Bijlage A Casestudies in vijf gemeentes naar de rol van de jeugd-GGZ na de Jeugdwet

A. Fermin, J. van der Zwaan, B. van Dalen, J. Mathijssen, R.D. Friele

Samenvatting

Voor deze deelstudie zijn casestudies uitgevoerd in vijf gemeentes: Capelle aan den IJssel, Huizen, Steenwijkerland, Tilburg en Utrecht. Voor elke gemeente zijn relevante documenten bestudeerd en zijn gesprekken gevoerd, zowel binnen de gemeente als met vertegenwoordigers van jeugd-hulporganisaties, en met name jeugd-GGZ organisaties.

Het overall beeld dat uit deze casestudies naar voren komt is dat er veel verschillen zijn tussen de manier waarop gemeentes hun rol met betrekking tot jeugdhulp invullen. De verschillen die we zien tussen de vijf door ons bestudeerde gemeentes suggereren dat die verschillen in de praktijk tussen de vele gemeentes in Nederland nog groter zullen zijn. Alle vijf de onderzochte gemeentes zijn na de transitie van de jeugdzorg, waarbij het accent lag op continuïteit van het zorgaanbod, momenteel de transformatie aan het vormgeven en uitvoeren.

Toegang en triage

Gemeentes zijn volop aan het zoeken naar de invulling van de toegang tot de jeugdhulp. Ze maken daarbij verschillende keuzes. Zo kiezen sommige gemeentes ervoor om de uitvoering binnen de gemeente te houden (Huizen en Steenwijkerland), terwijl andere gemeentes de uitvoering uitbesteden aan een aparte, onafhankelijke organisatie (Capelle, Tilburg en Utrecht). Overwegingen van sturing (controle behouden of meer op inhoud sturen) spelen hierbij een rol. Tegelijk is er een min of meer gedeelde ontwikkeling zichtbaar. Dit is de ontwikkeling dat specifieke expertise ‘naar voren’ wordt gehaald - naar de sociale en medische basiszorg, dus lokale teams en huisartsen - voor triage en soms ook lichte behandeling. Gemeentes bevorderen dit bijvoorbeeld via een aanbod van een Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg voor de jeugd (POH-GGZ Jeugd), (deels) betaald door de gemeente. Of ze voegen specifieke expertise, bijvoorbeeld op het terrein van de jeugd-GGZ, toe aan de lokale teams. Het CJG in Capelle gaat hierin het verst met GGZ-expertise voor zowel lichtere als zwaardere jeugdhulp. Andere gemeentes, zoals Utrecht, kiezen ervoor specialistische expertise apart te organiseren, in buurtgerichte specialistische jeugdhulpteams (pilot Extr@Utrecht).

Deze verschillende keuzes hebben hun gevolgen voor triage. Het naar voren halen van expertise helpt bij het maken van een goede inschatting. Lokale teams kunnen naast de genoemde opties – van expertise binnen het lokale team, aparte specialistische of expertteams, POH-GGZ Jeugd, vaak ook experts bij gecontracteerde GGZ-aanbieders consulteren of om advies vragen.

Wat betreft de triage blijkt de waarde van het woord urgentie of snelheid lastig te bepalen. Enerzijds wordt er, volgens gemeentes soms te snel doorverwezen (huisartsen worden hier met name genoemd; overigens soms geven ook aanbieders aan dat te snel wordt doorverwezen), anderzijds soms te laat volgens jeugdhulpaanbieders. Het zoeken naar de juiste afweging hierin is iets dat zowel professionals van de toegangsteams als specialistische jeugdhulpaanbieders bezighoudt.

Samenwerking

Gemeentes vullen de samenwerking met de jeugd-GGZ verschillend in. Samenwerken gaat niet vanzelf en kost moeite, het vereist tijd, continuïteit en het scheppen van voorwaarden om elkaar te ontmoeten en in gesprek te gaan, om elkaar te leren kennen, wederzijds vertrouwen op te bouwen, overeenstemming te bereiken over doelen van de transformatie en om nieuwe multidisciplinaire aanpakken te ontwikkelen. Door gemeentes wordt de samenwerking met de jeugd-GGZ zelden apart genoemd, omdat dit voor hen geen aparte beleidscategorie meer vormt binnen de jeugdhulp.

Er zijn veel verschillende vormen van samenwerking: horizontaal en verticaal, voorafgaand aan een verwijzing, middels een verwijzing, na een verwijzing (regie) en na afloop van een behandeling (afschaling). Echt samenwerken rondom een gezin na een verwijzing blijkt in de praktijk nog lastig te realiseren. Dat komt mede door een versnipperd aanbod en verschillen in organisatie en werkwijze. Dit was voor de gemeente Utrecht een reden om niet langer uit te gaan van de organisatie van de jeugd-GGZ, maar uit te gaan van de inhoud (de vraag) en vervolgens het aanbod anders, namelijk buurtgericht, te organiseren. Dit heeft vorm gekregen in de een pilot Extr@Utrecht.

De inkoop- en bekostigingsmodellen die gemeentes hanteren hebben invloed op de mogelijkheden tot samenwerking. Deze modellen zijn nog volop in ontwikkeling. Een eerste indruk is dat deze modellen vooralsnog zowel samenwerking bevorderen als onbedoelde belemmeringen hiervoor opwerpen, onder meer door de verzwaring van de administratieve lasten.

In de vijf onderzochte gemeentes is maar beperkte aandacht – van lokale teams en gemeentes - voor integrale hulp bij specialistische jeugdpsychiatrie. Het gaat hier om psychische problemen die niet vaak voorkomen en waarbij verwijzing naar regionaal of landelijk werkende instellingen nodig is. Verwijzingen naar zulke specialistische hulp lijken vaak via een huisarts te verlopen en minder vaak via lokale teams.

Sturen en leren

Om te sturen maken de gemeentes gebruik van, grofweg, twee modellen van sturing: één meer gericht op inhoud en één meer gericht op de organisatie van toegang en verwijzing. Financiële druk kan aanleiding zijn om zich meer te richten op het tweede model. Gemeentes zoeken op verschillende manieren naar een balans tussen controle en vertrouwen; tussen het beheersen van processen en kosten en het bieden van ruimte voor vernieuwing en creativiteit. Bij de ene gemeente ligt de nadruk meer op het beheersen van kosten en processen (Huizen en Steenwijkerland), andere gemeentes kiezen ervoor om meer ruimte te bieden aan de professionals en co-creatie met betrokkenen (Capelle en Utrecht). De gemeente Tilburg zit tussen beide posities in.

De gemeentes binnen de casestudies zien de verwijzingen vanuit de huisartsen en het doorsturen van ‘moeilijke’ kinderen vanuit het onderwijs naar de huisarts als knelpunt. Gemeentes proberen invloed uit te oefenen op de verwijzingen door de huisarts, soms gedreven door inhoudelijke overwegingen (betere triage en gerichte verwijzing), maar ook vanuit kostenoverwegingen. De twee gemeentes die sturen op inhoud (Capelle en Utrecht), die ook breed samengestelde lokale teams voor jeugd en gezin kennen, kennen relatief weinig directe verwijzingen van de huisarts naar de GGZ. Dat lijkt erop te wijzen dat de samenwerking binnen de basiszorg hier beter van de grond komt.

Jeugdzorgregio’s – regionale samenwerkingsverbanden van gemeenten voor onder meer de inkoop van jeugdhulp - hebben voor een bepaalde bekostigingssystematiek gekozen mede met het oog op het realiseren van transformatiedoelen zoals meer samenwerking voor het realiseren van een integraal aanbod. De interviews met jeugdhulpaanbieders laten zien dat de bekostigingssystematiek zeker invloed heeft op samenwerking van aanbieders. Er is ook sprake van autonome ontwikkelingen bij en tussen aanbieders (fusies, intrinsieke motivatie bij aanbieders om meer samen te werken voor innovatie en een passend aanbod). Verschillende regio’s hanteren een vorm van bekostiging waarmee aanbieders hoofdaannemer worden voor het beantwoorden van een brede zorgvraag. Zij moeten dan zelf contact leggen met andere aanbieders en contracten afsluiten met onderaannemers. Dit vraagt om een stuk extra coördinatie en registratie die aanbieders onwenselijk vinden. Eén gemeente (Utrecht) heeft voor de specialistische jeugdhulp gekozen voor een taakgerichte bekostiging (lump sum) om hiermee de professionals meer ruimte te bieden.

Gemeentes ervaren over het algemeen dat ze onvoldoende informatie hebben om goed te kunnen sturen. Dit probleem speelt in mindere mate bij gemeentes die meer op inhoud sturen, omdat de uitvoering van de transformatie hier meer in co-creatie wordt ontwikkeld en over het algemeen meer vertrouwen is in de professionals en aanbieders. Over de vraag en het gebruik van specifiek jeugd-GGZ is beperkt informatie beschikbaar; jeugd-GGZ vormt geen aparte categorie meer binnen het lokale beleid, maar is een onderdeel van de specialistische jeugdhulp. Een ander probleem is dat data over verschillende jaren soms niet goed verglijkbaar zijn, vanwege veranderingen in de uitvoering van het lokale beleid en de regionale inkoop.

Gemeentes realiseren zich dat het van groot belang is dat zijzelf en de aanbieders continu leren en zich ontwikkelen, liefst in interactie, om zo goed mogelijk de transformatiedoelen te realiseren. Dat pakken gemeentes verschillend op.
Soms zoeken gemeentes elkaar op, stellen professionals in staat om samen te leren en elkaar te leren kennen, wordt geleerd via de academische werkplaatsen en werkplaatsen sociaal domein, soms een combinatie ervan met alle partijen. Daartoe zetten gemeentes diverse instrumenten in: kennisateliers, leertafels, pilots, zorgmarkten, evaluaties en onderzoeken. Om te kunnen leren is het belangrijk om elkaar te kennen, elkaars expertise te kennen, elkaar te vertrouwen en overeenstemming te bereiken over doelen voor de jeugdhulp.

1 Inleiding

Voor u liggen de resultaten van het deelonderzoek op lokaal niveau. Met dit onderzoek hebben we inzicht gekregen in hoe op lokaal niveau de uitdagingen van de Jeugdwet worden ingevuld en, in het bijzonder, wat daarbij de positie is van de jeugd-GGZ. We hebben vijf gemeentes gekozen voor een casestudie onderzoek. De vijf gemeentes zijn Capelle aan den IJssel, Huizen, Steenwijkerland, Tilburg en Utrecht. De gemeentes verschillen in grootte, regio, en organisatie van de jeugdhulp. In elke gemeente is gestart met een bestudering van relevante documenten (gemeentelijke nota's, raadsbrieven, enz.) om de beleidsontwikkeling, uitgangspunten en resultaten in kaart te brengen. Daarna is contact gezocht met de afdeling Jeugd van gemeentes om met betrokkenen gesprekken te voeren. In ieder geval is gesproken met gemeentelijke beleidsmedewerkers/adviseurs Jeugd, vertegenwoordigers van de uitvoeringsorganisatie (de lokale teams) en GGZ-jeugdhulpaanbieders (twee per gemeente, bij voorkeur verschillend in omvang van de organisatie). Afhankelijk van de gekozen bijzondere organisatievormen in een gemeente is ook nog gesproken met vertegenwoordigers van andere relevante organisaties. Van de gesprekken zijn verslagen gemaakt die naar de respondenten zijn gestuurd om eventuele onjuistheden eruit te halen. Op basis van de gespreksverslagen en literatuurstudie zijn per gemeente rapportages gemaakt, die ook aan de respondenten zijn voorgelegd voor correctie op eventuele onjuistheden. Zie voor een uitgebreidere verantwoording van de gevolgde werkwijze bijlage C over de methoden van onderzoek.

In hoofdstuk 2 van dit deelonderzoek combineren we de bevindingen over de vijf gemeentes. We beschrijven allereerst de visies en uitgangspunten van de verschillende gemeentes op dit terrein. Vervolgens gaan we in op de vijf centrale thema's voor dit onderzoek: toegang, triage, samenwerking, specialistische jeugd-GGZ en leren. Het bleek dat de thema's toegang en triage enerzijds, en samenwerken een specialistische jeugd-GGZ nauw met elkaar verweven zijn. Daarom bespreken we deze thema's gecombineerd. Daarnaast bleek het thema leren, voor gemeentes, sterk verbonden met vragen rond sturing. Na hoofdstuk 2 beschrijven we in de hoofdstukken 3-7 de bevindingen van de casestudies in de vijf gemeentes.

2 Bevindingen uit de vijf casestudies

Visie en uitgangspunten

Gemeentes onderscheiden zich nauwelijks in hun visie op en de uitgangspunten voor de transformatie van de Jeugdzorg (zorg dichtbij, integraal, enz.), al verschillen wel de termen waarin deze uitgangspunten worden geformuleerd. Er is wel een verschil in de mate waarin het jeugdzorgbeleid vooral lokaal dan wel regionaal wordt doorontwikkeld, de mate waarin dit gebeurt samen met partners in het jeugdhulpveld en de mate van doorwrochtheid en de breedte van de aanpak (specifiek jeugd of breed sociaal domein). De gemeente Steenwijkerland heeft bijvoorbeeld vooral uitgangspunten voor de transformatie van het hele sociaal domein geformuleerd, met in een bijlage bij de nota specifieke uitgangspunten voor de jeugdzorg, terwijl een gemeente als Utrecht veel tijd heeft gestoken (en veel nota's heeft gepubliceerd) om de uitgangspunten voor de jeugdzorg samen met betrokken veldpartijen en doelgroepen door te ontwikkelen, om zo ook draagvlak te realiseren. Andere gemeentes zitten tussen deze twee uitersten in. Opvallend is dat uitgangspunten voor de jeugdzorg bij Tilburg (vooral) op regionaal niveau (Hart van Brabant) zijn geformuleerd.

Bijna alle gemeentes besteden in hun visie en uitgangspunten en in de uitwerking ervan geen specifieke aandacht aan de jeugd-GGZ. Alleen Utrecht heeft enige aandacht voor de gevolgen voor de jeugd-GGZ in haar nota's (tot in 2017) en bij de doorontwikkeling van de transformatie per sector (zoals discussiebijeenkomsten met de GGZ in 2018).

Toegang en triage

Verschillende soorten lokale teams

De toegang tot de basis- en specialistische jeugdhulp (inclusief jeugd-GGZ) is op verschillende manieren georganiseerd in de onderzochte gemeentes. Bij de inrichting van de toegang hebben de gemeentes verschillende keuzes gemaakt in de positionering van de toegang: binnen de gemeente of bij een externe organisatie.[5] Daarnaast hebben gemeentes verschillende keuzes gemaakt over de invulling van de toegang. Gemeentes hebben ofwel gekozen voor de breedte (heel het sociaal domein) met een accent op verwijzen ofwel voor de diepte (alleen jeugd en gezin) waarbij het team de mogelijkheid heeft om ook zelf te ondersteunen en behandelen. Een combinatie is in theorie mogelijk, maar komt in de vijf cases niet voor. Wellicht omdat gemeentes rekening houden met een optimale teamgrootte en 'diep' en 'breed' samen minder goed te realiseren is?

Toegangsteams

Twee gemeentes (Huizen en Steenwijkerland) hebben de toegang binnen de gemeente gepositioneerd. De belangrijkste redenen hiervoor waren een betere afstemming van beleid en uitvoering, voorkomen dat instellingsbelangen de transformatiedoelen in de weg staan én grip op de uitvoering houden. Deze wijze van organiseren binnen één organisatie en op één plek (gemeentehuis) moet zorgen voor een betere afstemming tussen beleid en uitvoering. Ook de ambitie van beide gemeentes om te komen tot sociaal domein-brede teams die zich richten op ondersteuningsvragen op het gebied van jeugdhulp, zorg (Wmo) en werk en inkomen (Participatiewet), vormde een belangrijke

[5] Zoals eerder aangegeven gebruiken wij de term lokaal team als generieke term voor de veelheid aan benamingen die we zijn tegengekomen zoals buurtteam, wijkteam, CJG, gebiedsteam, toegangsteam en de toegang. Die teams kunnen ondergebracht zijn binnen het gemeentelijke apparaat of daarbuiten.

reden. Aangezien de toegang tot de Wmo en de Participatiewet al binnen de gemeente was belegd, was het voor deze gemeentes een logische keuze ook de toegang tot jeugdhulp binnen de gemeente te positioneren.

Toegang via lokale teams

In twee gemeentes (Capelle aan den IJssel en Utrecht) is de toegang tot jeugdhulp neergelegd bij één organisatie; in Capelle bij het CJG en in Utrecht bij Lokalis. De toegang wordt uitgevoerd door wijkgerichte teams, die specifiek gericht zijn op jeugd en gezin. De professionals binnen de teams hebben de ruimte en expertise om niet alleen te verwijzen maar ook om problematiek zelf te behandelen. Het CJG van Capelle onderscheidt zich door de integratie van jeugdhulp (inclusief jeugd-GGZ) en jeugdgezondheidszorg binnen één organisatie en één team. De professionals vormen samen de toegang tot specialistische jeugdhulp, voeren casusregie in het kader van één gezin, één plan, één regisseur uit en bieden zelf ook een breed palet aan hulp; van lichte en preventieve hulp tot zwaardere zorg en behandeling (dit laatste alleen in Capelle). Door deze bundeling van expertises is de toegang laagdrempelig geworden en de hulp meer integraal, zo blijkt uit diverse onderzoeken.

Gemeente Tilburg bevindt zich tussen deze twee modellen. De gemeente heeft bij de transitie van de jeugdhulp ervoor gekozen de bestaande toegangen tot jeugdhulp, Wmo en werk en inkomen te continueren bij vijf samenwerkende organisaties (die vanaf 2019 samen de Coöperatie Toegang Tilburg vormen). De toegangsteams kunnen verwijzen naar specialistische jeugdhulp; ze kunnen ook zelf lichte hulp bieden, al blijkt dit in de praktijk maar beperkt te gebeuren. De gemeente neemt de besluiten over de beschikkingen. De toegang blijkt echter onvindbaar voor veel inwoners, er is sprake van wachtlijsten en de gemeente staat voor de uitdaging de toegang verder door te ontwikkelen.

Huisartsen

Naast de lokale of toegangsteams vormen huisartsen een belangrijk aanspreekpunt voor ouders en jeugdigen met psychische problemen en vormen ze een toegang tot specialistische jeugdhulp. Een groot aandeel van de verwijzingen naar aanvullende jeugdhulp, en met name jeugd-GGZ, loopt via de huisartsen. De huisarts als verwijzer stelt gemeentes voor de uitdaging hoe de huisartsen te betrekken bij het realiseren van de transformatiedoelen en kostenbesparing. Zo ervaren gemeentes dat huisartsen vaak te weinig tijd (consult) en kennis (van zowel de GGZ als de sociale kaart) hebben om breed te kijken naar problemen van jeugdigen en een goede inschatting te kunnen maken voor een gerichte verwijzing.

