet heel erg is veranderd.

Door de nadruk op fouten, of wat mis gaat, voelen medewerkers 'op de werkvloer' ook veel weerstand om te leren van calamiteiten. Tenslotte wordt de inspectie als afzender van de rapportages niet altijd gezien als een fijne, stimulerende partner om van te leren, noch als een onafhankelijke partij die meedenkt.

5.2.1 Aanbevelingen

Het belang van het leren van calamiteiten, hoe lastig dat ook moge zijn, wordt door iedereen gezien. Er is een groot moreel besef dat calamiteiten moeten worden voorkomen ('dit nooit meer'). Ook zien organisaties en professionals hier nadrukkelijk een rol voor de inspectie. Op grond van deze constatering en bevindingen uit dit onderzoek formuleren wij, voor de inspectie, drie aanbevelingen:

1. *Sluit met de kennis uit calamiteitenrapportages aan bij de bestaande dynamiek in het domein van de jeugdhulp en de manier waarop professionals kennis willen nemen van voor hen belangrijke informatie.*

De ambitie om te komen tot sectorbreed leren gebeurt in een, zeker op dit moment, uiterst dynamische context. Het is niet alleen het leren dat ingewikkeld is, maar ook de sector is aan verandering onderhevig. De Jeugdwet heeft ervoor gezorgd dat bestaande samenwerkingsrelaties onder druk zijn komen te staan, dat nieuwe samenwerkingsvormen ontstaan of nog moeten worden uitgevonden, dat gemeentes een eigen rol hebben gekregen in het domein van de jeugdhulp, dat gemeentes die rol uiterst divers oppakken en dat de individuele organisaties zich moeten herbezinnen op hun toekomst. Die context is op dit moment uiterst actueel en zal dat nog wel enige tijd blijven. Om op een betekenisvolle manier te communiceren met de professionals in het veld, moet hier rekenschap van worden gegeven.

Daarnaast moet de vraag gesteld worden of het vastleggen van calamiteiten in een overzichtsrapportage wel aansluit bij de manier waarop professionals kennis nemen van voor hen relevante informatie. Wellicht dat dynamischer vormen van kennisdeling beter aansluiten.

Om te kunnen leren van calamiteiten is het essentieel dat de informatie aansluit bij de ervaren werkelijkheid. Die werkelijkheid is dynamisch. Dat vraagt om manieren van kennis verspreiden die aansluit bij de eigen situatie en ook levend wordt gehouden.

2. *Maak voor het verspreiden van inzichten uit calamiteitenrapportages meer gebruik van bestaande kennisinfrastructuren, en stimuleer professionals, organisaties en landelijke organen en ook de*

gemeentes om zelf het initiatief te nemen om relevante informatie uit hun eigen calamiteitenrapportages te delen via hun eigen kennisinfrastructuur en – voor zover nodig – daar verder een kennisinfrastructuur voor te ontwikkelen.

Het veld van de jeugdhulp is uitgebreid en divers. Daarnaast is dat veld ook nog volop in ontwikkeling en er ontstaan nieuwe organisatievormen en samenwerkingsverbanden (zie bijv. Friele e.a., 2019). De klassieke, vaak grote, organisaties zijn niet meer de dominante organisatievorm voor het leveren van jeugdhulp. Dat maakt het voor de inspectie praktisch gezien onmogelijk om iedereen te bereiken. In dit onderzoek zijn we verschillende partijen tegengekomen die een rol kunnen, en ook willen, spelen bij de verspreiding van inzichten uit en bij het leren op basis van calamiteitencalamiteitenrapportages.