Gemeentes gebruiken verschillende strategieën om huisartsen meer te betrekken bij het realiseren van de transformatiedoelen. In Utrecht is bijvoorbeeld een proeftuin Jeugd-GGZ uitgevoerd in enkele wijken om te onderzoeken hoe de samenwerking van huisartsen, buurtteams en jgz meer op elkaar afgestemd en verbeterd kan worden, onder meer door samen casuïstiek te bespreken. In andere gemeentes wordt aangegeven dat de lokale of toegangsteams en huisartsen elkaar nog niet goed weten te vinden. Dit is onder meer het geval in Steenwijkerland en Tilburg. In deze gemeentes is gekozen om te experimenteren met een Praktijkondersteuner Huisarts voor jeugd-GGZ (deels of helemaal betaald door de gemeente), die zowel meer kennis heeft van de jeugd-GGZ als van de sociale kaart in de gemeente. Vanwege positieve resultaten van de pilots is die in Steenwijkerland uitgebreid naar andere huisartspraktijken en zoekt Tilburg naar mogelijkheden hiervoor.

Triage en expertise naar de voorkant

De gemeentes erkennen het belang van een goede inschatting van de omvang en zwaarte van de zorgvraag aan de voorkant. Om een goede inschatting te kunnen maken, halen gemeentes op verschillende manieren expertise naar de voorkant: binnen het toegangsteam, via aparte (expert)teams of via de POH-GGZ Jeugd.

De jeugdconsulenten binnen de gemeentelijke toegangsteams van Huizen en Steenwijkerland bieden zelf geen behandeling of begeleiding. Kennis en expertise op het gebied van jeugd-GGZ ontbrak in de eerste jaren binnen deze gemeentelijke teams.
Reden hiervoor was onder andere dat de gebruikelijke route naar de jeugd-GGZ via de huisarts liep. Om deze huisartsenroute te versterken en de jeugdconsulenten te ondersteunen, hebben beide gemeentes GGZ-expertise naar voren gehaald. In Steenwijkerland is dit gebeurt doordat jeugdconsulenten van het toegangsteam twee POH's Jeugd-GGZ, een gedragswetenschapper en experts van gecontracteerde jeugdhulpaanbieders om advies kunnen vragen.

Huizen heeft samen met de andere gemeentes binnen de regio Gooi en Vechtstreek het Consultatie en Adviesteam (C&A team) opgezet om expertise op het gebied van jeugd-GGZ naar voren te halen. Het C&A team is een onafhankelijk team bestaande uit twee jeugdartsen, een klinisch psycholoog en een orthopedagoog. Het team adviseert en ondersteunt huisartsen en jeugdconsulenten, is op huisartsenpraktijken aanwezig, beoordeelt verlengingen van beschikkingen voor jeugd-GGZ en kan zelf ondersteuning bieden. Het team fungeert zo als een schakel tussen de gemeentelijke toegang, huisartsen en specialistische jeugdhulpaanbieders. Uit onderzoek komt naar voren dat de kennis en expertise van het team gewaardeerd wordt en dat de inzet van het team heeft bijgedragen aan het reduceren van het aantal (onnodige) verwijzingen naar de jeugd-GGZ (Gooi en Vechtstreek, 2017b, 2018b). Gemeente Huizen heeft overigens in de afgelopen jaren het gemeentelijk toegangsteam uitgebreid met GGZ-expertise om zo de gewenste integrale aanpak verder te versterken.

De gemeente Utrecht experimenteert in enkele wijken met aparte buurtgerichte specialistische teams: de Extr@Utrecht teams. Deze teams bestaan uit 6 tot 12 professionals, vrijgevestigd of verbonden aan jeugdhulpaanbieders, die zowel jeugd- en opvoedhulp als basis én specialistische GGZ bieden. Ze kunnen worden ingeschakeld door de gezinswerkers van de buurteams, huisartsen en de jeugdgezondheidszorg voor consultatie en behandeling. Deze wijkgerichte en laagdrempelige vorm van specialistische hulp maakt het mogelijk om samen met professionals van de basiszorg integraal, rondom een gezin samen te werken.

Samenwerking en specialistische jeugdpsychiatrie

Typen van samenwerking

Gemeentes streven naar samenwerking van alle betrokkenen in de jeugdzorg om overeenstemming te realiseren over de doelen van de transformatie en de uitvoering ervan, en meer in het bijzonder om passende en integrale hulp te realiseren voor jeugdigen en gezinnen. Samenwerking kan daarbij verschillende vormen aannemen en op verschillende niveaus plaatsvinden. Daarbij zijn vier verschillende typen van samenwerking te onderscheiden. Zelden wordt daarbij de samenwerking met de jeugd-GGZ apart genoemd.

Tabel 1: Typen van samenwerking

Typen samenwerking	Gescheiden niveaus; Horizontale samenwerking	Samenwerking tussen niveaus; Verticale samenwerking
Hulp dichtbij (aan de voorkant)	1. samenwerking van generalisten rond gezin	3. expertise aan de voorkant erbij halen
Na doorverwijzing	2. samenwerking tussen jeugdhulpspecialisten	4. generalisten blijven betrokken na doorverwijzing

Horizontale samenwerking in de buurt of wijk (cel 1 in de tabel)

Horizontale samenwerking in de buurt of wijk betreft samenwerking tussen de verschillende partijen in het veld van sociale en medische basiszorg. Voor een integrale aanpak is een brede samenwerking binnen het sociale veld van belang. Het gaat hier zowel om samenwerking met consulenten Wmo en Participatie-wet, samenwerking met huisartsen, samenwerking met het voorliggend veld[6], zoals het jeugdwerk en het sociaal werk, maar ook met het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg met het oog op preventie en vroegsignalering.

Samenwerking binnen het sociale domein heeft in alle gemeentes aandacht. Samenwerking met het voorliggend veld wordt ook van groot belang geacht, maar vormt soms nog een uitdaging. Wel hebben gemeentes stappen ondernomen. Zo heeft Steenwijkerland met het beleggen van alle welzijnstaken bij één welzijnsorganisatie, Sociaal Werk De Kop, randvoorwaarden geschapen om een goede lokale samenwerking met het voorliggend veld te realiseren. De Kop voert taken uit op het gebied van maatschappelijk en welzijnswerk, jongerenwerk en onafhankelijke cliëntondersteuning voor inwoners van 0 tot 100 jaar. Ook biedt De Kop begeleiding bij lichte problematiek en opvoedondersteuning en functioneert de organisatie als toegang voor alle vragen binnen het sociale domein, dus ook voor de jeugdhulp. Hierdoor kunnen in een vroeg stadium al verbindingen tussen jeugdhulp en voorliggend veld worden gerealiseerd. De Kop heeft drie gebiedsteams en vormt zo hèt herkenbare en laagdrempelige loket voor vragen binnen het sociale domein.

Verticale samenwerking (cellen 3 en 4 in de tabel)

Verticale samenwerking tussen de lokale teams en de GGZ-specialisten wordt van belang geacht om de specialistische zorg beter te laten aansluiten bij de eigen kracht en het netwerk van de jeugdige/het gezin, de geboden basiszorg en met het oog op het de-medicaliseren en normaliseren. De invulling van de verticale samenwerking hangt ten dele af van de keuzes die bij de invulling van de lokale toegang gemaakt zijn. In de gemeentes waar niet zelf jeugdhulp geboden wordt, bestaat de samenwerking met name uit verwijzen en regievoering, die al dan niet vanuit het lokale team wordt ingezet. De behoefte aan regie komt voort uit de ambitie te komen tot samenhang, onder het motto van één gezin, één plan, één regisseur. Die regie krijgt - in meer of mindere mate - ook gestalte na doorverwijzing en kent verschillende vormen: op afstand als procesregisseur (die coördineert en partijen bij elkaar brengt indien nodig) of dichterbij als casusregisseur (die een plan voor een jeugdige opstelt en bijhoudt en coördineert hoe het wordt uitgevoerd door betrokkenen). Lokale teams zijn op zoek naar hoe ze die regie het best kunnen invullen.

In de gemeentes waar lokale teams ook jeugdhulp bieden, wordt samengewerkt door jeugdwerkers en jeugdhulpspecialisten (bijv. samen casuïstiek bespreken), en blijven jeugdwerkers betrokken ook als (tijdelijk) geen hulp wordt geboden of als wordt doorverwezen. Dit is ook van belang om tijdig en passend te kunnen afschalen. Deze verticale samenwerking lijkt in veel van de onderzochte gemeentes nog niet goed van de grond te komen: "*het zijn nog gescheiden werelden*". Hier ligt voor alle gemeentes nog een uitdaging. Afschaling naar lokale teams of het voorliggend veld vereist kennis hiervan en wederzijds vertrouwen in deskundigheid. Die twee voorwaarden zijn moeilijk te realiseren, zeker voor grote aanbieders die voor vele gemeentes en regio's werken. Het vereist ook een toegankelijk lokaal team, zonder lange wachttijden. Zo geeft een enkele aanbieder aan dat de lokale of

---

[6] Het voorliggend veld (soms ook voorveld genoemd) van het sociaal domein omvat het georganiseerde ondersteunend aanbod voor bewoners in een gemeente of wijk dat vrij toegankelijk is (geen indicatie nodig), zoals jeugdwerk en sociaal werk. Gemeenten willen het voorliggend veld versterken vanuit het oogpunt van preventie en om de transformatiedoelen van eigen kracht en de-medicalisering te bevorderen. Behalve dat de terminologie per gemeente kan verschillen, kan ook de invulling ervan per gemeente verschillen doordat de grenzen tussen het voorliggend veld en de sociale basiszorg door het lokale team verschillend worden getrokken.

toegangsteams moeilijk bereikbaar zijn en te lange wachttijden hebben voor de intake van hun cliënt. Samenwerking tussen het lokale team en de specialistische jeugdhulpaanbieders vereist specifieke afspraken, tijd, inzet en ruimte voor alle partijen.

Samenwerking tussen aanbieders (cel 2 in de tabel)

In de fase van transitie van jeugdzorg ging de aandacht van gemeentes uit naar zorgcontinuïteit en het organiseren van de toegang tot jeugdhulp. Nu veel gemeentes werken aan de transformatie, gaat ook meer aandacht uit naar het bevorderen van samenwerking tussen jeugdhulpaanbieders om zo een integrale aanpak te realiseren. Inkoop en bekostiging zijn voor gemeentes instrumenten om deze samenwerking en integrale aanpak te bevorderen.
Steenwijkerland, Tilburg en Capelle hebben gekozen voor een resultaatgerichte bekostiging en Huizen voor een daarop lijkende persoonsvolgende bekostiging/trajectfinanciering voor het bevorderen van een integrale aanpak en samenwerking. Deze wijze van bekostiging neemt schotten weg die er voorheen waren. Maar samenwerking vergt tijd (om elkaar te leren kennen, vertrouwen op te bouwen en om te innoveren) en daarom ook continuïteit. Daarom wordt het gewaardeerd als niet jaarlijks nieuwe contracten moeten worden afgesloten. De resultaatgerichte bekostiging lijkt de samenwerking te bevorderen, maar hij werpt ook onbedoelde belemmeringen op voor samenwerking, vooral door de vele extra administratieve lasten en doordat gemeentes de regie bij een integraal aanbod overlaten aan aanbieders (die dan als hoofdaannemer een onderaannemer moet zoeken en contracteren).
Utrecht heeft gekozen voor een taakgerichte bekostiging (een soort van populatiebekostiging), waarbij aanbieders het budget (lump sum) flexibel kunnen inzetten, zonder financiële verantwoording op individueel niveau (van de cliënt). Hiervoor is onder meer gekozen vanwege de lage administratieve lasten voor aanbieders.

Samenwerking van aanbieders kan overigens ook een autonome ontwikkeling zijn, vanuit fusies, vanuit een intrinsieke motivatie bij aanbieders om meer samen te werken om een breder of innovatief aanbod te kunnen realiseren of omdat aanpalende gemeentes/regio's keuzes hebben gemaakt die van invloed zijn op het gedrag van aanbieders. In Tilburg zie je bijvoorbeeld dat aanbieders elkaar opzoeken, omdat ze in de regio ook nauwer samenwerken. Daarnaast zijn er 'oude' vormen van samenwerking die worden gecontinueerd, zoals FACT-jeugdteams (in Tilburg).

Het onderzoek onder de vijf gemeentes laat zien dat zich verschillende vormen van horizontale en verticale samenwerking ontwikkelen, maar ook dat er nog veel obstakels zijn voor samenwerking. Samenwerking vereist tijd, continuïteit en het scheppen van voorwaarden om elkaar te ontmoeten, in gesprek te gaan, elkaar te leren kennen, wederzijds vertrouwen op te bouwen, overeenstemming te bereiken over doelen en om nieuwe, multidisciplinaire aanpakken te ontwikkelen.

Specialistische jeugdpsychiatrie

In de casestudies is maar weinig aandacht voor de specialistische jeugdpsychiatrie. Het gaat hier om hulp bij stoornissen die niet vaak voorkomen en waarbij verwijzing naar regionaal of landelijk werkende instellingen nodig is. Verwijzingen naar zulke specialistische hulp loopt vaak via de huisarts; lokale teams zijn daardoor minder vaak erbij betrokken.

Zeer specialistische hulp wordt vaak op een bovenregionaal niveau ingekocht; jeugdzorgregio's spelen hierbij een rol. En voor hoog-specialistische hulp, waarvoor het aantal cliënten zo klein is dat het per regionaal samenwerkingsverband van gemeentes moeilijk is om daarvoor een goed aanbod te contracteren, is er de landelijke inkoop van jeugdzorg via de VNG. Ook vanwege deze redenen is er weinig aandacht voor op gemeenteniveau. Veel van de gemeentes lijken vanuit het adagium 'doen wat nodig is' wel ruimte te bieden om ook zeer specialistische zorg in te kopen buiten het gecontracteerde aanbod.

In de Utrechtse pilot Extr@Utrecht wordt al doende uitgezocht welke specialistische jeugdhulp op welk niveau nodig en realiseerbaar is: het niveau van een of meerdere wijken, op stadsniveau, op bovenregionaal niveau binnen de provincie Utrecht of op landelijk niveau. Zo is er een voorbeeld van hoog-specialistische hulp die wordt verleend door een specialist van een Extr@Utrecht team onder supervisie van een specialist uit Amsterdam die daarvoor een kennismodule heeft ontwikkeld. Groepsgerichte behandeling van weinig voorkomende problematiek blijkt vaak wel op het niveau van enkele wijken of op stadsniveau georganiseerd te kunnen worden. Utrecht heeft daarbij het voordeel dat ze voldoende 'massa' heeft om allerlei specialistische hulp op wijk- en stadsniveau te organiseren, en dat ze die als zelfstandige jeugdregio kan inkopen.

Sturen en leren

Twee modellen van sturing

De vijf gemeentes binnen de casestudies onderschrijven alle de transformatiedoelen, maar de wijze waarop (de gekozen strategie) en de snelheid waarmee zij deze doelen willen realiseren verschilt per gemeente. Dit heeft onder andere te maken met de sturingsfilosofie van de gemeentes en met de rol die de gemeentes voor zichzelf en voor de jeugdhulpaanbieders zien. Er kunnen grofweg twee modellen van sturing worden onderscheiden: één meer gericht op inhoud (Capelle aan den IJsel en Utrecht) en één meer gericht op de organisatie van toegang en verwijzing (Steenwijkerland, Huizen en deels ook Tilburg).

De sturingsfilosofie blijkt indirect uit de keuzes die gemaakt zijn, bijvoorbeeld in de keuze voor de inrichting van de lokale of toegangsteams, het inkoopmodel, de bekostigingssystematiek en de vormgeving van verantwoording en monitoring. Hierin hebben alle vijf gemeentes eigen keuzes gemaakt, wat tot een divers beeld leidt. Bij gemeentes die duidelijke inhoudelijke keuzes op het terrein van de jeugdzorg hebben gemaakt - Capelle en Utrecht - zien we dat deze uitgangspunten ook gebruikt worden als leidraad voor het handelen, wat zorgt voor een consistent en consequent beleid, ook al staat het onder druk vanwege stijgende kosten. De drie andere gemeentes proberen vooral door vormen van organisatie meer grip op de uitvoering van het beleid te krijgen. In deze gemeentes zien we soms minder consistent en consequent beleid. Zo is de toegang in Huizen gericht op verwijzen, maar krijgt het Consultatie en Adviesteam steeds meer (ook inhoudelijke) taken, wat bij aanbieders voor onduidelijkheid en irritaties kan zorgen. Bij de gemeente Steenwijkerland is de herpositionering van de toegang van een onafhankelijk CJG-team naar een gemeentelijke toegang - vooral te begrijpen vanuit de behoefte aan meer beheersing van kosten. Tilburg zit wat betreft haar sturingsfilosofie tussen de twee modellen in. Voor deze gemeente is het nu een uitdaging om meer eenheid en richting te realiseren uit de mix van elementen uit de twee modellen (uitvoering door externe partijen, brede sociale toegang, maar beschikkingen door de gemeente afgegeven).

Gemeentes zijn op zoek naar hun rol in het transformatieproces. Er bestaat een ongelijkwaardigheid in rollen (en macht) in het veld tussen gemeentes en aanbieders. De relatie tussen opdrachtgever - opdrachtnemer is een logische verhouding. Maar als het lokale of toegangsteam niet alleen aangeeft wat er moet gebeuren (het doel van de behandeling), maar ook hoe het moet gebeuren, roept dit vrij algemeen weerstand op bij de aanbieders. Ze hebben dan het gevoel dat hun expertise niet wordt erkend, er onvoldoende vertrouwen is en dat de gemeente te veel op de stoel van de behandelaar gaat zitten. Dit lijkt vooral te gebeuren bij gemeentes die vanuit kostenoverwegingen meer grip proberen te krijgen en die sturen vanuit de organisatie van toegang en verwijzing. Zo hebben in Huizen de aanbieders het idee dat het C&A team - door zijn extra taken - te veel op inhoudelijke gronden (o.a. dossieronderzoek) beslissingen neemt over bijvoorbeeld verlengingen.

Dit zou pleiten voor duidelijk gescheiden rollen tussen opdrachtgever en opdrachtnemer.
De casus van Utrecht laat zien dat het wel wordt gewaardeerd als de gemeente meedenkt over hoe bijvoorbeeld de inzet van specialistische zorg op wijkniveau in een specifiek geval beter kan worden georganiseerd, zo lang ze daarbij maar de expertise van de specialist respecteert.

De capaciteit en mogelijkheden van gemeentes om hun eigen beleid te bepalen verschilt. De mate waarin gemeentes zelf hun koers kunnen bepalen, is onder andere afhankelijk van de positie die zij binnen een jeugdregio innemen. Een gemeente als Utrecht, die in zijn eentje een jeugdregio vormt, hoeft niet met andere gemeentes te overleggen over haar strategie. Voor een kleinere gemeente als Steenwijkerland is het veel lastiger om een eigen koers te varen binnen haar regio.

Daarnaast is de gemeente Steenwijkerland qua inwoneraantal klein maar qua oppervlakte erg uitgestrekt, met dunbevolkte buitengebieden die op andere provincies zijn georiënteerd. Dit vraagt binnen de gemeente en aan aanbieders flexibiliteit in het maken van keuzes, wat de situatie extra compliceert. Dat een kleinere gemeente wel degelijk eigen keuzes kan maken binnen een regio, laat Capelle aan den IJssel zien. Door duidelijk vanuit een visie positie te kiezen en ruimte voor zichzelf op te eisen, heeft Capelle duidelijke stappen binnen de transformatie kunnen zetten. Lef en bestuurlijke kracht zijn hierbij een belangrijke factor.

De sturingsfilosofie en de vormgeving van de toegang

Alle onderzochte gemeentes zoeken naar een balans tussen controle en vertrouwen; tussen het beheersen van processen en kosten en het bieden van ruimte voor vernieuwing en creativiteit. Bij sommige gemeentes (Steenwijkerland, Huizen) ligt de nadruk meer op het beheersen van kosten en processen, ook vanuit een kramp om de stijgende kosten te kunnen bedwingen. Deze gemeentes hebben de toegang binnen de gemeente gepositioneerd om zo te kunnen sturen op de verwijzingen naar jeugdhulp. Beschikkingen worden vanuit de gemeente afgegeven, zodat de gemeente direct kan sturen op de jeugdhulp. Andere gemeentes hebben ervoor gekozen om ruimte te bieden aan de professionals om zelf verbindingen te leggen en een vernieuwende aanpak te realiseren. Dit is te zien bij het CJG van Capelle aan den IJssel en de buurtteams in Utrecht: zij hebben één budget gekregen en binnen dat budget de ruimte om zelf de juiste inrichting en aanpak te kiezen om passende jeugdhulp te bieden. Vanuit deze ruimte is een sterke lokale basis ontstaan, waarop beide gemeentes verder bouwen voor het realiseren van een passende aanpak en de aansluiting met specialistische jeugdhulp.

Alle gemeentes binnen de casestudies geven aan dat het niet altijd eenvoudig is om huisartsen bij de transformatie van de jeugdzorg te betrekken. Ook blijft de samenwerking met het voorliggend veld en het onderwijs, voortdurend aandacht vragen. Huisartsen hebben een zelfstandig verwijsrecht en voor gemeentes is het ingewikkeld om hierop invloed uit te oefenen. Dat willen ze wel, vanuit inhoudelijke overwegingen (Capelle aan den IJssel, Utrecht) of ook vanuit kostenoverwegingen (Huizen, Steenwijkerland, Tilburg). Deze tweedeling lijkt overeen te komen met de sturingsmodellen binnen de gemeente: gericht op samenwerking en co-creatie tegenover het model gericht op meer beheersing en controle. Zo zet Utrecht in op samenwerking en het ontwikkelen van gedeelde doelen voor de jeugdzorg (van gezinswerkers van de buurtteams, huisartsen en JGZ, door samen casuïstiek te bespreken o.a.), terwijl Steenwijkerland meer grip probeert te krijgen door huisartsen te verleiden hun aanbod aan te nemen voor een POH Jeugd-GGZ.

De sturingsfilosofie en het inkoopmodel

Inkoop en bekostiging zijn een manier om te sturen op de omvang van het aantal aanbieders en op het gedrag van de aanbieders. Dit is al eerder omschreven bij het onderdeel samenwerking.
Inkoop hangt sterk samen met de doelen die gemeente met de transformatie wil realiseren.

De twee gemeentes met een inhoudelijke visie op de transformatie van de jeugdzorg, Utrecht en Capelle, lijken die alleen te kunnen realiseren doordat ze - meer en meer - lokaal inkopen.
Voor Utrecht is dat vanzelfsprekend, want het is een aparte jeugdregio. Maar het is opvallend dat Capelle steeds meer lokaal gaat inkopen om de koppeling met de lokale structuur te vergroten.

De sturingsfilosofie en monitoring en verantwoording

Gemeentes zijn nog zoekende naar informatie om te kunnen sturen en om ontwikkelingen (zoals in verschillen in zorggebruik) te kunnen verklaren. Alle gemeentes verzamelen nu een combinatie van gegevens over de kwaliteit van de jeugdhulp (waaronder cliëntervaringen en indicatoren van effecten) en kwantitatieve gegevens over onder meer aantallen en duur van trajecten, aantal cliënten en budget-uitnutting. Zij sluiten hierbij zo veel mogelijk aan bij bestaande instrumenten (iJW, de landelijk vastgestelde informatiestandaard voor berichtenverkeer in de uitvoering van de Jeugdwet, dat voor facturering is ingesteld) en beleidsinformatie van het CBS.
Daarnaast vragen enkele gemeentes aanvullend informatie aan aanbieders. Vooral gemeentes die uit bezuinigingsoverwegingen proberen grip en controle te krijgen over de uitgaven, zijn geneigd allerlei gegevens van aanbieders te verlangen. De aanbieders verlangen echter meer flexibiliteit en vertrouwen, en een eenvoudiger en eenvormiger wijze van aanleveren van gegevens voor controle en declaratie, om zo de stijgende administratieve lasten te keren.

Leren

Gemeentes realiseren zich dat het van groot belang is dat gemeentes en aanbieders continu leren en ontwikkelen, liefst in interactie, om zo succesvol mogelijk te transformeren. Toch krijgt leren niet in elke gemeente evenveel aandacht. In Steenwijkerland is bijvoorbeeld maar beperkt aandacht voor het systematisch leren ingeruimd. Binnen de gemeentes zie je meerdere vormen van leren ontstaan, op verschillende niveaus en binnen verschillende contexten: tussen hulpverlener en cliënt, binnen lokale teams, binnen een gemeente, in de samenwerking van gemeentes met aanbieders, tussen gemeentes binnen een regio en bovenregionaal.

Gemeentes gebruiken verschillende vormen van en instrumenten om te leren: gemeentes die elkaar opzoeken om van elkaar te leren (bijvoorbeeld door resultaten van pilots te delen), professionals die in staat worden gesteld om samen te leren en elkaar te leren kennen, en leren via de academische werkplaatsen of werkplaatsen sociaal domein, en soms een combinatie ervan met alle partijen. Er worden ook diverse instrumenten ingezet om te leren: kennisateliers, leertafels, pilots, zorgmarkten, evaluaties en onderzoeken. Uit de interviews komt naar voren dat elkaar en elkaars expertise leren kennen, en elkaar (leren) vertrouwen een belangrijke voorwaarde is om gezamenlijk te leren.

Het is echter niet altijd duidelijk waar de verantwoordelijkheid en het initiatief ligt voor het gezamenlijk leren. In de meeste gevallen nemen de gemeentes het initiatief, maar ook vanuit de aanbieders (bijvoorbeeld in Capelle aan den IJssel en Tilburg) wordt een verantwoordelijkheid voor het organiseren van leren genomen. Sommige gemeentes bieden vooral voorwaarden voor het leren, bijvoorbeeld door partijen de tijd en ruimte te bieden voor leren en experimenteren. Wat beter zou kunnen, is dat gemeentes een duidelijke richting aangeven voor het leren, een soort agenda. Dan wordt het duidelijk waar de verschillende onderdelen aan moeten bijdragen en kan het leren daadwerkelijk helpen om goede jeugdhulp te realiseren tegen een goede prijs. Wat bij sturen geldt, geldt ook voor leren. Ook hier zie je grofweg twee modellen: regie bij de gemeente om vooral te leren hoe de jeugdhulp efficiënter kan (Steenwijkerland) of ruimte vanuit de gemeente om samen te leren om de transformatiedoelen dichterbij te brengen (Utrecht, Tilburg).

Tot slot

De beschreven ontwikkelingen laten zien dat de jeugdzorg volop in beweging is. Het zicht op deze grotere beweging in de jeugdzorg verdwijnt deels door we deze in de casestudies bezien vanuit verschillende facetten, zoals toegang, samenwerking en leren.
Daarom sluiten we dit hoofdstuk af met een aanduiding van de algemene beweging waarop de vijf casestudies zicht geven. Vooral de interviews met GGZ-aanbieders geven - zij het fragmentarisch - zicht op deze ontwikkeling.

De transitie blijkt een schok te hebben veroorzaakt bij GGZ-aanbieders, waar ze zich eerst tegen te weer hebben gesteld. Langzamerhand beginnen ze nu mee te bewegen en meer samen te werken, niet alleen uit noodzaak maar ook omdat ze de meerwaarde ervan inzien. Wel lijken er verschillen te zijn per (type) GGZ-aanbieder, maar ook per gemeente en regio.

De jeugdzorg in het algemeen, en de jeugd-GGZ in het bijzonder, is in verandering door de keuzes die gemeentes maken. Zo wordt in veel gemeentes expertise - vooral voor jeugd-GGZ - en ook lichte behandeling naar voren gehaald.
Dit heeft tot gevolg dat de grote GGZ-aanbieders vooral de complexere gevallen krijgen. Tegelijkertijd is er weinig aandacht voor deze verandering in de vraag bij de bekostiging. Grote GGZ-aanbieders geven aan dat de tarieven te laag zijn voor de complexe gevallen die ze krijgen. Ook zien we dat aanbieders meer gaan samenwerken - of soms fuseren - om te kunnen voldoen aan de bredere vraag vanuit de verwijzers en de regionale (resultaatgericht) inkoop. Daarnaast moeten aanbieders zich gaan verhouden tot andere sectoren van de jeugdzorg, zoals de jeugd-GGZ tot de opvoedondersteuning en lvb-problematiek. We zien dat aanbieders hierdoor meer gaan samenwerken en innovatieve producten ontwikkelen. Wel vallen ons enkele verschillen op wat betreft typen organisaties. We hebben de indruk dat er een onderscheid is tussen meer flexibele (vaak kleinere en middelgrote) GGZ-aanbieders die - na verloop van tijd - meer proactief de kansen proberen te benutten van het nieuwe stelsel, en de (zeer grote en hiërarchisch georganiseerde) organisaties die minder in beweging zijn, maar waarin individuele specialisten of bepaalde onderdelen wel die kansen aangrijpen. Maar we hebben te weinig GGZ-aanbieders gesproken om deze eerste indruk te onderbouwen.

De geconstateerde algemene beweging is niet beperkt tot gemeentes of regio’s, maar lijkt zich juist te ontplooien op bovenregionaal niveau. De middelgrote en grote aanbieders zijn immers in vele regio’s actief, en proberen aan te sluiten bij de grote gemene deler in die regio’s wat betreft de transformatie van de jeugdhulp. De ontwikkeling lijkt zich niet te beperken tot grote GGZ-aanbieders. Zo zien we bij een kleine GGZ-aanbieder en een grotere vrijgevestigde (in de casussen van Huizen en van Steenwijkerland) een herpositionering en ontwikkeling van nieuwe producten, samen met andere aanbieders en experts in het veld, en samen met het voorliggend veld en het onderwijs. Wel wordt de mogelijkheid tot innovatie en verandering belemmerd doordat veel tijd gaat zitten in overleggen, afstemmen en contracteren, terwijl ook de extra administratieve lasten veel tijd kosten.

3 Casestudie Capelle aan den IJssel

1. Visie: een sterke lokale basis

Een sterke lokale basis, waar voldoende deskundigheid aanwezig is, zodat het merendeel van de vragen over opvoeden en opgroeien vroegtijdig, lokaal en integraal opgepakt kunnen worden. Hulp die aan jeugdigen en /of hun ouders geboden wordt, moet zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig zijn, uitgaande van en aansluitend op de eigen kracht van gezinnen en jeugdigen. Dit is de kern van de visie, die de gemeente Capelle aan den IJssel in haar *Visie jeugdhulp Capelle aan den IJssel* (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2013) en het *Beleidsplan jeugd 2015-2018* (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2014) heeft beschreven en in haar *Ontwikkelagenda sociaal domein 2017-2020* (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2016b) heeft herbevestigd. In deze documenten zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- een integrale aanpak over de verschillende jeugdhulpdomeinen heen;
- een verschuiving van zware specialistische zorg, naar lichte zorg dichtbij, in de eigen omgeving van de jeugdige en diens ouders;
- maatwerk, waarbij de vraag en de kracht van ouders en jeugdigen centraal staan. Het gezin is zelf 'eigenaar' van zijn vraag en van de oplossing;
- professionals werken volgens de 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur methodiek;
- de jeugdhulp is betaalbaar.

In de beleidsdocumenten wordt geen expliciete aandacht besteed aan de rol van de jeugd-GGZ binnen het jeugdveld. Dit heeft te maken met het feit dat de gemeente naar het totale jeugdveld kijkt en niet naar de kolommen daarbinnen, aldus de adviseurs van de gemeente.

2. Toegang en triage

Het CJG als brede toegang met GGZ expertise

Vanuit de ambitie om te komen tot een sterke en laagdrempelige lokale basis heeft Capelle aan den IJssel ervoor gekozen om jeugdhulp, opvoedondersteuning, preventie en jeugdgezondheidszorg in één organisatie, de stichting CJG Capelle aan den IJssel, onder te brengen. Door de samenvoeging wordt de drempel naar jeugdhulp lager, zo was de gedachte. De jeugdgezondheidszorg is immers laagdrempelig en ziet zo'n 98% van de kinderen. De keuze voor één organisatie (het CJG was eerst een netwerkorganisatie) kwam voort uit de overtuiging dat het sturen op integrale samenwerking, beleid, kwaliteit en kosten het best gerealiseerd kan worden wanneer professionals binnen één organisatie werken (Van Leeuwen, Van der Kolk, & Sleegers, 2013). Eind 2014 is gemeente Capelle aan den IJssel uit het regionale samenwerkingsverband CJG gestapt en heeft het CJG Capelle aan den IJssel opgericht (Verweij & De Visser, 2018). Hiermee heeft de gemeente ruimte voor zichzelf en het CJG gecreëerd om lokaal keuzes te maken.

Het CJG bestaat uit jeugd- en gezinscoaches, jeugd- en gezinspsychologen, JGZ-medewerkers (zoals jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen) en experts, die allen verdeeld zijn over vier wijkgerichte teams. De professionals werken generalistisch, maar hebben allen wel een eigen expertise: zorg voor kinderen met een verstandelijke beperking, jeugd- en opvoedhulp, jeugdgezondheidszorg, onafhankelijke cliëntondersteuning, jeugd-GGZ en schoolmaatschappelijk werk (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2014).

Zij vormen de toegang tot specialistische jeugdhulp, voeren casusregie in het kader van één gezin, één plan, één regisseur uit en bieden zelf ook een breed palet aan hulp; van lichte en preventieve hulp tot zwaardere zorg en behandeling. De professionals werken daarbij vanuit de visie: breed kijken en breed doen, oplossingsgericht en systeemgericht werken, normaliseren en zo vroeg mogelijk erbij zijn. Deze visie geldt voor de jeugd- en gezinscoaches én voor de jeugd- en gezinspsychologen, zo licht de strategisch adviseur van het CJG toe. Dat betekent dat de jeugd- en gezinspsychologen ook generalistisch ingezet worden, maar met behoud en inzet van hun eigen expertise.

De jeugd- en gezinspsychologen vormen sinds 2017 structureel onderdeel van het CJG. Dit vanuit de wens (van CJG en gemeente) om lokaal psychologische basiszorg te kunnen bieden, om zo de laagdrempeligheid en integraliteit van de jeugd-GGZ te vergroten(Stichting CJG Capelle aan den IJssel, 2017a en informatie uit interviews). Uit de interviews komt naar voren dat er daarvoor wel GGZ-professionals in het CJG waren gepositioneerd, maar dat deze in dienst van hun moederorganisatie bleven. Dit leverde knelpunten op rond informatie-uitwisseling en registratie en door personele wisselingen.

Expertteam

De experts binnen het CJG (twee orthopedagogen-generalist en een jeugdarts) vormen samen het Expertteam. Het Expertteam heeft de volgende specifieke taken (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2014):

- het bieden van consultatie en advies aan de professionals binnen het CJG
- het uitvoeren van screening en diagnostiek
- het bieden van deskundigheidsbevordering en werkbegeleiding
- het afgeven van beschikkingen voor alle niet vrij-toegankelijke jeugdhulp (waaronder o.a. regionale specialistische jeugdhulp en lokale specialistische jeugdhulp).

Geleidelijk is ook het geven van behandelingen onderdeel geworden van het takenpakket van het Expertteam. Momenteel wordt, zo wordt in interviews verteld, onderzocht hoe het takenpakket, de rol en bezetting van het Expertteam het best ingevuld kan worden en hoe de behandelingen die zij geven zich verhouden tot de behandelingen die de jeugd- en gezinspsychologen geven.

Samenwerking onderwijs en 18+

Vanuit het CJG is het schoolmaatschappelijk werk aanwezig op de basisscholen binnen Capelle. Op ieder basisschool maken de jeugdverpleegkundige en de schoolmaatschappelijk werker deel uit van het vaste ondersteuningsteam. Aan het voortgezet onderwijs (VO) zijn de jeugd- en gezinscoaches van het CJG verbonden. Zij zijn aanspreekpunt en kunnen informatie en advies en kortdurende hulpverlening bieden (Interview adviseur gemeente). De VO-scholen en het CJG werken o.a. samen rond bijvoorbeeld depressiepreventie, waarbij jongeren worden gescreend op depressieve klachten en suïcidale gedachten (Schenk, Jonkheer, & Crooijmans, 2017). De samenwerking met het VO-onderwijs is goed, maar soms wel lastig, komt naar voren in de interviews. Het CJG hanteert de insteek om te normaliseren en de-medicaliseren, om zich te richten op het oplossen van belemmeringen die een kind en/of diens ouders ervaren. Het onderwijs vraagt soms een label en een externe oplossing (ook vanwege de druk op het onderwijs), in plaats van een oplossing voor de ervaren knelpunten. Dat botst, aldus een professional van het CJG, omdat er juist een beweging wordt ingezet van de-medicaliseren en normaliseren. Dit wordt bevestigd door een GGZ-aanbieder. De samenwerking met Stichting Welzijn Capelle verloopt ook goed. Wanneer ook problematiek bij ouders speelt, weten zij elkaar goed te vinden en gaan ze soms samen op huisbezoek.

Verder verbreden en vergroten van de jeugd-GGZ binnen het CJG

In de *Maatschappelijke impactanalyse* (Rebel, 2017) is de verwachting uitgesproken dat de inzet van jeugd-GGZ in de wijkteams van het CJG kan leiden tot vroegsignalering, normaliseren, minder verwijzingen naar de specialistische jeugd-GGZ, kortere trajecten binnen de jeugd-GGZ en effectievere hulp: hogere kwaliteit tegen lagere kosten. Dat dit ook daadwerkelijk gebeurt, is te lezen in het *Jaarstukken 2017 gemeenschappelijke regeling Jeugdhulp Rijnmond* (Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond, 2018) en de *Evaluatie van de gemeenschappelijke regeling Jeugdhulp Rijnmond*[7] *"Samen beter (be)sturen"* (Andersson Elffers Felix, 2017). In deze stukken wordt beschreven dat door de aanwezigheid van GGZ-expertise binnen het CJG meer kinderen worden gezien en meer doelgroepen worden bereikt. Ook is te lezen dat lokale teams met GGZ-expertise binnen de regio een sterkere daling laten zien van de kosten voor jeugd-GGZ, dan lokale teams in Rijnmond waarbij dat niet het geval is. Dit wordt binnen de regio nog nader onderzocht.