Zo bestaat er een netwerk van kwaliteitsfunctionarissen, gelieerd aan grotere jeugdhulporganisaties, die het als hun taak zien om informatie uit calamiteitenrapportages te vertalen naar hun organisaties. Daarnaast zijn er andere organisaties die voor zichzelf een taak zien om het leren in de sector te ondersteunen, zoals het Nederlands Jeugdinstituut, de Stichting Learning Together, het netwerk van kwaliteitsfunctionarissen of het Kenniscentrum Jeugd- en Kinderpsychiatrie. De inspectie zou in overleg met deze partijen na kunnen gaan op welke manier een verbinding kan worden gelegd tussen de bevindingen van de inspectie uit de calamiteitenrapportages en het werk van deze organisaties. Ook kent het Actieprogramma Zorg voor de Jeugd nadrukkelijk een onderdeel gericht op leren. De inspectie zou bij dit onderdeel aansluiting kunnen zoeken, en contact leggen met betrokken brancheverenigingen om te zorgen dat de inzichten uit calamiteitenonderzoeken gebruikt worden bij het verder leren.

Tenslotte geldt dat gemeentes verantwoordelijk zijn voor de jeugdhulp, als gevolg van de decentralisatie door de Jeugdwet. Gemeentes hebben daarmee ook een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de jeugdhulp, die ze vanuit hun rol moeten invullen. De rol van de gemeentes is in dit onderzoek nauwelijks aan de orde geweest. Maar, gezien de verantwoordelijkheid die gemeentes op dit terrein hebben gekregen ligt het voor de hand om hen hier ook op aan te spreken en met hen, bijvoorbeeld in VNG verband, na te gaan hoe lessen uit calamiteitenrapportages kunnen worden gebruikt voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de jeugdhulp.

3. *Besteed als toezichthouder meer tijd en aandacht aan een inhoudelijke reflectie op de calamiteitenrapportage van een specifieke organisatie. Verbind de individuele calamiteitenrapportage met de veel bredere kennis die bij de IGJ beschikbaar is. Overweeg om dit leerproces op regionaal niveau vorm te geven.*

De professionals die wij spraken ervaren dat de inspectie zich nu vooral richt op de manier waarop calamiteitenonderzoek wordt uitgevoerd en op de rapportage. Men mist de aandacht voor het feitelijke leren. Daarbij wordt opgemerkt dat de inspectie een veel breder perspectief heeft dan een individuele instelling, doordat de inspectie kennis kan nemen van veel meer calamiteitenrapportages. Dat bredere perspectief wordt waardevol gevonden.

Er is behoefte in het veld om kennis te kunnen nemen van dit bredere perspectief en het te verbinden met de eigen calamiteitenrapportages. Wellicht is het een optie om met enige regelmaat op regionaal niveau leersessies te organiseren waarin de betrokken organisaties hun eigen calamiteitenrapportages inbrengen, terwijl de inspectie haar bredere inzichten inbrengt. De uitdaging is dan om deze bijeenkomsten zo te organiseren dat niet alleen calamiteitenonderzoekers en kwaliteitsfunctionarissen hieraan deelnemen, maar dat ook de professionals zelf worden bereikt. Dit biedt niet alleen de sector een kans om te leren van de inzichten bij de inspectie. Het werkt dan twee kanten op; de inspectie

krijgt op deze manier ook zelf meer inzicht in de mogelijkheden en onmogelijkheden om van calamiteiten te leren binnen de sector.

Literatuur

Argote, L., Ingram, P., Levine, J. M., & Moreland, R. L. (2000). Knowledge transfer in organizations: learning from the experience of others. Organizational Behavior and Human Decision Processes 82(1), 1-8.

Bagian, J.P., Gosbee, J., Lee, C.Zz, et al. (2002). The Veterans Affairs root cause analysis system in action. Jt Comm Journal on Quality Improvement 28: 531–45.

Bal, R. A. (1999). Grenzenwerk; over het organiseren van normstelling voor de arbeidsplek. Dissertatie. Enschede: Universiteit Twente.

Bal, R.A., Bijker, W.E. en Hendriks, R. (2002). Paradox van wetenschappelijk gezag. Over de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad. Den Haag: Gezondheidsraad.

Bomhoff, M., Boer, D. D., & Friele, R. D. (2016). Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis. Utrecht: NIVEL.