Ook de professionals van het CJG benadrukken de positieve aspecten van de aanwezigheid van GGZ-expertise binnen het CJG. Hierdoor is namelijk een (nog) meer integrale en brede aanpak mogelijk, dichtbij de inwoners en laagdrempelig, vertellen zij in de interviews. Zij hebben dan ook de wens om deze expertise binnen het CJG verder te verbreden en vergroten. Hierin zit wel een uitdaging, ziet de strategisch adviseur van het CJG. Het is immers de vraag of de huidige GGZ-cultuur van specialiseren en behandelen binnen dit model van integraal en generalistisch werken past en of er dus voldoende GGZ-deskundigen binnen dit model willen/kunnen werken (interview strategisch adviseur).

Triage bij het CJG

Het is belangrijk dat professionals een goede inschatting maken van de omvang, zwaarte en urgentie van de problematiek van een jeugdige (triage). Zo kunnen zij in één keer de juiste hulp inzetten die aansluit bij de ontwikkelingsbehoefte van het kind, de mogelijkheden van de ouders en de situatie van de ouders (matched care), zo staat te lezen in het *Regionaal Transformatieplan* (Samenwerkende gemeenten Jeugdhulp Rijnmond, 2018). De professionals binnen het CJG werken voor een dergelijke eerste inschatting vanaf 2016 met het GIZ[8]). Het CJG heeft hiervoor gekozen omdat het GIZ past bij het vraag- en oplossingsgericht werken en bij het versterken van zelfinzicht en zelfsturing (Stichting CJG Capelle aan den IJssel, 2017b). Wanneer ingeschat moet worden wat de aard, ernst en omvang van GGZ-problematiek is, en of het CJG zelf de hulpvraag kan (blijven) oppakken of dat specialistische GGZ ingeschakeld moet worden, wordt het Expertteam ingezet; voor consultatie en advies of voor de verwijzing naar specialistische GGZ. Experts, maar ook de jeugd- en gezinspsychologen kunnen worden ingezet voor screening en handelingsgerichte diagnostiek. Er hoeft niet standaard een diagnose te worden gesteld om in aanmerking te komen voor jeugdhulp. Dit doen zij alleen als dit helpend is (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2014 en interview professional CJG).

Triage bij specialistische jeugdhulpaanbieders

Hulpvragen op GGZ-gebied komen niet alleen bij het CJG terecht. Van oudsher gaan veel ouders en/of jeugdigen met GGZ-gerelateerde vragen naar hun huisarts. Veelal verwijst de huisarts hen vervolgens door naar specialistische jeugdhulp. Van de nieuwe verwijzingen naar de jeugd-GGZ zou in 2015 regionaal zo'n 90% afkomstig zijn van huisartsen (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2016a).

---

7 Gemeente Capelle aan den IJssel werkt op het gebied van jeugdhulp samen met andere gemeenten binnen de regio Rijnmond. Dit zijn de volgende gemeenten: Albrandswaard, Barendrecht, Brielle, Capelle aan den IJssel. Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Maassluis, Nissewaard, Lansingerland, Ridderkerk, Rotterdam, Schiedam, Vlaardingen en Westvoorne.

8 GIZ (Gezamenlijk inschatten zorgbehoefte): een methodiek om gezamenlijk met ouders de zorgbehoefte en eigen mogelijkheden in kaart te brengen.

Wanneer een jeugdige via een huisarts of een andere verwijzer, niet zijnde het CJG, bij een specialistische jeugdhulpaanbieder aangemeld wordt, schrijft het *Administratieprotocol Jeugdhulp Rijnmond 2018* (Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond, 2017) voor dat de jeugdhulpaanbieder een triage moet uitvoeren om te bepalen of problematiek enkelvoudig of meervoudig is. Voor deze triage gebruiken zij geen format, aldus de geïnterviewde GGZ-specialist. Kinderen laten zich immers niet in een format of protocol plaatsen. Het gaat vooral om maatwerk. Bij meervoudige hulp moet de jeugdhulpaanbieder het lokale team inschakelen om gezamenlijk een passend arrangement samen te stellen. Casusregie gaat dan ook over naar het lokale team.

Aanvullende afspraken voor gezamenlijk optrekken

In de praktijk blijkt dat aanvullende afspraken helpend kunnen zijn om de gezamenlijke triage en het gezamenlijk optrekken daadwerkelijk tot uitvoering te brengen. Zo hebben het CJG en het GGZ-wijkteam (FACT-team) van één van de grotere specialistische GGZ-aanbieders begin 2018 dergelijke aanvullende afspraken gemaakt. Doel was om elkaar beter te vinden, meer af te stemmen en gezamenlijk op te trekken bij triage en in casuïstiek, zoals omschreven in het Administratieprotocol. Eind 2018 zijn de afspraken geëvalueerd op basis van drie maanden samenwerken, meerdere overleggen en vijf gezamenlijk casussen die bij het GGZ-wijkteam waren aangemeld. Uit de evaluatie blijkt dat de lijntjes tussen de professionals korter zijn geworden waardoor sneller geschakeld kan worden.

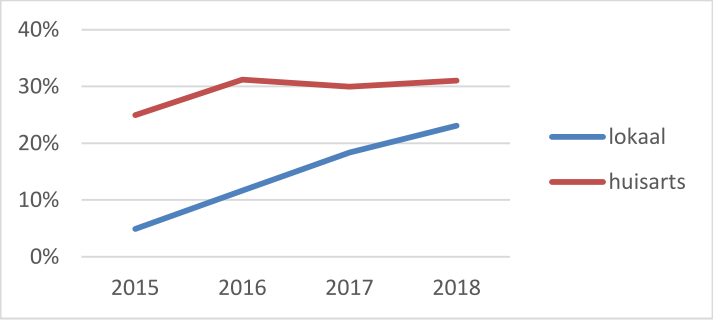
Dubbele triage komt nog steeds voor

Dubbele triage komt nog steeds voor, zo blijkt uit de interviews. De voorbeelden die genoemd worden, betreffen de overdracht van de ene specialist naar de andere, zoals bij een crisisopname. Alleen een psychiater kan beslissen of een opname nodig is, vertellen de GGZ-specialisten. De opnemende psychiater doet vervolgens nog een eigen triage. Dit betekent dat binnen korte tijd twee maal een triage op dezelfde jeugdige wordt uitgevoerd. “Geen psychiater, geen bed”, is het uitgangspunt. De GGZ-specialisten merken dit ogenschijnlijke gebrek aan vertrouwen ook bij bijvoorbeeld FACT-teams van andere GGZ-aanbieders. De FACT-teams hebben hun eigen manier van triage en nemen daarom niet altijd de triage door andere instellingen mee, aldus de GGZ- professionals.

Versterken samenwerking met huisartsen

De huisartsen en het CJG weten elkaar steeds beter te vinden, met name als zij op dezelfde locatie werken. Het aantal consultaties bij het CJG door huisartsen neemt toe en het aantal verwijzingen van huisartsen naar specialistische jeugdhulp neemt af (Verweij & De Visser, 2018).

Figuur 1: Aandeel verwijzingen in Capelle naar jeugdhulp door huisartsen en lokaal team



Bron: CBS

Hoewel de samenwerking met de huisartsen toeneemt, komt deze - naar de mening van de gemeente en het CJG - nog onvoldoende van de grond. Jaarlijks wordt in de jaarverslagen van de gemeente aangegeven dat het verwijsgedrag van huisartsen aandacht behoeft.

De gemeente wil dat huisartsen bij jeugdhulpvragen /problemen naar het CJG verwijzen om zo meer te kunnen sturen op het gebruik op jeugdhulp (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2017). Het CJG wil op inhoudelijke gronden de samenwerking met huisartsen verbeteren, benadrukken de CJG professionals in de interviews. Het CJG kan breed kijken naar de situatie van een kind, zodat sneller passende hulp geboden kan worden. Het CJG heeft daarom aan de huisartsen voorgesteld om jeugd- en gezinspsychologen op vaste momenten aanwezig te laten zijn op de huisartsenpraktijken om de huisartsen te kunnen adviseren over verwijzingen; of deze naar het CJG kunnen of naar de specialistische GGZ en om zelf kortdurende hulp te bieden. De huisartsen hebben hier niet mee ingestemd om redenen als ruimtegebrek. Het is nu aan de gemeente om hier meer op te gaan sturen (interview professional van het CJG).

3. Samenwerken en specialistische psychiatrie

Lokale samenwerking via het CJG

Capelle aan den IJssel heeft vanuit haar visie ingezet op het bevorderen van een integrale aanpak. Op lokaal niveau is hieraan invulling gegeven door de samenvoeging van jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp (inclusief jeugd-GGZ) in één organisatie en door de lokale inkoop van een deel van de jeugd-GGZ. Dankzij lobbywerk van de gemeente binnen de regio (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2017), heeft het CJG namelijk vanaf 2016 GGZ-begeleiding lokaal kunnen inkopen (met mandaat van de gemeente) en vanaf 2017 ook dyslexiezorg, generalistische basis-GGZ en deelname aan lokale teams. Doel was om zo de koppeling met de lokale structuur te vergroten.

Meer lokale jeugdhulp

Er zou nog meer jeugdhulp lokaal aangeboden kunnen worden, vanuit het CJG of anderszins, geven de adviseurs van de gemeente en de professionals van het CJG in hun interview aan. De wens om meer lokale jeugdhulp te bieden, komt ook naar voren als één van de speerpunten van het *Strategisch beleidsplan 2018-2021 "Innovatie en kracht"* van het CJG (Stichting CJG Capelle aan den IJssel, 2017b). Het gaat om de lokale beschikbaarheid van jeugdhulp en om de korte lijnen die tussen CJG en specialistische jeugdhulp zouden kunnen ontstaan. De gemeente is zoekende hoe dit gerealiseerd moet worden, komt uit de interviews naar voren. Dit heeft o.a. te maken met de regionale samenwerking en de ruimte die de gemeente daarbinnen heeft om jeugdhulp lokaal in te kopen en met de mogelijke consequenties van een grotere lokale inkoop (Interview adviseurs gemeente).

Resultaatgerichte bekostiging met ingang van 2018

Om de integraliteit van de specialistische jeugdhulp en de samenwerking tussen specialistische jeugdhulpaanbieders te vergroten, heeft de regio Rijnmond een deel van de specialistische jeugdhulp, waaronder crisiszorg en specialistische GGZ (ambulant en residentieel) regionaal ingekocht via resultaatgerichte bekostiging[9]. Doel daarbij was om meer ruimte aan professionals te bieden, om het aanbod sneller te laten transformeren en om een prikkel aan aanbieders te geven om eerder af te schalen (bij volgtijdelijke hulp) en andere oplossingen te vinden. De indeling in segmenten (waaronder de jeugd-GGZ) is daarbij losgelaten. In totaal zijn 13 aanbieders (als hoofdaannemers) gecontracteerd (in plaats van de 80 aanbieders die tot dan waren gecontracteerd). In de aanloop naar de integrale resultaatbekostiging heeft de regio voor de jaren 2017 en 2018 een innovatiebudget beschikbaar gesteld om de samenwerking tussen aanbieders over de grenzen van de verschillende jeugdhulpdomeinen heen te vergroten. Aanbieders konden daarvoor meerdere pilots indienen.

[9] Financiering is gericht op het realiseren van een resultaat. Voor deze resultaten zijn arrangementen vormgegeven. Eén hoofdaannemer is verantwoordelijk voor het resultaat en kan daarvoor ook andere aanbieders inschakelen. De gemeente betaalt aan de aanbieder een vooraf bepaald bedrag om het resultaat te halen.

Enkele van deze pilots zijn gehonoreerd, zoals het Netwerk specialistische ambulante hulp en Thuishulp. De resultaten van deze pilots zijn nog niet bekend.

Integrale aanpak en samenwerking vragen om doorontwikkeling

Hoewel de gemeentes en de GGZ-aanbieders vanaf 2017 hebben ingezet op afschalen naar lokale teams, vindt samenwerking met en afschaling vanuit de specialistische GGZ nog te weinig plaats, merken de adviseurs van de gemeente op. Dit wordt bevestigd door de professionals van het CJG. Zij zien dat de werelden van de regionale specialistische jeugd-GGZ en het lokale CJG nog grotendeels gescheiden zijn. Dit is ook te lezen in de *Evaluatie van het lokale jeugdhulpstelsel en het CJG* (Verweij & De Visser, 2018). Daarin is beschreven dat de integrale aanpak en de samenwerking, ondanks de gepleegde inzet, nog onvoldoende van de grond komt. Vooralsnog - zo wordt in de *Evaluatie* geconstateerd - wordt vooral overgedragen en verwezen naar elkaar. “Veel jeugd-GGZ instellingen zitten nog in hun ivoren toren. De komst van de Jeugdwet vraagt iets anders van hen. Dit vraagt om veel veranderingen voor deze organisaties, in cultuur en in bedrijfsvoering” (Interview specialist GGZ-instelling).

Als reden voor de gebrekkige samenwerking wordt in de *Transformatieagenda 2017-2018* aangedragen dat het voor de regionaal opererende specialistische jeugd-GGZ ingewikkeld is om aan te sluiten bij de (vaak verschillende en voor de specialist niet altijd heldere) werkwijze van de 72 lokale teams, waaronder de vier wijkgerichte teams in Capelle (Samenwerkende gemeenten Jeugdhulp Rijnmond, 2016). Ook hebben de specialisten veelal onvoldoende kennis van het voorliggende veld en de mogelijkheden van de lokale teams. De geïnterviewde GGZ-professionals herkennen dit beeld. De samenwerking met het CJG Capelle verloopt overigens wel goed, vinden zij. Er zijn korte lijnen. Het CJG werkt adequaat en de verwijzingen zijn goed op orde, aldus de GGZ-specialist. Er wordt door het CJG alleen doorverwezen als er echt specialistische hulp nodig is. Dit is bij andere lokale teams vaak minder goed geregeld. Dat GGZ-expertise in het CJG vertegenwoordigd is, maakt een duidelijk verschil. Wanneer een behandeling is afgerond, en er is nog aanvullende hulp nodig, vindt er een warme overdacht aan het CJG plaats. Soms lopen ze dan ook even samen op, aldus de GGZ-aanbieder.

Resultaatgerichte bekostiging: kans en knelpunt

In de gesprekken met adviseurs van de gemeente en professionals van het CJG komt naar voren dat de resultaatgerichte bekostiging nog onvoldoende prikkels biedt om samen te werken, te innoveren en eerder af te schalen. Sterker nog, de resultaatgerichte bekostiging heeft tot onduidelijkheid, hogere administratieve lasten en wachtlijsten geleid, aldus de adviseurs en de CJG-professionals. De geïnterviewde GGZ-specialisten herkennen dit ten dele. Zij zien dat de resultaatgerichte bekostiging veel flexibiliteit van aanbieders vraagt. De afzonderlijke producten zijn losgelaten en er moet breder gekeken worden wat een gezin nodig heeft, zo geven zij aan. De aanbieder is verantwoordelijk voor het hele resultaat. Dit vraagt iets in de triage, in de samenwerking en de gegevensoverdracht. Met de nieuwe bekostiging hebben aanbieders te maken gekregen met nieuwe doelgroepen en andersoortige problemen, dan die zij voorheen zagen (niet meer alleen vanuit hun eigen kolommen, namelijk jeugd-GGZ, J&O, lvb, maar vanuit brede resultaten en daarmee ook vanuit andere kolommen). Om dan goed te kunnen vaststellen wat nodig is en welke hulp ingezet moet worden, is het nodig om “meters te maken”, om ervaring op te doen en veel te overleggen met onderaannemers, aldus de GGZ-specialisten.

Professionals moeten hun expertise verbreden (bijvoorbeeld op lvb-problematiek) om alle vragen goed op te kunnen pakken en anderzijds moeten ze ook meer specialiseren omdat er meer specialistische kennis gevraagd wordt, aldus een GGZ-specialist.

Hij vertelt dat hun organisatie ook graag wil verbreden om zo geen hinder te ondervinden van wachtlijsten bij andere aanbieders / onderaannemers maar ook om administratieve lasten, die verbonden zijn aan het inschakelen van een onderaannemer, te voorkomen.

Deze hele verandering is, ook omdat hij tegelijk met o.a. ambulantisering plaatsvindt, een grote opgave voor aanbieders. Anderzijds zien de geïnterviewde GGZ-specialisten ook dat de aanbieders door de resultaatgerichte bekostiging meer zijn gaan samenwerken. Door de resultaatgerichte bekostiging zitten aanbieders van specialistische GGZ dichter bij elkaar, zo ervaren zij. Er ontstaat meer een sfeer van "We zitten er samen in". Er is meer overleg. Dit is eigenlijk van 0% naar 100% gegaan, aldus de GGZ-specialisten. Helemaal gezamenlijk optrekken is nog een zoektocht.

4. Sturen en leren

Sturen op beleid, kwaliteit en kosten

De gemeente Capelle aan den IJssel heeft in haar *Beleidsplan jeugd 2015-2018* (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2014) aangegeven te gaan sturen op het behalen van resultaten. Te lezen is dat de resultaten in het begin meer in de output-sfeer zouden liggen en daarna naar outcome-indicatoren zouden moeten verschuiven. Om invulling te geven aan deze sturing heeft de gemeente een dienstverleningsovereenkomst met de stichting CJG Capelle aan den IJssel afgesloten die jaarlijks nader wordt uitgewerkt in prestatieafspraken. In de prestatieafspraken voor 2018 en 2019 is o.a. bepaald dat het CJG een procentuele verschuiving van specialistische jeugdhulp naar lokale jeugdhulp moet realiseren en dat het CJG de samenwerking met aanbieders moet versterken rond op- en afschalen.

Zoektocht naar sturingsmogelijkheden

In de eerste jaren is het voor de gemeente Capelle aan den IJssel het moeilijk gebleken om te sturen op de uitvoering van beleid, op de kwaliteit en kosten van het CJG en op de regionale samenwerking / regionaal gecontracteerde partners. De sturing op het CJG is gaandeweg wel beter geworden, zo blijkt uit de *Evaluatie van het lokale jeugdhulpstelsel en het CJG (*Verweij *& De Visser, 2018)*.
De gemeente heeft nu zicht op onder meer klanttevredenheid, instroom, uitstroom en zorgverbruik. Er is echter geen zicht op de effecten van bijvoorbeeld de inzet op preventie en integraal werken.

Ook in de regio wordt gesproken over het verbeteren van de sturing. In de *Evaluatie van de gemeenschappelijke regeling "Samen beter (be)sturen"* (Andersson Elffers Felix, 2017) is te lezen dat gemeentes willen kunnen sturen op kwalitatief goede jeugdhulp en een efficiënte uitvoering van de bovenlokale taken, maar dat dit nog onvoldoende mogelijk is. Voor de sturing op de regionaal gecontracteerde aanbieders laten de gemeentes daarom begin 2019 binnen de regio Rijnmond een onderzoek uitvoeren, zo geeft een adviseur van de gemeente aan. Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe gemeentes grip kunnen krijgen op de zorgkosten en welke beïnvloedingsmogelijkheden gemeentes hebben om de gewenste transformatie te realiseren.

Inzet op informatiemanagement voor betere sturing

Om de sturing in het Sociaal Domein nog verder te verbeteren, wil Capelle aan den IJssel haar informatiemanagement verder ontwikkelen (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2016b). Doel is om met een minimum aan bureaucratische lasten de belangrijkste gegevens te verzamelen om zicht te hebben op de aard en omvang van hulpvragen en de effectiviteit van het hulpaanbod. Er is een dashboard Jeugdhulp ontwikkeld, waaraan data gekoppeld wordt bijvoorbeeld van de jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp. De gemeente heeft de wens om te komen tot een breder dashboard en de data te koppelen aan informatie over bijvoorbeeld het zorggebruik binnen de verschillende regelingen.

Dit kan nieuwe inzichten opleveren, bijvoorbeeld over stapelingen van verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Deze inzichten kunnen gebruikt worden om samenwerking te stimuleren.

Een lerende omgeving

De gemeente Capelle aan den IJssel en de andere gemeentes binnen de regio Rijnmond erkennen het belang van continu leren. In de *regionale Transformatieagenda* (Samenwerkende gemeenten Jeugdhulp Rijnmond, 2016) is het "Leren van elkaar op de werkvloer en in netwerken" als één van de actielijnen voor het vormgeven van de transformatie benoemd. Dit gaat om de deskundigheidsbevordering van de professionals en om het gezamenlijk leren van de verschillende keuzes die binnen de regio zijn gemaakt voor de inrichting van het jeugdveld.

In het *regionaal Transformatieplan* (Samenwerkende gemeenten Jeugdhulp Rijnmond, 2018)wordt voor de jeugdhulpprofessionals ingezet op het creëren van een lerende omgeving, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar leren vanuit de praktijk door het delen van goede initiatieven via platforms en kennisateliers. Bij de kennisateliers worden jeugdhulpprofessionals, beleidsadviseurs, vertegenwoordigers van ouders en jongeren, opleiders en wetenschappers uitgenodigd om met elkaar in discussie te gaan over de ervaringen in en de gewenste ontwikkelrichting van het jeugdhulpveld. Ook is er een regionaal Leerhuis ingericht waarin de opleidingen van alle aanbieders worden gefaciliteerd.

Voor het gezamenlijk kennis en expertise delen zijn Transformatielabs, Transformatietafels en Tel en Vertelsessies (vanaf najaar 2018) ingericht. Een Transformatielab is een leergesprek dat ontwikkelvragen moet opleveren. Aan de Transformatietafel kunnen partners uit het jeugdhulpveld (gemeentes, aanbieders, GI's, CJG's) samen reflecteren op de transformatiebeweging. Besproken wordt wat goed gaat en een podium verdient. De academische werkplaats ST-RAW doet onderzoek om meer kennis over de transformatie te vergaren, via o.a. literatuuronderzoek, onderzoeken naar pilots en evaluaties van instrumenten en interventies.

De GGZ-aanbieders en de gemeentes hebben samen bijeenkomsten georganiseerd om zo integrale zorg te bevorderen. Daarnaast is er een regulier Jeugdhulpoverleg Rijnmond, vertelt één van de GGZ-specialisten. De helft van de aanbieders wil graag mee in de transformatie-gedachte, maar bij de andere helft zit ook nog wel wat weerstand, ziet hij. Die weerstand zit in de bedrijfsvoering die aangepast moet worden op de nieuwe werkwijze, maar ook in de visie, waarbij een grote rol voor lokale teams is weggelegd. Sommige specialistische aanbieders vinden dat lokale teams onvoldoende deskundig zijn, kinderen te lang vasthouden en niet tijdig genoeg specialistische hulp inschakelen.

Mogelijk knelpunt: op peil houden van kennis binnen het generalistisch werken

Het werken binnen één organisatie kan ertoe leiden dat het voor professionals moeilijker is om de eigen, specifieke expertise op peil te houden. In de evaluatie van het CJG in 2017 komt naar voren dat professionals dit inderdaad als knelpunt zien. De in het kader van dit onderzoek geïnterviewde professionals van het CJG herkennen dit echter niet. Zij zien juist dat zij ruime mogelijkheden krijgen voor nascholing, bijscholing en verdere ontwikkeling. Ook is er voldoende aandacht voor intervisie en casuïstiekbesprekingen (Verweij & De Visser, 2018).

5. Resultaat en reflectie

Nog moeilijk om concrete resultaten te laten zien

Transformatie is een proces dat gaandeweg vorm krijg met alle betrokken partijen, aldus de gemeente in haar *Ontwikkelagenda sociaal domein 2017-2020* (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2016b).

Het is daarom moeilijk om aan te tonen wat de concrete resultaten van de gekozen strategie zijn. Dat vinden zowel de gemeente als het CJG. Toch zijn er voorzichtige resultaten te zien.

Laagdrempelige en integrale toegang

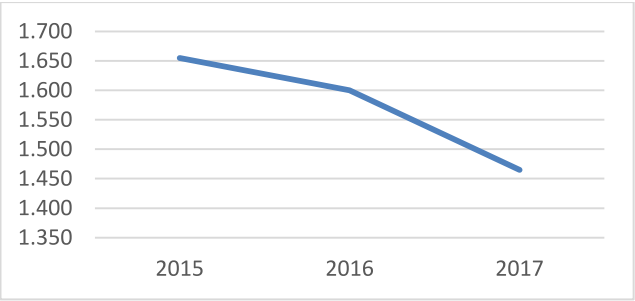
In 2017 is wel een *Maatschappelijke impactanalyse* (Schenk et al., 2017) uitgevoerd die onderbouwt dat de strategie, die Capelle aan den IJssel gekozen heeft, bijdraagt aan het realiseren van de beweging die de gemeente in haar visie beschreven heeft. Het samenvoegen van jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp, inclusief jeugd-GGZ, in één organisatie en één team is daarbij de belangrijkste succesfactor geweest, vinden gemeente en CJG eensgezind. Dankzij deze keuze is de jeugdhulp integraler en laagdrempeliger geworden. “Door de samenvoeging van jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp wordt de drempel naar jeugdhulp lager. Dit sluit aan bij onze wens om te normaliseren” (interview adviseur gemeente). De laagdrempeligheid blijkt uit het feit dat het CJG relatief veel zelfmelders kent. Circa 50% van de cliënten van het CJG zijn zelf naar het CJG gegaan (zelfmelders), zo is te lezen in de *Maatschappelijke impactanalyse* (Schenk et al., 2017). Dit wordt ook bevestigd in het jaarverslag van het CJG over 2017 en 2018 (Interview adviseur gemeente). Een jeugd- en gezinscoach merkt op dat ouders makkelijker hulp zoeken en aanvaarden door de laagdrempeligheid en de nabijheid van het CJG. De nabijheid van het CJG is gelegen in de zichtbare aanwezigheid op scholen, kinderopvang en in de wijk.

Verschuiving naar lichtere hulp en minder jongeren met jeugdhulp

In de *Maatschappelijke impactanalyse* (Schenk et al., 2017) is de verwachting uitgesproken dat door de inzet van jeugd- en gezinspsychologen een substitutie zal plaatsvinden van specialistische GGZ naar het CJG en dat er minder doorverwijzingen naar de specialistische j-GGZ zullen plaatsvinden. Ook de integratie van jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp zou tot een verschuiving van zware naar lichte zorg moeten leiden en daarmee tot een afname van de specialistische jeugd-GGZ. Deze verschuiving vindt daadwerkelijk plaats, zo blijkt uit het *Jaarverslag 2017* van de gemeente Capelle aan den IJssel.

In dit Jaarverslag is beschreven dat het CJG een verschuiving van zwaardere (specialistische) jeugdhulp naar lichtere (lokale) hulp signaleert én dat de kosten voor specialistische jeugdhulp afnemen en de kosten van het lokale CJG toenemen. De kosten voor specialistische jeugd-GGZ nemen jaarlijks af (Verweij & De Visser, 2018).

Figuur 2: Nieuwe trajecten ambulante jeugdhulp Capelle, niet door het lokale team uitgevoerd



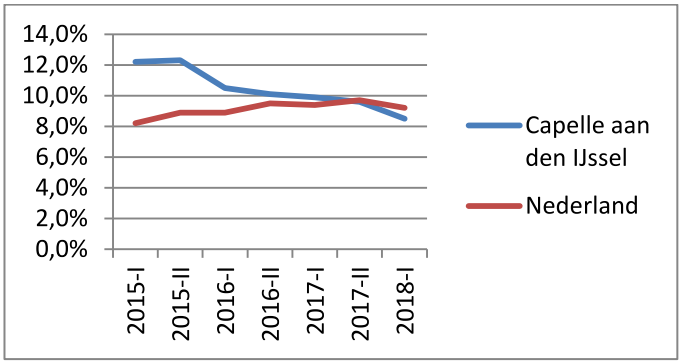
Bron: CBS

Aan bovenstaand figuur zijn niet de trajecten die door het CJG zijn uitgevoerd toegevoegd, omdat de cijfers onvoldoende betrouwbaar zijn (in de registratie zijn ook trajecten opgenomen die niet zozeer jeugdhulp zijn. Het onderscheid tussen jeugdhulp en preventieve inzet was binnen het CJG in het begin onvoldoende helder.

De geïnterviewde GGZ-professionals vertellen dat zij een relatief korte behandelduur kennen van 5,2 maanden. Andere aanbieders stellen hier wel hun vragen bij. Zij vragen zich af of de behandeling dan wel voldoende effectief kan zijn, aldus de GGZ-professional. Ze hanteren echter de ROM, waaruit de effectiviteit van de behandeling blijkt. Ze vertellen ook dat hun organisatie altijd al met een brede blik, outreachend en laagdrempelig werkt, waarbij ze het kind centraal stellen en niet problematiseren. Dat ze werken vanuit de gedachte van gezonde psychologie: uitgaan aan wat mensen wel kunnen, niet focussen op de kwaal. De komst van de Jeugdwet heeft daarin geen groot verschil in handelwijze teweeg gebracht.

Wat ook te zien is, is dat het aandeel jongeren uit Capelle dat jeugdhulp ontvangt jaarlijks afneemt. Dit in tegenstelling tot het landelijk gemiddelde dat een stijgende lijn laat zien.

Figuur 3: Percentage van alle jongeren tot 18 jaar dat jeugdhulp gebruik



Bron: Waar staat je gemeente

Samenwerking

Goede samenwerking tussen de verschillende partijen, lokaal en regionaal, generalistisch en specialistisch, is cruciaal voor het slagen van de transformatie. Uit de documenten en interviews in Capelle komt een beeld naar voren dat de samenwerking lokaal, tussen de verschillende expertises binnen het CJG, goed verloopt. Professionals kennen elkaar, erkennen en benutten elkaars expertise en werken vanuit eenzelfde visie. Het werken binnen één organisatie is daarbij een werkzame factor gebleken, zo blijkt ook uit de Jaarstukken 2017 (Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond, 2018). Daarin is te lezen dat het werken binnen één organisatie ervoor zorgt dat de lijnen tussen de verschillende professionals kort zijn en zij elkaar beter weten te vinden, waardoor op- en afschalen makkelijker gaat. Bijvangst is ook dat dat het uitwisselen van informatie makkelijker plaatsvindt.

Ook de samenwerking tussen specialisten neemt toe. De resultaatgerichte financiering vraagt van aanbieders dat zij meer gaan samenwerken, ook omdat ze gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het behalen van een resultaat. Zoals een geïnterviewde specialist zei: “We zitten er nu meer samen in”. Er lijkt echter ook nog steeds onvoldoende vertrouwen in elkaars deskundigheid te zijn, waardoor bijvoorbeeld triages dubbel uitgevoerd worden. Ook is er tussen instellingen nog een verschil in visie en bedrijfscultuur waarneembaar en daarmee samenhangend een verschil in tempo in integraal samenwerken.

Een andere, meer tegengestelde, beweging die bij de specialistische aanbieders te zien is, is dat instellingen hun eigen expertise gaan verbreden zodat zij zelf breder hulp kunnen bieden. Dit gebeurt ook om wachtlijsten bij onderaannemers te vermijden. Dit zorgt ervoor dat het specialistische veld in beweging is.

Uit de stukken blijkt dat de samenwerking tussen het lokale CJG en de regionale specialistische aanbieders nog onvoldoende is. Vanuit de specialistische jeugd-GGZ vindt afschaling nauwelijks plaats. Een professional van het CJG noemde zelfs dat er nog sprake was van gescheiden werelden. De wil om samen te werken is er wel, maar gebrek aan kennis van elkaar en van elkaars deskundigheid, verschil in visie en soms ook gebrek aan vertrouwen, maakt dat partijen elkaar nog slecht weten te vinden. Er ontstaan wel initiatieven om gezamenlijk op te trekken bij triage of om gezamenlijk op te trekken wanneer een behandeling bijna is afgelopen, maar dit is nog beperkt. De aanwezigheid van jeugd-GGZ binnen het lokale team maakt samenwerking met de specialistische GGZ wel makkelijker, aldus de GGZ-specialist.

Op zoek naar de volgende stap

De inrichting van de jeugdhulp in Capelle, met de keuze voor een sterke lokale basis met het CJG als spil, is gestart vanuit de gemeente. Het CJG heeft de verdere doorontwikkeling geïnitieerd en doorontwikkeld, aldus een CJG-professional. Ook de geïnterviewde GGZ-specialist is van mening dat de visie van de gemeente en het CJG belangrijk is geweest voor de transformatie. De gemeente en het CJG wilden het verschil maken en maken dit ook door de gedrevenheid die zij hebben, aldus de GGZ-specialist.

Het is nu tijd voor een nieuwe stap in de transformatie. Het CJG mist vanuit de gemeente een duidelijke visie op het verder vormgeven van de transformatie en een sturende rol om de transformatie vorm te geven.

Reflectie

De gemeente Capelle aan den IJssel wilde een sterke lokale basis realiseren, waar voldoende deskundigheid aanwezig is, zodat het merendeel van de vragen over opvoeden en opgroeien vroegtijdig, lokaal en integraal opgepakt kunnen worden. Te zien is dat Capelle aan den IJssel bij het inrichten van het jeugdveld, consequent keuzes heeft gemaakt, die bijdragen aan het realiseren van deze visie.

De gemeente heeft ruimte voor zichzelf gecreëerd door uit te treden uit het CJG Rijnmond en een eigen CJG Capelle aan den IJssel in te richten en door een grotere lokale inkoop te bedingen. Vervolgens heeft de gemeente die ruimte én daarmee verantwoordelijkheid aan het CJG gegeven en aan de professionals binnen het CJG. De gemeente stuurt het CJG vooral op het realiseren van de visie en op ontwikkeling, niet op processen of besluiten. Dit getuigt van lef en vertrouwen, en lijkt ook een succesfactor te zijn voor de resultaten die tot nu gehaald zijn. Het CJG heeft het aan haar gegeven vertrouwen waargemaakt, als je kijkt naar de resultaten en de interviews. Er is een beeld te zien van een CJG dat zelfbewust haar rol en verantwoordelijkheid binnen het jeugdveld heeft gepakt en invulling heeft gegeven aan de visie.

De gemeente heeft, samen met de andere gemeentes binnen de regio Rijnmond, ook ruimte en verantwoordelijkheid aan de specialistische aanbieders gegeven via de resultaatgerichte bekostiging. De mate waarin aanbieders deze ruimte gebruiken en samenwerking zoeken, hangt af van de aanbieders zelf en van hun flexibiliteit, vooral als ze voor meer regio’s werken.
Hierin zou meer gezamenlijk opgetrokken kunnen worden, bijvoorbeeld doordat het lokale CJG vanuit zijn casusregie (nog) meer betrokken blijft bij een cliënt, ook als deze specialistische hulp krijgt.

De samenwerking tussen het lokale veld en de regionale aanbieders moet nog verbeterd worden. De hulp wordt vooral na elkaar in plaats van naast of met elkaar geboden. Dit komt o.a. door de verschillende opdrachtgevers (gemeente enerzijds en regio anderzijds) waardoor een consequente sturing vanuit één opdrachtgever niet mogelijk is.

Anderzijds zit dit ook in het gegeven dat de specialistische aanbieders voor meer gemeentes binnen de regio werken en soms ook over de regiogrenzen heen, waardoor het voor hen lastiger is om samen te werken met de lokale teams. Dit vraagt iets van de lokale teams en de specialistische aanbieders: meer samen optrekken rond een kind en/of gezin door bijvoorbeeld als lokale team vanuit casusregie meer op te lopen met de specialistische aanbieder, waardoor vervolgens afschalen ook weer makkelijker wordt.

Het is mooi om te zien dat binnen Capelle aan den IJssel en binnen de regio Rijnmond veel aandacht wordt besteed aan het creëren van een lerende omgeving. Deskundigheidsbevordering, transformatielabs, evaluaties, onderzoeken dragen allemaal bij aan de continue doorontwikkeling van het jeugdveld en de kwaliteit van de jeugdhulp.

Overzicht van de interviews:

Interviews met:

- Beleidsadviseur A gemeente Capelle aan den IJssel
- Beleidsadviseur B gemeente Capelle aan den IJssel
- Strategisch adviseur stichting CJG Capelle aan den IJssel
- Lid Expertteam stichting CJG Capelle aan den IJssel
- Jeugd- en gezinspsycholoog stichting CJG Capelle aan den IJssel
- Directeur Kind en Jeugd / klinisch psycholoog gecontracteerde GGZ-aanbieder die vanaf 2018 ongeveer 1/3 van de GGZ doelgroep uit Capelle aan den IJssel bedient
- GZ-psycholoog gecontracteerde GGZ- aanbieder, die vanaf 2018 ongeveer 1/3 van de GGZ doelgroep uit Capelle aan den IJssel bedient

4 Casestudie Huizen

1. Visie: integrale aanpak onder regie van de gemeente

Een integrale aanpak van problemen en vragen door ontschotting van beleid en budgetten binnen het sociaal domein. Een centrale rol voor de gemeente in de toegang tot hulp en ondersteuning. Dat zijn de twee belangrijkste onderdelen van de visie, die gemeente Huizen in haar *Regiemodel Jeugdhulp 2015* (Gemeente Huizen, 2012) en in het *Plan van aanpak Transitie jeugdzorg Gooi en Vechtstreek* (Gooi en Vechtstreek, 2012) heeft vastgelegd.

De gemeente heeft zich na de transitie in eerste instantie gericht op het vormgeven van de toegang, op het borgen van continuïteit van zorg voor haar inwoners en op het inkopen van jeugdhulp. Om vervolgens de gewenste transformatie te realiseren, heeft Huizen in haar *Beleidsplan Sociaal domein 2015-2018* (Gemeente Huizen, 2014a) vier noodzakelijke bewegingen geschetst:

- van een focus op het individu naar een betrokken samenleving;
- van zorg naar oplossingen eerder en dichtbij;
- van zorg en isolement naar welzijn en participatie: oplossingen worden zo vroeg en zo veel mogelijk in en met de samenleving vormgegeven. Dit houdt een beweging naar het voorveld en welzijn in;
- van lokaal denken naar slim samenwerken.

Ook vraaggericht werken, maatwerk, eigen kracht en eigen regie, ontzorgen en normaliseren worden in de documenten genoemd. De visie gaat over de totale jeugdhulp. De jeugd-GGZ wordt alleen specifiek beschreven in het *Uitvoeringsprogramma 2017-2020 regio Gooi en Vechtstreek (Gooi en Vechtstreek, 2016c)*. Hierin staat dat zowel binnen de lokale toegangsteams als binnen de specialistische jeugdhulp ingezet moet worden op de integratie van jeugdhulp en jeugd-GGZ om zo maatwerk en een integrale benadering van hulpvragen mogelijk te maken.