Brugman, L. (2018). Kunnen en durven leren van calamiteiten van anderen: een kind kan de was doen? Afstudeerscriptie. Rotterdam: ESHPM, Erasmus Universiteit Rotterdam.

CBS (2018). Jeugdhulp 2018. (https://www.cbs.nl/-/media/_pdf/2019/18/jeugdhulp%202018.pdf).

CBS (2017). Statline: http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914NED&D1=0-23&D2=(l-2)-l&VW=T.

Dean, B. (2002). Learning from prescribing errors. Qual. Saf. Health Care 2002, 11: 258-260.

Duiveman, R., Grin, J., Hafkamp, W. & Metze, T. (2015). Nieuwe kennispraktijken: grenzenwerk revisited. Bestuurskunde, 24(4), doi: 10.553//09273872015024004001.

Friele, H., Bruning, M.R. Bastiaanssen, I.L.W., Boer, R. de, Bucx, A.J.E.H., Groot, J.F. de, Pehlivan, T., Rutjes. L., Sondeijker. F., Yperen, T.A. van, Hageraats, R. (2018). Eerste evaluatie Jeugdwet. Na de transitie nu de transformatie. Den Haag: ZonMw.

Friele, R.D., Hageraats, R., Fermin, A., Bouwman, R., Zwaan, J. van der. (2019). De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen. Utrecht: Nivel, Nederlands Jeugdinstituut

Gajadien, C. (2018). How to improve the quality of care? Insights into how health care inspectors contribute to quality in practice. Thesis Master HCM. Rotterdam, Erasmus University Rotterdam, ESHPM.

Gieryn, T. F. (1983). Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. American Sociological Review 48(6), 781-795.

Grit, K., Bomhoff M., Bal R., Friele R. (2016). Toezicht in onzekere situaties. Op zoek naar een passend toezichtkader in een veranderende gezondheidszorg. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Grit, K., de Kam, D., Bouwman, R., Harmsen, M., Friele, R., Bal, R. (2018). Kennissynthese calamiteitentoezicht. Rotterdam: ESHPM, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hermans, J. (2016). Investeer in professionals in de frontlinie. Lezing op het congres Veilig Verder (8 december 2016).

Hollnagel, E. (2013). Making Health Care Resilient: From Safety-I to Safety-II. In Hollnagel, E., Braithwaite, J. en Wears, R.L. (eds). Resilient Health Care. Farnham: Ashgate Publishing. Pag 3-17.

Hout, A. van den, (2018). Sectorbreed leren van calamiteiten in de jeugdhulpverlening. Afstudeerscriptie. Rotterdam: ESHPM, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). Jaarbeeld 2017. Utrecht: IGJ.

Inspectie Jeugdzorg (2017). Toetsingskader Verantwoorde Hulp voor Jeugd. Wat toetst de inspectie specifiek? Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.

Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie Veiligheid en Justitie (2017). Jaarbeeld 2016 landelijk toezicht jeugd. Utrecht: IJZ, IGZ en IVenJ.

Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie Veiligheid en Justitie (2016). Jaarbeeld 2015 landelijk toezicht jeugd. Utrecht: : IJZ, IGZ en IVenJ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, en Inspectie Veiligheid en Justitie (2017). Casusonderzoek Nissewaard. Onderzoek naar aanleiding van het onverwacht overlijden van een jongere. Utrecht: IGJ en IVenJ.

Khatri, N., Brown, G. D., & Hicks, L. L. (2009). From a blame culture to a just culture in health care. Health Care Manage Rev, 34(4), 312-322. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181a3b709.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. en Donaldson, M.S. (1999). To err is human: Building a safer health care system. Washington, Institute of Medicine.

Legemaate, J., Grit, K.J., Plomp, E., Die, de, M., Bovenkamp, H.M. van de, Broer, T., Bouwman, R., Bomhoff, M.C., Friele, R.D. en Bal, R.A. (2013). Thematische wetsevaluatie - Bestuursrechtelijk toezicht op kwaliteit van zorg. ZonMw: Den Haag.