2. Toegang en triage

Integrale toegang binnen de gemeente

Gemeente Huizen heeft ervoor gekozen om de toegang tot jeugdhulp bij de gemeente te positioneren. Dit vanuit de wens om zo samenhang en een integrale aanpak te bevorderen, maar ook om te voorkomen dat instellingsbelangen goede zorg in de weg zouden staan. De gemeente heeft hiervoor een integraal toegangsteam (Gemeente Huizen, 2014c) ingericht, waarin o.a. expertise van jeugdhulp, maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet vertegenwoordigd is. Dit integraal toegangsteam zit op het gemeentehuis van gemeente Huizen en de professionals zijn in dienst van de gemeente Huizen. Het team werkt echter ook voor de gemeentes Blaricum en Laren. Het integrale toegangsteam wordt binnen de documenten en de interviews ook wel gebiedsteam, uitvoeringsdienst of team Participatie en Zorg genoemd. Voor de leesbaarheid gebruiken we hier alleen de term Toegangsteam.

De jeugdconsulenten binnen het Toegangsteam hebben expertise op het gebied van jeugd- en opvoedhulp, van de zorg voor kinderen met een lichamelijke en/of (licht) verstandelijke beperking en van jeugd-GGZ. Bij de start van het Toegangsteam in 2014 werd met name gekeken naar expertise op het gebied jeugd- en opvoedhulp.

De jeugdconsulenten kwamen toen voornamelijk van Bureau Jeugdzorg, eerst gedetacheerd, daarna in dienst van de gemeente (Gemeente Huizen, 2014a). De jeugd-GGZ was in de beginfase niet vertegenwoordigd in het Toegangsteam. Voor de jeugd-GGZ liep de gebruikelijke route immers via de huisarts. De wens om breed te kijken naar kinderen en gezinnen maakte echter dat aanvullende expertise nodig was. Daarom is het Toegangsteam in 2018/2019 uitgebreid met twee professionals met expertise op jeugd-GGZ en met expertise op het gebied van jeugdbescherming (interview leidinggevende van de gemeente).

De consulenten van het Toegangsteam hebben de volgende taken:
- het uitvoeren van vraagverheldering, waarbij breed naar alle leefgebieden gekeken wordt;
- het opstellen van een plan van aanpak;
- het toeleiden naar jeugdhulp en naar hulp en ondersteuning in het voorveld;
- het monitoren van trajecten (hoe loopt het traject, evaluatiemomenten); en
- het afgeven van beschikkingen.

Aan Jeugd en Gezin, huisartsen en scholen zijn vaste jeugdconsulenten gekoppeld. De consulenten bieden zelf geen jeugdhulp. Elke consulent heeft zijn eigen caseload en houdt procesregie. De consulent coördineert het proces en stuurt op het resultaat waaraan gewerkt moet worden. De inhoudelijke casusregie ligt vaak bij een aanbieder (interview met een adviseur van de gemeente). Procesregie ligt in de praktijk ook wel bij aanbieders, zeker wanneer verwijzingen via bijvoorbeeld huisartsen lopen (Interview GGZ-specialist bij een kleine praktijk).

SpiegelTeam-methode

De integrale aanpak van de gemeente, het samenwerken van professionals vanuit verschillende expertises binnen één team, wordt binnen Huizen ook wel de SpiegelTeam-methode genoemd. Deze methode is vastgelegd binnen de notitie *Wat nodig is … De SpiegelTeam-methode in het sociaal domein (Gemeente Huizen, 2018d).* Op basis van deze methode krijgt vanaf 2017 iedere inwoner, die zich bij de gemeente meldt, een eigen consulent. Binnen deze methode staan de mogelijkheden van inwoners centraal, niet de beperkingen. Uitgangspunten zijn maatwerk, eigen regie van de inwoner, vertrouwen in de professionals (Gemeente Huizen, 2018d) en doen wat nodig is.

Kwetsbare jongeren in beeld door Interventieteam en Persoonsgerichte aanpak

Het Toegangsteam is in de afgelopen jaren uitgebreid met een Interventieteam en een Persoons-gerichte aanpak. Het Interventieteam houdt zich bezig met drangtrajecten. Deze worden niet meer ingekocht bij de gecertificeerde Instellingen, maar voert de gemeente zelf uit, vertelt een adviseur van de gemeente. De Persoonsgerichte aanpak (PGA) is opgezet om een passende aanpak te realiseren voor jongeren die te maken hebben gehad met justitie en deze jongeren veel beter in beeld te krijgen en houden. Problematiek die bij deze jongeren speelt, heeft vooral te maken met LVB en GGZ-gerelateerde problematiek. (Interview leidinggevende gemeente).

Expertise jeugd-GGZ via Consultatie en Adviesteam

Om de huisartsen en de jeugdconsulenten te ondersteunen met expertise op het gebied van jeugd-GGZ, hebben de gemeentes in de regio Gooi en Vechtstreek[10] halverwege 2014 het Consultatie en Adviesteam (C&A team) opgericht. Aanleiding was dat een aantal huisartsen had aangegeven kennis en ervaring te missen om de zorgtoeleiding van jeugdigen op een goede manier in te vullen (Gemeente Huizen, 2016d).

[10] Dit zijn naast de gemeente Huizen de gemeenten Blaricum, Eemnes, Gooise Meren, Hilversum, Laren, Weesp en Wijdemeren.

Het C&A team is een onafhankelijk team, dat geen binding met jeugdhulpaanbieders heeft (Consultatie en Adviesteam, z.j.). Het team bestaat uit twee jeugdartsen, een klinisch psycholoog en een orthopedagoog. Op afroep is een kinder- en jeugdpsychiater beschikbaar (interview lid C&A team). Naast het ondersteunen van huisartsen en jeugdconsulenten, heeft het team de volgende taken (Gooi en Vechtstreek, 2017b):

- het doen van triage en onderzoek;
- het bieden van kortdurende ondersteuning (geen behandeling zoals de POH-GGZ);
- het beoordelen of een verlenging van een behandeling nodig is en of daarvoor extra middelen beschikbaar moeten worden gesteld bij de basis jeugd-GGZ (vanaf 2017) en de specialistische jeugd-GGZ (vanaf 2018);
- het uitvoeren van dossieronderzoek voor jeugdhulpaanbieders (vanaf 2018) en
- het signaleren van trends en het adviseren van de gemeente(n).

De kortdurende ondersteuning wordt slechts in een beperkt aantal situaties geboden, vertelt een lid van het C&A team. In de praktijk opereert het team vaak aan de achterkant (bij verlengingen). Dit blijkt ook uit de cijfers van CBS. De cijfers laten zien dat jaarlijks circa 6 à 7% van de ambulante jeugdhulp door het team geboden wordt met een uitschieter van circa 15% in 2016. Vanaf 2017 is een medewerker van het C&A team fysiek aanwezig op de twee grote huisartsenpraktijken in Huizen. Bij de kleinere praktijken is het team op afroep beschikbaar (Gooi en Vechtstreek, 2017b).

Expertteam bij complexe casuïstiek

Wanneer reguliere hulp voor jongeren met complexe psychische problemen niet tijdig beschikbaar is en een casus daardoor vastloopt, kan deze casus aan het Expertteam jeugd worden voorgelegd. Dit Expertteam jeugd bestaat uit professionals van diverse jeugdhulpaanbieders. Het team werkt voor de hele regio Gooi en Vechtstreek en kan een zwaarwegend advies uitbrengen (Gooi en Vechtstreek, 2017a) over de benodigde hulp. De coördinator van het C&A team is secretaris bij het Expertteam Jeugd.

Samenwerking huisartsen

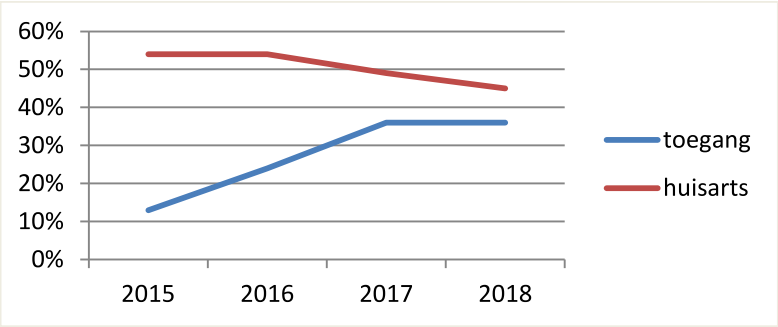
Het C&A team is niet alleen ingericht om huisartsen te ondersteunen. De gemeente had daarbij ook een eigen belang, namelijk het uitoefenen van invloed op de verwijzingen van huisartsen naar de jeugd-GGZ om zo onnodige verwijzingen naar diagnostiek en/of geïndiceerde jeugd-GGZ te voorkomen (Gemeente Huizen, 2014b). Circa een kwart van het jeugdhulpbudget wordt immers aan de jeugd-GGZ besteed (Gooi en Vechtstreek, 2017b) en van oudsher lopen de meeste verwijzingen naar de jeugd-GGZ via de huisartsen (Gemeente Huizen, 2016a).
De gemeente zag voor zichzelf zelf beperkte mogelijkheden om te sturen op de verwijzingen van huisartsen. Het C&A team zou door haar deskundigheid deze invloed wel hebben, zo was de verwachting.

Samenwerking huisartsen moest groeien

De samenwerking tussen huisartsen en het C&A team moest wel groeien, vertelt een adviseur van de gemeente. Huisartsen gaan pas sparren en verwijzen naar een team als ze mensen daar kennen, ook van gezicht. Ook de samenwerking tussen huisartsen en het Toegangsteam moest groeien. “De huisartsen dachten eerst: dat zijn ambtenaren, geen hulpverleners. Nu weten ze dat bij de toegang ervaren hulpverleners werken en gaat de samenwerking beter”, aldus een adviseur van de gemeente. Een vrijgevestigde die binnen de gemeente Huizen werkzaam is, geeft echter aan dat het overgrote deel van de verwijzingen (85 à 90%) nog steeds via de huisarts bij haar praktijk binnenkomt en dat slechts een beperkt aantal verwijzingen via het Toegangsteam loopt.
Uit de cijfers van het CBS blijkt dat het aantal en aandeel verwijzingen door huisartsen vanaf 2017 is afgenomen: van 645 verwijzingen in 2016, naar 555 in 2017 en 510 in 2018.

Het aantal consulten van huisartsen bij het C&A team is echter toegenomen: van 121 in 2016 naar 174 in 2017. In stukken (Gemeente Huizen, 2018b) van de gemeente wordt overigens aangegeven dat er sprake is van een toename aan verwijzingen van externe toegangen naar jeugdhulp (met name huisartsen). Dit ter verklaring van stijgende kosten voor jeugdhulp. Dit is in tegenspraak met de cijfers van CBS.

Figuur 4: Aandeel verwijzingen door huisartsen



Bron: CBS

Triage

Het uitvoeren van triage is onderdeel van het takenpakket van het Toegangsteam. De jeugdconsulenten hebben daarbij de opdracht om breed te kijken naar de hulpvraag, Zij zijn daarbij soms wel erg veel gericht op het achterhalen van de vraag achter de vraag. Dit kost tijd. (Interview lid C&A team) Als het om jeugd-GGZ problematiek gaat, kunnen de consulenten het C&A team vragen om mee te kijken en consult te bieden. Het C&A team heeft immers de expertise voor een snelle en juiste beoordeling van complexe GGZ-problematiek. Het C&A team kan ook zelf de triage uitvoeren (Interview adviseur van de gemeente).

Wanneer jongeren direct worden aangemeld bij een jeugdhulpaanbieder, kan de aanbieder de triage uitvoeren. Ook de professionals in de jeugd-GGZ kijken daarbij breed naar de problemen van een kind en de omgevingsfactoren. Vaak ligt de focus nog wel op de problemen van het kind, maar er wordt zeker systemisch gekeken. De mate waarin professionals breed kijken naar het vraagstuk hangt af van de behandelaar en de instelling (interview lid C&A team).

Een diagnose is in principe niet meer nodig om in aanmerking te komen voor jeugdhulp. Als toch een diagnose nodig is, verwijzen de jeugdconsulenten door naar een aanbieder (interview adviseur van de gemeente).

Veel vragen worden heel gericht gesteld waarbij weinig ruimte is voor andere oplossingen

De mondigheid van ouders en met name de claims die zij bij de jeugdhulp neerleggen, wordt als knelpunt ervaren. Ouders vinden dat hun kind jeugd-GGZ moet krijgen. Zij zoeken hun weg om die hulp ook te krijgen, ook als ze te horen hebben gekregen dat deze hulp niet nodig is. In veel gevallen is het de vraag of de hulpvraag terecht op het kind wordt gericht en niet bijvoorbeeld op de ouders zelf. Problemen worden door ouders geproblematiseerd en gemedicaliseerd, terwijl sommige gevoelens zoals verdriet en niet lekker in je vel zitten bij het dagelijks leven kunnen horen. Dit is een landelijk probleem. De oplossing zou dus ook op landelijk niveau gevonden moeten worden. Het gaat om een cultuurverandering (interview lid C&A team).

3. Samenwerken en specialistische psychiatrie

Integrale aanpak binnen het Toegangsteam

Eén van de doelen van de gemeente is het realiseren van een integrale aanpak, het bewerkstelligen van samenwerking rond een kind en/of gezin. Het beleggen van de toegang tot de jeugdhulp bij de gemeente heeft integrale samenwerking met Wmo en Participatiewet mogelijk gemaakt, vertelt een leidinggevende binnen de gemeente. Zij ziet dat het integraal samenwerken binnen het Toegangsteam steeds makkelijker verloopt, omdat de deskundigheid dicht bij elkaar georganiseerd is. De samenwerking binnen het Toegangsteam moest wel groeien. Enerzijds omdat praktische knelpunten rond het delen van informatie werden ondervonden (AVG), anderzijds omdat samenwerken ook om tijd vraagt. Samenwerken heeft immers te maken met elkaar leren kennen, van elkaar leren en elkaars expertise waarderen (Interview leidinggevende binnen gemeente). Ook de consulenten ervaren de integrale aanpak positief (Gooi en Vechtstreek, 2018b). Zij zien dat het werken binnen de gemeente heeft geleid tot korte lijnen tussen beleid en uitvoering. Hierdoor kan bij vragen snel geschakeld worden (Gooi en Vechtstreek, 2016a).

Er zijn echter ook kritische geluiden te horen. Dat het Toegangsteam nog niet altijd zo integraal opereert, mogelijk vanwege de grote omvang; dat de jeugdconsulenten soms nog apart van de consulenten Wmo of Participatiewet werken en dat er verdere versnippering ontstaat door het apart beleggen van drang en de ondersteuning van jeugdigen die te maken het gehad met justitie (Interventieteam en de persoonsgerichte aanpak) (Interview lid C&A team).

Samenwerking tussen jeugdhulpaanbieders door nieuwe inkoop

Gemeente Huizen werkt voor de inkoop van jeugdhulp samen met de gemeentes in de regio Gooi en Vechtstreek. Bij de inkoop voor 2015 stond zorgcontinuïteit centraal, samen met het behoud/vergroten van de kwaliteit en kostenbeheersing. In 2016 is de jeugdhulp voor 2017 en daaropvolgende jaren ingekocht. Hierbij stond met name het harmoniseren van de verschillende vormen van jeugdhulp centraal (Gooi en Vechtstreek, 2016a). Dit betekent dat de verschillende vormen van jeugdhulp nog wel separaat zijn ingekocht, maar onder eenduidige bekostiging en voorwaarden. Eén van de voorwaarden in de overeenkomsten met de aanbieders is dat ze moeten samenwerken en integraal moeten werken.

Voor de jeugd-GGZ zijn zo'n 57 aanbieders gecontracteerd. Andere aanbieders kunnen ook tussentijds toetreden, zolang ze aan de kwaliteitseisen en voorwaarden voldoen. Aanbieders krijgen aan de voorkant een maximaal budget per jeugdige/traject op basis van een profiel, een zogenaamde "vraag- of persoonsvolgende financiering". De aanbieder kan een deel van het budget gebruiken om een andere aanbieder in te schakelen (Gemeente Huizen, 2017).

Samenwerking komt tot stand

De nieuwe bekostigingssystematiek zou een stevige impuls moeten geven aan de transformatie en de samenwerking. Aanbieders zouden daardoor een breder aanbod kunnen bieden, zodat een jeugdige en/of het gezin veel makkelijker integraal geholpen kan worden (Gooi en Vechtstreek, 2016b). In de praktijk lijkt dit ook zo te werken, ook al is iedereen nog wel zoekende naar zijn eigen rol binnen de nieuwe systematiek. Aanbieders zien dat het verdwijnen van schotten tussen budgetten daadwerkelijk bijdraagt aan het realiseren van een integrale aanpak en samenwerking en aan het spreken van eenzelfde taal (Interviews leidinggevende binnen een grote instelling voor specialistische jeugd-GGZ en een specialist van een kleine GGZ-praktijk.) De inhoud komt meer centraal te staan en hoe partijen elkaar op inhoud kunnen versterken (interview GGZ-specialist kleine GGZ-praktijk).

De aanbieders weten elkaar te vinden omdat ze zien dat ze allebei expertise hebben en dat ze elkaar kunnen versterken (interview lid C&A team en leidinggevende specialistische jeugd-GGZ). De mate van samenwerken verschilt wel per organisatie. Een specialist van een kleine GGZ-praktijk licht toe dat samenwerken om tijd vraagt van professionals en organisaties, tijd om elkaar te leren kennen en om elkaar expertises te leren kennen. Deze tijd moet binnen organisaties beschikbaar zijn of worden gemaakt.

Hoewel steeds meer aanbieders van jeugdhulp en jeugd-GGZ gaan samenwerken (zowel binnen de kolommen als over de kolommen van jeugdhulp en jeugd-GGZ heen), hun aanbod op elkaar afstemmen en soms zelfs fuseren (interviews adviseur van de gemeente en lid C&A team), blijft het verbeteren van de samenwerking tussen jeugd-GGZ en jeugd- en opvoedhulp een aandachtspunt (Gooi en Vechtstreek, 2018b). De gemeentes hebben daarom o.a. recentelijk een uitvraag gedaan onder alle aanbieders, jeugd-GGZ en jeugdhulp om integraliteit te bevorderen, samen te werken en innovatieve interventies te ontwikkelen of bestaande over te nemen. Dit met name om te voorkomen dat kinderen uit huis worden geplaatst.

Wel meer administratieve lasten

De nieuwe financiering zorgt echter ook voor nieuwe obstakels, met name organisatorisch en administratief. Organisaties moeten nu met onderaannemers werken. Dit maakt samenwerking moeilijker. Maar het vraagt ook om extra administratieve handelingen om onderaannemers in te schakelen, zeker als er onvoldoende hulp beschikbaar is en meerdere aanbieders benaderd moeten worden. Ervaren wordt dat de gemeente deze nieuwe manier van samenwerken onvoldoende faciliteert. Ook het instellen van vaste budgetten voor behandelingen wordt als knelpunt ervaren. Wanneer meer tijd nodig is voor een behandeling, moet er van alles geregeld moet worden. Behandelaren zijn door dit alles soms 50% van hun tijd bezig met de coördinatie en met administratieve handelingen voor de behandeling van hun cliënt. De administratieve/organisatie lasten groeien elk jaar. Er zou meer flexibiliteit moeten komen (interview leidinggevende specialistische jeugd-GGZ en specialist kleine GGZ-praktijk). “Het zou productiever zijn als er sprake is van partnerschap tussen aanbieders en regio. Als de inhoud centraal staat en niet het proces”. (Interview leidinggevende specialistische jeugd-GGZ)

Afschalen komt nog onvoldoende van de grond

Het is de ambitie van de gemeente Huizen om een beweging te maken van zware naar lichte jeugdhulp, en van jeugdhulp naar het voorveld en welzijn (Gooi en Vechtstreek, 2016c). Hoewel in 2016 een beginnende trend van afschalen van de specialistische GGZ naar de basis GGZ te zien was (Gemeente Huizen, 2016c), komt de beweging van zwaardere naar lichte ondersteuning nog onvoldoende tot stand (Gooi en Vechtstreek, 2018b). Goede samenwerking wordt vaak belemmerd door een gebrek aan tijd en/of geld. De gemeente signaleert dat voor inwoners en professionals inzicht in en overzicht van het hele aanbod ontbreekt. Dit maakt het lastiger om snel de best passende hulp en ondersteuning in te zetten (Gemeente Huizen, 2018c). Dit wordt bevestigd door een GGZ-specialist van een kleine praktijk. Zij ziet dat veel aanmeldingen die bij de jeugd-GGZ terecht komen ook in het voorveld opgepakt zouden kunnen worden. Ook zou het voorveld meer benut kunnen worden bij nazorg. Er is echter te weinig zicht op het aanbod aan voorliggende voorzieningen en op contactpersonen. Om afschaling mogelijk te maken, heeft gemeente Huizen de capaciteit bij het CJG voor directe inzet van lichte ondersteuning van kinderen uitgebreid van 1,2 naar 3 fte (Gemeente Huizen, 2018c). Kennis van het aanbod en de juiste contactpersonen leren kennen is dan echter nog steeds nodig. Een mooi instrument zou een private cloud chat zijn zoals ze dat ook in Utrecht gebruiken. Een online chatruimte waar alle professionals (jeugdhulpaanbieders, huisartsen, voorveld, etc.) terecht kunnen met vragen (Interview specialist kleine GGZ-praktijk).

Samenwerking tussen aanbieders jeugd-GGZ en Consultatie en Adviesteam verloopt steeds beter

De samenwerking tussen het C&A team en aanbieders van de basis-GGZ verloopt steeds beter, vertelt een lid van het C&A team. De professionals kunnen zich vinden in de rol van het team. Ze kunnen nu soms overleggen. Dat vinden ze prettig omdat ze vaak kleinere organisaties vormen, waardoor intern overleg niet altijd mogelijk is. De samenwerking tussen het C&A team en de specialistische GGZ verloopt moeizamer. Dit zijn veelal grotere organisaties die zelf al binnen een multidisciplinair overleg hebben beoordeeld wat nog nodig is aan behandeling. De benodigde expertises zijn intern voldoende aanwezig. (Interview lid van het C&A team en specialist van een kleine GGZ-praktijk). De route via het C&A team zorgt dan, volgens een specialist van een kleine GGZ-praktijk, voor onnodige vertraging.

De inhoudelijke inzet van het C&A team op verlengingen van jeugd-GGZ roept ook vragen op over wie inhoudelijk verantwoordelijk is voor een behandeling en waar de casusregie ligt. Dit is nog zoeken voor zowel het C&A team als voor de aanbieders zelf (Interviews lid C&A team en specialist van een kleine GGZ-praktijk.) Daarnaast is de inzet van het C&A team op verlengingen ook ingewikkeld voor ouders. Er wordt zeer persoonlijke informatie naar het C&A team gestuurd. Dit voelt voor ouders aan alsof informatie naar de gemeente wordt gestuurd. Dat geeft ouders een onveilig en vreemd gevoel. “De gemeente gaat over mij beslissen zonder mij te hebben gezien”.

Wachttijden

Net zoals alle andere gemeentes, heeft gemeente Huizen te maken met wachtlijsten, met name binnen de jeugd-GGZ. De gemeente is samen met de regio bezig om de wachtlijsten (en daarbij ook de stapeling van wachttijden) inzichtelijk te maken. Gekeken wordt waar de wachtlijsten zijn, hoe de wachtlijsten eruit zien en welke maatregelen getroffen kunnen worden om de wachtlijsten korter te maken (interview adviseur gemeente). De regio gaat een wachtlijstcoördinator aanstellen die knelpunten moet inventariseren, aanspreekpunt moet zijn en toezicht moet gaan houden op de wachtlijsten binnen de jeugdhulp (Gooi en Vechtstreek, 2018b).

Ondertussen worden er al inhoudelijke gesprekken gevoerd met aanbieders en consulenten over mogelijkheden van afschalen en inzet van alternatieven om zo de wachtlijsten te verkorten. Een deel van de wachtlijsten wordt echter ook veroorzaakt doordat behandelaren een groot deel van hun tijd bezig zijn met administratie, organisatie en coördinatie (Interview leidinggevende specialistische jeugd-GGZ).

4. Sturen en leren

Sturen door college en raad

Het college en de gemeenteraad van Huizen hebben met elkaar afspraken gemaakt over de wijze van verantwoorden binnen het sociaal domein (Gemeente Huizen, 2016b):

- in de reguliere p&c cyclus wordt de raad geïnformeerd over de prestaties en de effecten die in de programmabegroting zijn opgenomen;
- het college rapporteert periodiek over de stand van zaken van dienstverlening in het sociaal domein via een vaste gegevensset. Het gaat hier met name om de omvang van de dienstverlening en de uitnutting van budgets;
- het college informeert de raad periodiek over een jaarlijks vast te stellen (flexibele) set aan gegevens waaronder herindicaties jeugd;
- twee keer per jaar wordt een casusbespreking met raadsleden gehouden.

Uit de documenten (zoals de jaarstukken en de gegevenssets) blijkt dat de raad daadwerkelijk periodiek geïnformeerd wordt over de voortgang van de jeugdhulp. De inhoud van de gegevens betreft bijvoorbeeld aard en omvang van het gebruik van jeugdhulp, stapeling van voorzieningen en budgetuitnutting. De gegevens werden in de eerste jaren per kolom (jeugdhulp, jeugd-GGZ, enz.), gepresenteerd. Vanaf 2018 wordt dat onderscheid, als gevolg van de nieuwe inkoop, niet meer gemaakt.

Monitoring

Om op een goede manier te kunnen monitoren hebben de gemeentes in de Gooi en Vechtstreek het digitaal leefplein ontwikkeld. Dit is een digitale (webbased) verbinding tussen aanbieders, gemeentes en het regionale contractbeheer (Gemeente Huizen, 2014a). Het digitaal leefplein wordt nu met name gebruikt voor o.a. toewijzingen en facturatie. Inwoners kunnen via een persoonlijke pagina informatie ophalen over de jeugdhulp die is toegekend, de omvang daarvan, de aanbieder die de hulp gaat bieden (Gooi en Vechtstreek, z.j.) en het plan dat is opgesteld.

Het digitaal leefplein bevat de monitor sociaal domein. Door middel van de monitor sociaal domein worden inwoners bevraagd over kwaliteit, tevredenheid, ervaring en doelmatigheid. De monitor moet het de gemeente mogelijk maken om te sturen op resultaten die inwoners willen bereiken. Een leidinggevende van een specialistische jeugd-GGZ instelling vraagt zich overigens wel af of de gegevens waarover de gemeente beschikt, voldoende zijn om de kwaliteit te kunnen monitoren en - indien nodig - bij te stellen.

Samen leren

In het *Uitvoeringsprogramma 2017-2020 regio Gooi en Vechtstreek* (Gooi en Vechtstreek, 2016c) is te lezen dat “de gemeenten aan het begin van de daadwerkelijke transformatie staan”. Dat het gaat om een meerjarig veranderproces, een constante doorontwikkeling, evaluatie en bijstelling van de dienstverlening van gemeentes, de regio en aanbieders en verdere samenwerking tussen gemeentes, huisartsen, aanbieders en andere partijen. Dit wordt bevestigd door een lid van het C&A team. Hij ziet dat de transformatie in Huizen nog onvoldoende is doorgevoerd, bijvoorbeeld waar het gaat om de-medicaliseren en normaliseren. Dit vraagt blijvende aandacht en samen leren. Na de decentralisatie was er veel aandacht voor de transformatiegedachte. Dit zakt weer weg.

In kader van kennisuitwisseling en deskundigheidsbevordering heeft gemeente Huizen samen met de gemeentes Blaricum en Laren en diverse partijen uit het jeugddomein een mini-jeugdconferentie “eigen kracht” georganiseerd (Gemeente Huizen, 2017). Daarnaast worden via het regionaal leerhuis kennissessies georganiseerd voor professionals over de uitvoering van de Jeugdwet en de beoogde transformatie (Gooi en Vechtstreek, 2018b). Vanuit het C&A team wordt deskundigheidsbevordering, intervisie en training aan het Toegangsteam geboden (Consultatie en Adviesteam Gooi en Vechtstreek, z.j.).

In het verleden was er een zorgmarkt om de aanbieders met elkaar in contact te brengen. De zorgmarkt was echter te groot en plat waarbij aanbieders vooral hun eigen producten presenteerden. Het is echter veel belangrijker om een echt gesprek te voeren, bijvoorbeeld via een maatwerktafel. Er is een evaluatie over de zorgmarkt uitgevoerd, en daaruit kwam naar voren dat iedereen van mening was dat deze afgeschaft kon worden (Interview specialist kleine GGZ-praktijk).

Om de samenwerking tussen aanbieders makkelijker te laten verlopen en samen te leren, is het belangrijk dat er meer contact is, dat ze vaker met elkaar aan tafel zitten. Bijvoorbeeld via een maatwerktafel rond ingewikkelde casuïstiek. Op zich vinden partners elkaar wel rond casuïstiek, maar dit zou frequenter kunnen.

Het zou prettig zijn als de gemeente (of het C&A team) hier een meer faciliterende rol in heeft en dat er meer structuur wordt aangebracht. Het C&A team kan dan wellicht ook makkelijker overzicht bieden en zelf houden op inhoud en financiën (interview specialist kleine GGZ-praktijk).

5. Resultaat en reflectie

Een integrale aanpak binnen het hele sociale domein en een centrale rol voor de gemeente in de toegang. Dat is waar gemeente Huizen naar streefde. De positie van de jeugd-GGZ kwam in de visie niet specifiek naar voren.

Ook bij de inkoop van de jeugdhulp is het onderscheid tussen jeugd-GGZ en andere vormen van jeugdhulp verdwenen. Alleen binnen de toegang is er specifieke aandacht voor de rol van de jeugd-GGZ, en wel via het C&A team.

Consultatie en Adviesteam heeft geleid tot minder verwijzingen

Het C&A team had als doel om onterechte verwijzingen naar de jeugd-GGZ te voorkomen. Dit is het team gelukt, aldus een businesscase uit 2017 (Sybe Bijleveld Advies, 2017). In het eerste jaar hebben de huisartsen binnen de regio Gooi en Vechtstreek circa 140 casussen aan het team voorgelegd. Hiervan kwamen 9 casussen uit Huizen. Bij circa 20% van de casussen is de jongere doorverwezen naar de basis of specialistische jeugd-GGZ. In iets meer situaties was een gesprek met de klinisch psycholoog afdoende. En in bijna 60% van de casussen is een andere oplossing gevonden (Gooi en Vechtstreek, 2018b). Twee jaar later wordt circa 25% van de vragen door het team opgelost zonder dat een vorm van ondersteuning nodig is (Gooi en Vechtstreek, 2018b).

Het C&A team had ook als doel om jeugdconsulenten en huisartsen te ondersteunen met hun kennis en expertise. De huisartsen blijken tevreden te zijn over het team, hun kennis en expertise erkennen en het als laagdrempelige manier zien om advies te vragen (Gooi en Vechtstreek, 2018a). Dit geldt ook voor de jeugdconsulenten. Zij vinden het waardevol om met een onafhankelijk expert over een casus te kunnen praten. Over het algemeen wordt het nut en het effect van het team hierin herkend, en de waarde voor het zorglandschap van de regio.

Totaal aan jongeren in jeugdhulp neemt af

Te zien is dat het aantal kinderen met jeugd-GGZ afneemt. Cijfers over 2018 ontbreken omdat vanaf dat moment binnen Huizen geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen jeugdhulp en jeugd-GGZ.

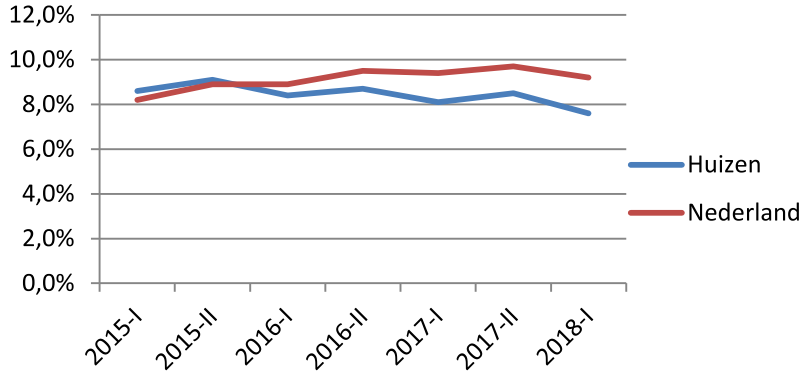
Figuur 5: Lopende voorzieningen jeugd-GGZ op peildatum 31-12

	2015	2016	2017
Jeugd-GGZ	470	345	278

Bron: bestuurlijke rapportage sociaal domein 2017

Ook het totaal aan kinderen en jongeren in jeugdhulp neemt af. Op 30 juni 2018 maakt 7,6% van de jongeren gebruik van een vorm van jeugdhulp. Dit is lager dan het landelijk gemiddelde van 9,2%. Gemeente Huizen heeft sinds 2016 een lager percentage jongeren in jeugdhulp dan het landelijk gemiddelde. Alleen in het eerste jaar scoorde de gemeente hoger.

Figuur 6: Ontwikkeling aandeel jongeren met jeugdhulp



Bron: Waar staat je gemeente.nl

Totaal aantal voorzieningen en kosten neemt toe

Hoewel het aantal kinderen in jeugdhulp afneemt, is er een groei te zien in kosten, volume en beschikkingen. Zo staat in de *Bestuurlijke rapportage sociaal domein* (Gemeente Huizen, 2018a) dat het totaal aan individuele jeugdhulpvoorzieningen en het totaal aan kosten in 2017 eis toegenomen, net zoals op het gebruik van basisvoorzieningen (zoals het CJG). Als mogelijke verklaring wordt gegeven dat de stijging van de basisvoorzieningen een gevolg is van het realiseren van ondersteuning dichtbij en in het voorveld. De stijging van het aantal individuele voorzieningen zou kunnen worden veroorzaakt door een grotere inzet op preventie. Hierdoor zouden hulpvragen zichtbaar kunnen zijn, die voorheen niet in beeld waren. De leidinggevende van de specialistische jeugd-GGZ heeft ook nog een andere verklaring. Zij is van mening dat de kostenstijging ook een gevolg is van het ruimhartige beleid van de gemeente: doen wat nodig is. En wat nodig is, is aan ouders en behandelaren. De gemeente zou daar meer grenzen aan moeten en kunnen stellen.

Meer voorzieningen per jongere

De afname van het aantal kinderen en de toename van kosten, volume en beschikkingen lijkt te wijzen op een toename van het aantal voorzieningen per jongere. Het C&A team ziet vanuit haar signalerende rol ook dat in toenemende mate meerdere GGZ-hulpverleners in één gezin aanwezig zijn. Er wordt nu een analyse uitgevoerd naar de mogelijke stapeling van jeugdhulp en naar de effectiviteit van jeugdhulp op bsn-niveau (Interview lid C&A team). De toename van het aantal voorzieningen per jongere zou echter ook een gevolg kunnen zijn van de nieuwe bekostigingssystematiek. De leidinggevende van de specialistische jeugd-GGZ instelling gaf immers in haar interview aan dat aanbieders worstelen met het hoofd- en onderaannemerschap, de coördinatie die daarbij hoort en met de vraag of bij het inschakelen van onderaannemers ook meerdere beschikkingen nodig waren.

Financiën

De toenemende kosten leveren vooralsnog geen financiële problemen op voor gemeente Huizen. Er is een klein tekort op het budget Jeugd, maar dit wordt gedekt door het overschot op Wmo-middelen. Deze budgets worden immers ontschot ingezet. De kosten voor de jeugdhulp blijven echter stijgen, waardoor Huizen wel richting tekorten gaat, zoals zovele gemeentes ook al hebben (interview adviseur gemeente).

Reflectie

Met het positioneren van de toegang bij de gemeente, heeft Huizen gekozen voor het beheersen van de toegang en processen. De vraag is of er wel voldoende aandacht is besteed aan en ruimte is geboden voor de transformatie. Dit komt onvoldoende in de stukken terug. Nadruk ligt met name op het bevorderen van een integrale aanpak.

De integrale aanpak lijkt voornamelijk horizontaal bevorderd te worden: binnen de toegang door verschillende expertises (jeugd, volwassenen, werk en inkomen) bij elkaar te brengen en tussen de specialistische aanbieders onderling door het invoeren van een nieuwe bekostigingssystematiek. Binnen de toegang en tussen aanbieders lijkt de samenwerking en de integrale aanpak zich dan ook te positief te ontwikkelen. De samenwerking tussen de specialistische jeugdhulp en het lokale voorveld (om te kunnen normaliseren, afschalen) vindt echter nog onvoldoende plaats. De gemeente heeft het lokale voorveld wel versterkt (formatief) om samenwerking mogelijk te maken. Daarnaast heeft de gemeente samen met de regio kennissessies georganiseerd over de transformatie, maar dit heeft nog onvoldoende geresulteerd in echte samenwerking.

Met het C&A team beoogden gemeentes om meer expertise, specifiek GGZ-expertise naar de voorkant te halen. Het toevoegen van taken (ook administratief) aan het takenpakket van het team, maakt dat de inzet van het C&A team naar de achterkant van het proces verschuift. Het C&A team lijkt daardoor een meer controlerende en beheersende functie te krijgen, als verlengde van het gemeentehuis. Dit staat los van de waardering voor de kennis en inzet van het C&A team.