Leistikow, I. (2017). Toezicht op calamiteiten: wijsheid of werkverschaffing? In Toezicht in Turbulente Tijden. Liber Amicorum Ter gelegenheid van het emiritaat van prof. dr. Paul Robben. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Pag. 97-109.

Leistikow I., Mulder, S., Vesseur J., et al. (2017). Learning from incidents in healthcare: the journey, not the arrival, matters. BMJ Quality & Safety 26: 252–256.

Lukic, D., Littlejohn, A., & Margaryan, A. (2012). A framework for incidents in the workplace. Safety Science 50(4), 950-957.

Meszarasova, E. (2018) Towards safer care: Finding common ground between standardisation and adaptability. Investigating how the elements of Safety 1 and Safety 2 approaches interplay in the daily practice of healthcare inspectors. Thesis Master HCM. Rotterdam, Erasmus University Rotterdam, ESHPM.

Mitchell, I., Schuster, A. Smith, K., Pronovost P. en Wu, A. (2016). "Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'." BMJ Quality & Safety 25 (2):92-99.

Munro, E. (2011). The Munro Review of Child Protection: Final Report. A child-centred system. Department of Education.

NIP. (2018). Evaluatie Jeugdwet. De stem van de professional; aanbevelingen uit de dagelijkse praktijk. Utrecht: NIP, namens de gezamenlijke beroepsverenigingen.

Parker, P., Lawrie, M., & Hudson, P. (2005). A framework for understanding the development of organizational safety culture. Safety Science 44(6), 551-562. doi: 10.1016/j.ssci.2005.10.004.

Pfeiffer, Y. Manser, T., & Wehner, T. (2010). Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. BMJ Quality & Safety Health Care 19(6). doi: 10.1136/qshc.2008.030445.

Preston-Shoot, M. (2018). What is Really Wrong with Serious Case Reviews? Child Abuse Review 27: 11-23.

Ramanujam, R. en Goodman, P. S. (2011). 'The challenge of collective learning from event analysis. Safety Science 49: 83-89.

Samenwerkend Toezicht Jeugd (2013). Leren van calamiteiten. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd.

Samenwerkend Toezicht Jeugd, & Toezicht Sociaal Domein (2016). Leren van Calamiteiten 2: Veiligheid van kinderen in kwetsbare gezinnen. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd, Toezicht Sociaal Domein.

Samenwerkend Toezicht Jeugd, & Toezicht Sociaal Domein (2016). Meerjarenvisie-2016-2019. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd, & Toezicht Sociaal Domein.

SCIE. (2016). Learning into Practice Project (LiPP): Project Report. London, Social Care Institute for Excellence.

Smits, M., Langelaan, M., Groot, J. de. (2018). Leren van calamiteiten in de ziekenhuiszorg: welke nieuwe inzichten komen naar boven bij een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten? Utrecht, Nivel.

Stavropoulou, S., Doherty C. en Tosey, P. (2015). "How effective are Incident-Reporting Systems for improving patient safety? A systematic literature review." The Milbank Quaterly 93(4): 826-866.

Szulanski, G. (1996). Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm. Strategic Management Journal, 17, 27-43.

Toezicht Sociaal Domein (2018). Regie Sociaal Domein. De regisseur – Heb jij scherp wat je moet doen? Verantwoordelijkheden. Geraadpleegd op 15 april 2018, van http://www.regiesociaaldomein.nl/de-regisseur/verantwoordelijkheden.

TSD. (2017). Jaarplanbrief TSD 2018-2019. Utrecht: TSD

Venderbos. J. (2018). Nemen gemeenten hun verantwoordelijkheid omtrent het sectorbreed leren van calamiteiten? Onderzoek naar de rol van gemeenten in het leren van anderen in de jeugdhulpverlening. Afstudeerscriptie. Rotterdam: ESHPM, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verslag congres 'Leren van calamiteiten 2', 6 juni 2016.

Vereniging Nederlandse Gemeenten (2017). Afsprakenkader en draaiboeken voor de afstemming van het Wmo-toezicht van de gemeente en het nalevings- en stelseltoezicht van de rijksinspecties in het sociaal domein. Den Haag: VNG.

VNG (2018). Dashboard jeugdhulptrajecten per jeugdregio. Den Haag: VNG. Geraadpleegd op 11 oktober 2018, van https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/zorglandschap-jeugdhulp/publicaties/dashboard-jeugdhulptrajecten-per-jeugdregio.

VWS. (2016). Brief aan de Tweede kamer bij het rapport Leren van Calamiteiten-2. Den Haag: VWS, 30 mei

Walshe K. en Phipps D. (2013). Developing a strategic framework to guide the Care Quality Commission's programme of evaluation. University of Manchester, Manchester.

Waring, J.J. (2005). 'Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting'. Social Science & Medicine 60: 1927–1935.

Waring, J. en Bishop, S. (2010). ""Water cooler" learning: Knowledge sharing at the clinical "backstage" and its contribution to patient safety." Journal of Health Organization and Management 24 (4): 325-342.

Weenink, J.W., Wallenburg, I. en Bal, R. (2019). De openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ: een verkenning van de consequenties voor zorgaanbieders, inspecteurs en de kwaliteit van zorg. Rotterdam, ESHPM, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Wilson, J.M., Goodman, P.S. & Cronin, M.A. (2007). Group learning. Academy of Management Review. (32).

Wood, A. (2016). Wood Report. Review of the Role and Functions of Local Safeguarding Children Boards. The Stationery Office, London.

Wu, A.W. (2000). Medical error: the second victim. West. J. Med, 172(9), 726-727.

Wu, A.W, Lipshutz A.K.M. en Pronovost, P.J. (2008). "Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine." Jama 299 (6): 685-68.

Bijlage A Onderzoeksmethode

BELEIDSTHEORIE

Voor inzicht in de beleidstheorie van de inspectie om te komen tot sectorbreed leren van calamiteiten, zijn gesprekken gevoerd met betrokken inspecteurs en medewerkers van IGJ/TSD, zijn relevante documenten en websites geanalyseerd, en hebben we gekeken naar wat er in de literatuur bekend is over (sectorbreed) leren van calamiteiten en de rol van het toezicht daarbij. Dit alles om vast te stellen welke verwachtingen de inspecties hanteren op grond waarvan zij vorm hebben gegeven aan hun beleid en wat de huidige kennis is over sectorbreed leren van calamiteiten en de rol van het toezicht.

INTERVIEWS EN FOCUSGROEPEN

Vervolgens gingen we na in hoeverre de beleidstheorie van IGJ/TSD aansluit bij de praktijk, aan de hand van interviews en focusgroepsgesprekken met beleidsmakers, managers en zorgprofessionals in de jeugdhulpverlening. Deze gesprekken vonden plaats in de periode tussen mei 2018 en maart 2019.

Vragen die in de gesprekken aan bod kwamen, gingen over: zijn organisaties/professionals bekend met de integrale calamiteitenrapportages van de inspectie?; (hoe) wordt er van calamiteiten geleerd?; in hoeverre werkt het idee van sectorbreed leren door op verschillende lagen van organisaties (bestuur en professional)?; wat zijn ervaren barrières voor het voelen van urgentie, het durven en kunnen leren en het vertalen van opgedane lessen?; en wat zijn juist stimulerende factoren om van calamiteiten te leren? Om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de centrale vraag van het onderzoek, over hoe de inspecties met het calamiteitentoezicht een bijdrage kunnen leveren aan het stimuleren van sectorbreed leren.

ESHPM: 'het kruimelspoor volgen...'

ESHPM heeft pro-actief en specifiek gezocht naar praktijken waarin aandacht is voor calamiteiten, veiligheid of complexe problematiek en die naar alle waarschijnlijkheid kennis hebben genomen van de integrale calamiteitenrapportages van de inspecties. Hiervoor is via diverse wegen en bronnen (inspecteurs, websites etc.) naar contactpersonen gezocht. Uiteindelijk resulteerde dit in 29 interviews met 32 respondenten.

• NJi	Programmaleider Veilig Opgroeien
• Jeugdbescherming Provincie A	Gedragswetenschapper
• CCE	Programmaleider jeugd
• Learning Together	Voorzitter bestuur en projectleider
• Zorg voor Jeugd	Programmacoördinator beleidslijn 5 en
• Zorg voor Jeugd	Landelijk ambassadeur
• Jeugdhulporganisatie	Zes medewerkers crisisopvang en gedragswetenschapper
• Jeugdhulpaanbieder A	Kwaliteitsmedewerker
• Jeugdhulpaanbieder B	Kwaliteitsmedewerker
• Jeugdhulpaanbieder C	Kwaliteitsmedewerker
• Jeugdhulpaanbieder D	Kwaliteitsmedewerker
• Jeugdhulpaanbieder E	Kwaliteitsmedewerker
• Ministerie van VWS	Beleidsmedewerker directie Jeugd
• Gemeente A	Beleidsmedewerker Jeugd en voormalig beleidsmedeweker
• Gemeente B	Beleidsmedewerker en teamleider gebiedsteams
• Gemeente C	Directeur Jeugd- en Gezinsteams

- Gemeente D — Beleidsmedewerker Jeugd
- Zelfstandig adviesbureau — Voormalig projectleider Veiligheid voorop!
- Diverse gemeente — Vier beleidsmedewerkers
- TSD — Twee inspecteurs

Nivel: 'in gesprek met professionals'
Nivel heeft drie focusgroepen georganiseerd om in gesprek te gaan met professionals die werkzaam zijn in de jeugdhulpverlening. In totaal namen 26 professionals deel aan een focusgroep. In twee groepsgesprekken waren dit voornamelijk jeugdhulpverleners/-beschermers en managers, plus een vertegenwoordiger van een beroepsorganisatie. Aan de derde focusgroep namen uitsluitend kwaliteitsfunctionarissen deel vanuit het zogeheten Kwaliteitsgenootschap (een landelijk platform, met kwaliteitsfunctionarissen van grote jeugdzorginstellingen/-organisaties vanuit elke provincie).

Deelnemers werden geworven via een oproep op social media (verspreid via LinkedIn en Twitter) en door een directe benadering (via e-mail) van het Kwaliteitsgenootschap. De drie groepsgesprekken, aantal deelnemers (en data) waren:

- Focusgroep 1 (FG1): 9 professionals (13 december 2018)
- Focusgroep 2 (FG2): 5 professionals (11 februari 2019)
- Focusgroep 3 (FG3): 12 kwaliteitsfunctionarissen (14 maart 2019)

Elk groepsgesprek duurde twee uur (incl. een korte pauze) en vond plaats onder begeleiding van een gespreksleider (RF of MT) in aanwezigheid van een notulist (MT of JV). In de focusgroepen kwamen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan bod: 1) calamiteitenrapportages; 2) leren van calamiteiten; 3) rol van de inspectie.

Analyse en rapportage
Resultaten van de interviews en groepsgesprekken werden volledig (woordelijk) uitgetypt en vervolgens geanalyseerd (open gecodeerd). Deelnemers ontvingen een samenvatting of verslag van de gesprekken, als membercheck en ter goedkeuring/accordering van de citaten die mogelijk zouden worden meegenomen in de uiteindelijke rapportage.

Bijlage B Redenen waarom de integrale rapporten nauwelijks zijn geland

Tabel 1. Redenen die uit de gesprekken naar voren kwamen die verklaren waarom de integrale calamiteitenrapporten nauwelijks zijn geland en gebruikt voor leren in de jeugdhulpverlening

Redenen	Citaten
Calamiteitenrapporten (inhoud/ boodschap) • Informatie is niet meer actueel of al vergeten • Te algemeen of al bekend • Gebrek aan context-informatie en duiding, en lessen zijn moeilijk te vertalen naar de praktijk/werkvloer • Hardnekkige, nauwelijks te veranderen problemen	*Dat rapport was een beetje weggezakt.* (FG1) *Er zijn inmiddels alweer heel veel nieuwe rode draden, want 2016 is echt wel lang geleden.* (FG3) *Het is eigenlijk zo herkenbaar wat daarin staat.* (FG1) *Wij kijken ernaar en denken van: is dat wel van toepassing op ons?* (FG3) *Dan lijkt het alsof de inspectie met een aantal punten komt die uit de lucht komen vallen. (…) Terwijl, als je dat verhaal er meer in meeneemt, dat dan het waarom veel duidelijker is.* (FG2) *Het zijn ook dingen die vaak ontzettend hardnekkig zijn.* (FG2)
Kennisverspreiding (kanalen, bijv. website, symposia) • Rapporten zijn onbekend of komen niet aan op de werkvloer • Er is heel veel informatie en regelmatig andere rapporten • Symposia/leerbijeenkomsten niet bezocht door medewerkers van de werkvloer (wel managers en bestuurders) • Rapporten moeilijk vindbaar	*Ik ken ze niet, dus in die zin zijn ze niet geland, nee.* (FG3) *…dat dat binnen onze organisatie elders geland is.* (FG3) *… dat het niet direct een item was dat werd opgepakt in de zin van: 'daar moeten wij op de werkvloer ook wat mee'. Ook niet dat het vanaf beleid of management heel erg doorsijpelde naar de werkvloer.* (FG2) *Er zijn regelmatig heel interessante rapporten te lezen waar we echt dingen uit kunnen halen.* (FG3) *…echt een hele mooie bijeenkomst, maar ja: hoe krijg je medewerkers daar hè? Die worden daar ook helemaal niet verwacht overigens.* (FG1) *Ik kijk frequent op de website van de inspectie, maar het springt mij niet in het oog, dat ik heel snel bij de lessen van calamiteiten kan komen*. (FG3)
Ontvanger (organisaties en professionals) • Werkdruk en andere prioriteiten (bijv. veel eigen calamiteiten) • Rapporten niet nodig voor leren • Nadruk op fouten of wat niet goed gaat, levert weerstand op	*Je zou willen dat je daar veel meer mee zou kunnen, maar daar is echt tijd voor nodig.* (FG3) *…dat we bij ons de handen vol hebben aan eigen casussen (…) al blij zijn dat we van onze [eigen] calamiteiten leren.* (FG1) *Maar (…) om te leren m'n organisatie op gang te houden of bezig te houden, daar heb ik die twee rapporten niet voor nodig.* (FG1) *Pas op dat je niet alleen op wat er fout gaat, gaat zitten. Want je maakt de sector… kopschuw.* (FG1)
Zender (inspecties) • Beeldvorming • Communicatie	*Het gaat nooit om wat de inspectie wil; het gaat om wat wij voor kinderen en gezinnen doen. Maar zo voelt het voor het merendeel van de mensen absoluut niet als je te maken krijgt met de inspectie.* (FG2) *De communicatie van de inspectie met ons, helpt daar niet altijd bij en toont niet altijd dat ze willen dat we ervan leren.* (FG2) *Dat [leren] doe je door er aandacht aan te geven, en niet door er maar kennis in te douwen.* (FG2)
Overige (sector) • Veranderingen, discontinuïteit en problemen in de sector (bijv. hoog personeelsverloop en toename van calamiteiten)	*De wachtlijsten zijn gebleven, er is moeilijk personeel te werven, iedereen is overbelast.* (INT Friesland 1) *Die discontinuïteit werkt ook heel erg door in de kwaliteit die je met elkaar kan leveren*. (FG3)