Overzicht van de interviews:

Interviews met:

- Beleidsadviseur gemeente Huizen
- Leidinggevende gemeente Huizen
- Lid Consultatie- en Adviesteam
- Leidinggevende instelling specialistische GGZ
- Specialist (GZ-psycholoog) binnen een kleine GGZ-praktijk

5 Casestudie Steenwijkerland

1. Visie

Het uitgangspunt van de gemeente Steenwijkerland was: 'eerst transitie, dan transformatie'. De eerste twee jaren stonden in het teken van de transitie; het zorgen voor continuïteit in de zorg voor bestaande en nieuwe cliënten stond voorop (Gemeente Steenwijkerland, 2013, 2014, 2016). Na de transitie heeft Steenwijkerland zich, samen met de andere gemeentes binnen de jeugdzorgregio IJsselland, gericht op de transformatie. Deze transformatie moet, zoals in de *Regionale visie jeugdhulp IJsselland 2017-2020* (BVO Jeugdzorg IJsselland, 2016) staat beschreven, vooral vanuit de lokale toegang en het gemeentelijk voorliggend veld worden ingezet. De specialistische jeugdhulp moet meer integraal worden aangeboden via integrale arrangementen; dit vereist een integratie binnen de jeugdhulp (tussen J&O, j-LVB en j-GGZ) en een versterking van de samenhang met het (passend) onderwijs.

Vanaf 2016 wordt het sociale domein getransformeerd, met als uitgangspunten: gebruik maken van de kracht van de samenleving; uitgaan van eigen (veer)kracht en ontwikkelmogelijkheden van inwoners; de ondersteuning zoveel mogelijk verankerd in de lokale leefomgeving van inwoners; maatwerk; een integrale benadering; samenwerking tussen organisaties; focus op kwetsbare inwoners; en zorgvuldig omgaan met bemoeizorg (Gemeente Steenwijkerland, 2016) .

Het *Beleidsplan sociaal domein 2017-2020* (Gemeente Steenwijkerland, 2016) onderscheidt drie transformatielijnen voor het sociale domein waarop de gemeente zich gaat richten:

- Het versterken van de preventie. Het gaat hier onder meer om het versterken van de sociale infrastructuur, toegankelijke informatievoorziening, versterking vroegsignalering en tijdig afschalen. Voor de Jeugdzorg gaat het hier onder andere om de vraag wat nodig is om eerder verantwoord te kunnen afschalen in omvang en intensiteit van de jeugdhulp;
- Effectieve verbindingen: het realiseren van een integraal gebiedsteam voor de uitvoering van de Jeugdwet, Wmo en Participatiewet. Taken zijn het bieden van informatie en advies en het uitvoeren van vraagverheldering;
- Scherp opdrachtgeverschap, waarbij het sturen op kwaliteit centraal staat en de financiële kaders de randvoorwaarden vormen.

De integrale benadering staat centraal; in de nota's worden de transformatiedoelen geformuleerd voor het hele sociale domein. In een bijlage bij de nota van 2016 wordt kort het domeinspecifieke beleid beschreven, waaronder het jeugdbeleid. Als belangrijkste uitdaging voor het jeugdbeleid wordt genoemd: "alleen al uit financiële overwegingen is het noodzakelijk om meer gebruik te maken van de eigen kracht (vergroten van zelfredzaamheid) en jeugdhulptrajecten effectiever en efficiënter te organiseren" (Gemeente Steenwijkerland, 2016, p.49).

2. Toegang en triage

Toegang: CJG-team 2015-2016

De toegang tot de jeugdhulp was van 2015-2016 belegd bij het CJG (Centrum voor Jeugd en Gezin). Al voor 2015 werkten vijf organisaties[11] in het CJG als team samen om jeugdigen en ouders van informatie en advies te voorzien en om hen lichte ondersteuning te bieden (maatschappelijk werk en cliëntondersteuning). Met de decentralisatie van de jeugdzorg werd aan de taken van dit team ook vraagverheldering en casusregie toegevoegd. De gemeente bleef de beschikkingen afgeven. Waar nodig werden specialistische deskundigen betrokken in de fase van vraagverheldering, in de vorm van consultatie en advies, of door hen te laten aansluiten bij het vraagverhelderingsgesprek of voor diagnostisch onderzoek. De medewerkers van het CJG werkten generalistisch en gebiedsgericht.

Integraal gebiedsteam vanaf 2017

De sectorale toegangsteams voor jeugdhulp (CJG) en Wmo werden vanaf 1 januari 2017 samengevoegd tot één geïntegreerd gebiedsteam, met jeugd- en Wmo-consulenten. In 2020 zal ook de uitvoering van de Participatiewet bij dit gebiedsteam worden gevoegd. Oorspronkelijk was het de bedoeling om de positie van het CJG, als toegang tot de jeugdhulp, te versterken. In het *Beleidsplan sociaal domein 2017 - 2020* (Gemeente Steenwijkerland, 2016) wordt echter gekozen voor een integraal gebiedsteam. Redenen die hiervoor worden genoemd:

- Klantvriendelijkheid en herkenbaarheid: één herkenbaar loket voor alle vragen binnen het sociale domein;
- Effectievere ondersteuning op meerdere levensdomeinen: integraliteit en dus efficiency bevorderen door Wmo- en jeugdconsulenten binnen dezelfde organisatie en op dezelfde locatie te laten werken, waardoor ze elkaar leren kennen en beter kunnen samenwerken;
- Efficiëntie in de uitvoering: door de integratie van de teams is er minder overhead nodig en zijn er meer mogelijkheden om met en van elkaar te leren;
- De noodzaak om snel en doortastend de transformatie op te pakken en een eenduidige aansturing te realiseren. Met een lager budget - vanwege oplopende tekorten - moet en wil de gemeente goede zorg blijven bieden aan alle inwoners. Dat vereist het snel realiseren van de transformatie. Transformeren vereist een andere organisatie en werkwijze van de toegang, het creëren van maatwerk, een betere aansluiting op het voorliggend veld en betere samenwerking met zorgaanbieders en met andere gemeentes (Gemeente Steenwijkerland, 2016, p.93-94).

De constructie van het CJG werkte niet naar tevredenheid van de gemeente. Een belangrijk probleem was volgens de gemeente (interviews beleidsmedewerker en coördinator van het gebiedsteam) dat de consulenten in het CJG vanuit verschillende moederorganisatie werkten, waardoor de aansturing diffuus en traag was; bovendien bleven medewerkers loyaal aan hun moederorganisatie. Daarnaast was de knip tussen het maken van een gezinsplan door de consulenten en het opstellen van de beschikking door de gemeente inefficiënt. Ten slotte vond de gemeente dat ze te weinig mogelijkheden had om het team aan te sturen. Daarom werd gekozen voor een integraal gebiedsteam.

De verplaatsing van het gebiedsteam naar de gemeente heeft goede uitgepakt, volgens geïnterviewden werkzaam bij de gemeente. Integraliteit bij de uitvoering Wmo en jeugdhulp is nu beter mogelijk: het “komt niet meer voor dat het ene team de kinderen en het andere team de ouders helpt” (interview jeugdconsulent). Dat de consulenten Wmo en Jeugd en de beleidsmedewerkers op dezelfde locatie (gemeentehuis) werken en in dienst zijn van dezelfde organisatie (gemeente) wordt als groot voordeel gezien door de geïnterviewden werkzaam bij de gemeente.

[11] MEE, Bureau Jeugdzorg, Zorggroep Oude en Nieuwe Land en de GGD en Timpaan Welzijn.

Daardoor zijn er korte lijntjes en kunnen ze elkaar 'voeden' en van elkaar leren. Beleid en uitvoering kunnen beter op elkaar worden afgestemd, en kan beleid worden ontwikkeld "dat ook echt gaat werken" en kunnen knelpunten in de uitvoering direct besproken worden met de beleidsmedewerker. Ook heeft het positief uitgewerkt voor het kostenbewustzijn. Zoals de coördinator van het gebiedsteam aangeeft: nu de consulenten bij de gemeente zitten, zijn ze zich er meer bewust van dat het geld maar een keer uitgegeven kan worden. Als je een kind een dure behandeling toekent, ook al twijfelt je aan het nut ervan, gaat dat ten koste van de mogelijkheden andere kinderen te helpen.

De geïnterviewde jeugdconsulent wijst ook op enkele nadelen van de verandering. Ouders zijn mogelijk minder open omdat je een ambtenaar bent en dat schept wat meer afstand (dan bij het CJG). Ook kan het de jeugdconsulent voor dilemma's stellen, bijvoorbeeld als ze bij een gezin thuiskomt en hoort dat een van de ouders zwart werkt terwijl hij een uitkering heeft: moet dat worden doorgegeven? En het streven naar maatwerk bij de jeugdzorg past minder goedt bij het formele ambtelijke apparaat. Los daarvan mist ze een inloopspreekuur. Maar wijkteams zijn welhaast onmogelijk in een uitgestrekte gemeente als Steenwijkerland, met veel dunbevolkte buitengebieden.

Het gebiedsteam biedt informatie en advies, voert vraagverheldering uit en verzorgt de toeleiding naar jeugdhulp en/of Wmo, maar biedt zelf geen ondersteuning. Er werken 9 à 10 jeugdconsulenten in het gebiedsteam, ieder met zijn/haar eigen expertise. Jeugdconsulenten van het integrale gebiedsteam doen de intake (keukentafelgesprekken) na een melding door ouders of jeugdigen, maken een gezinsplan en verwijzen door en leggen verbindingen met ketenpartners. De geïnterviewde jeugdconsulent gaf aan dat ouders die met GGZ-problematiek komen vaak zijn doorverwezen via scholen. In zulke gevallen gaat de consulent zowel met ouders als met school in gesprek, om de vraag te verhelderen, voordat een gezinsplan wordt opgesteld. De consulenten blijven de regie houden na eventuele verwijzing. Zelf noemen ze het 'casusregie', maar eigenlijk is het een vorm van procesregel. De jeugdconsulenten bewaken en coördineren de uitvoering van het gezinsplan, ondernemen stappen bij stagnaties, en fungeren als aanspreekpunt voor de cliënt en hulpverleners (Gemeente Steenwijkerland, 2014). Jeugdconsulenten zijn in ieder geval aanwezig bij de intake bij de zorgaanbieder, een tussen/voortgangsgesprek gesprek zo halverwege de behandeling, en bij het eindgesprek, als bijvoorbeeld afschaling naar het voorliggend veld ter sprake kan komen (interview jeugdconsulent en coördinator jeugdconsulenten).

De herpositionering van de toegang tot het sociale domein hield ook een nieuwe verdeling van taken tussen het voorliggend veld en het gebiedsteam in, met een duidelijke knip tussen het voorliggend veld voor lichte problematiek en het gebiedsteam voor zwaardere problematiek en het afgeven van beschikkingen. Het versnipperde voorliggend veld is wat betreft maatschappelijk- en welzijnswerk, jongerenwerk en onafhankelijke cliëntondersteuning voor inwoners van 0 tot 100 jaar bij elkaar gebracht, en uitbesteed (aanbesteed) aan de nieuwe welzijnsorganisatie Sociaal Werk De Kop. Sociaal Werk de Kop werkt gebiedsgericht, met drie teams (Noord, Oost en Zuid) in Oldemarkt, Steenwijk en Vollenhove. Het betreft het voor ouders, kinderen en jeugdigen goed toegankelijke, brede voorliggend veld, dat onder meer begeleiding bij lichte problematiek en lichte opvoedingsondersteuning biedt. In feite is Sociaal Werk De Kop hèt herkenbare loket voor alle vragen binnen het sociale domein, dus ook voor de jeugdhulp. Sociaal Werk De Kop kan cliënten doorsturen naar het integrale gebiedsteam als ze meent dat het om complexe of zwaardere problematiek gaat. Omgekeerd kan het integrale gebiedsteam cliënten voor lichte behandeling doorsturen naar Sociaal Werk De Kop of andere organisaties in het voorliggend veld zoals de JGZ en wijkverpleging (Interview jeugdconsulent). Een sterke sociale samenleving wordt essentieel geacht om de 'beweging naar voren' te maken (eerder afschalen, minder maatwerkvoorzieningen, minder kosten per cliënt) in de gemeente.

Dit is ook de reden waarom er niet meer gesproken wordt van een 'toegangsteam' maar van een 'gebiedsteam' (Gemeente Steenwijkerland, 2016, p.95).[12]

Spanning tussen maatwerk en regels volgen: uitspraak van Centrale Raad van Beroep

Steenwijkerland was de eerste gemeente die door de Centrale Raad van Beroep is terechtgewezen voor de manier waarop jeugdzorg is verleend. Keuzen die een gemeente maakt om doelen van maatwerk en 'normaliseren' te realiseren kunnen op gespannen voet staan met de juridische eisen van zorgvuldigheid, zoals deze uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van mei 2017 laat zien. Het betreft een uitspraak van de hoogste bestuursrechter gedaan in een rechtszaak tegen gemeente Steenwijkerland aangespannen door een inwoner van de gemeente met betrekking tot een beschikking uit juni 2015. Het betrof een jongere met psychische problemen die onder de oude wetgeving zorg in de vorm van begeleiding ontving. Na de transitie heeft het gezin de gemeente verzocht om verlenging van de begeleiding. De gemeente wees die jeugdhulp af, omdat het vooral de moeder was die de begeleiding geeft. Dergelijke informele hulp hoort in de ogen van de gemeente bij de 'normale' taken van opvoeders en hoeft dus niet betaald te worden. De Raad concludeerde dat het advies van het CJG aan de gemeente om het verzoek af te wijzen gebaseerd was op onderzoek dat onvoldoende deugdelijk en deskundig was, zodat het advies onvoldoende onderbouwd was en niet beruste op de vereiste expertise. De gemeente moest de hulpvraag opnieuw beoordelen.

De beleidsmedewerker van de gemeente wees erop dat deze zaak niet goed in het nieuws kwam: het ging vooral over een pgb voor informele hulp (van de moeder) en maar een klein stukje GGZ-problematiek, terwijl in de berichtgeving het accent op het laatste lag. De keuze die de gemeente gemaakt heeft, past volgens haar in de beleidslijn om te normaliseren, en dus alleen bij uitzondering een pgb toe te kennen voor mantelzorg, voor ondersteuning van kinderen door hun ouders. Op 16 januari 2019 is het eerdere beroep van de moeder in hoger beroep ongegrond verklaard, omdat de moeder en dochter niet wilden meewerken aan het heronderzoek van de gemeente (Centrale Raad van Beroep, 2019). Volgens de beleidsmedewerker blijkt hier (weer) uit "dat de gemeente snel de zwarte piet krijgt toegespeeld". De landelijke overheid legt veel taken bij gemeentes neer, en dat kan soms schuren, maar als het dan soms mis lijkt te gaan, krijgt de gemeente weinig dekking van de minister.

In de rechtszaak kwam volgens de coördinator jeugdconsulenten een duidelijke spanning naar voren tussen een juridische benadering (rechtmatigheid en zorgvuldigheid op basis van een beoordelingskader en regels, iedereen gelijk behandelen) en de maatwerk en hulpverlenersbenadering (doelmatigheid). De rechter wilde bijvoorbeeld dat bij elke cliënt een lijstje met dezelfde vragen wordt afgegaan (een beoordelingskader); "maar dat staat op gespannen voet met maatwerk". Rechtszaken gaan vooral over "hoe hebben jullie het vastgelegd?" en of en welke regels zijn gevolgd. De rechtszaak heeft als effect gehad dat de gemeente haar (regels voor) verslaglegging en onderbouwing heeft verbeterd (interview beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam).

Triage

Het gebiedsteam heeft - volgens de beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam - voldoende basale kennis om GGZ-problematieken over het algemeen te herkennen en gericht te kunnen verwijzen. Door scholing - zoals cursussen psychopathologie - wordt hun kennis vergroot van het veld, inclusief de jeugd-GGZ.

[12] Blijkbaar is de term nog niet helemaal ingeburgerd, want in de interviews werden beide termen gebruikt.

Vaak hebben consulenten een vermoeden wat er aan de hand is, maar als ze twijfelen en ze denken dat GGZ-problematiek speelt, kunnen ze verschillende deskundigen raadplegen: (1) advies van de gedragswetenschapper die 8 uur per week voor het team beschikbaar is; van de twee POH'ers Jeugd-GGZ in de gemeente, en (3) zorgaanbieder consulteren, door de casus anoniem voor te leggen. Deze consultatie- en adviesfunctie van zorgaanbieders valt onder het contract (de inkoop). De geïnterviewde vrijgevestigde GGZ-aanbieder bevestigt dat het nu makkelijker is om geconsulteerd te worden, door huisartsen, jeugdconsulenten of scholen. Dat consult kan later meegedeclareerd worden als de jeugdige behandeld wordt.

Huisartsen als toegang

Huisartsen - in totaal zo'n 14 praktijken in 4 waarnemingsgroepen (op zich veel voor zo'n klein zorggebied) - zijn belangrijk voor verwijzing naar jeugd-GGZ: zo'n 80% van de verwijzingen gaat via hen. Huisartsen verwijzen snel door volgens de geïnterviewden van de gemeente, ze hebben maar 10 minuten consulttijd om te beslissen. Huisartsen hebben volgens de geïnterviewde coördinator van het gebiedsteam zo'n 3 namen van GGZ-aanbieders in hun hoofd waarnaar ze vaak verwijzen, en wijken daardoor regelmatig af van de lijst van regionaal gecontracteerde aanbieders. En aan de rand van de gemeente wijzen ze geregeld door naar aanbieders in een andere provincie. Daar kan de gemeente moeilijk grip op krijgen. Bovendien motiveren ze hun verwijzingen vaak nauwelijks.

Huisartsen kunnen onbedoeld de autoriteit van de gemeentelijke toegang ondermijnen, volgens de geïnterviewde beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam. Als de gemeente voor een cliënt niet een beschikking wil afgeven, bijvoorbeeld omdat ze een diagnose niet nuttig vindt in dit geval, kunnen cliënten naar de huisarts gaan die hen dan wel kan doorverwijzen. Dit kan het stereotype idee bij huisartsen en cliënten versterken dat de gemeente alleen op de centen let. Het gebiedsteam wordt soms ook betrokken nadat een huisarts heeft verwezen, maar met een onduidelijke verwijzing of een profiel dat volgens de aanbieder niet passend is. Dan neemt de aanbieder contact op met het gebiedsteam om te overleggen over een geschikt profiel en intensiteit (interview jeugdconsulent).

Verwijzing door het gebiedsteam - of de POH Jeugd-GGZ - heeft de voorkeur - volgens de geïnterviewden werkzaam bij de gemeente - omdat die de sociale kaart, het voorliggend veld, beter kent, en meer kennis heeft over verschillende aanbieders, inclusief hun specialisaties en wachtlijsten. Bovendien blijft de jeugdconsulent ook na de verwijzing betrokken als casusregisseur.

POH Jeugd-GGZ

In april 2017 is Steenwijkerland gestart met een pilot POH Jeugd-GGZ (praktijkondersteuner huisartsen op het terrein van jeugd-GGZ). Doel van de pilot was om de deskundigheid op het gebied van jeugd-GGZ in de eerste lijn te versterken om kinderen en ouders beter, sneller en dichterbij te helpen. Ook zou de druk op de tweedelijnszorg daardoor afnemen en zou de specialistische GGZ beter toegankelijk worden voor kinderen die dat echt nodig hebben. De pilot is gestart in Tuk en Steenwijk. Daarna zijn ook Oldemarkt en Vollenhove betrokken. Eind 2017 was een praktijkondersteuner actief bij vier praktijken (5 locaties). Na de evaluatie is in 2018 (Gemeente Steenwijkerland, 2018a) een tweede POH Jeugd-GGZ aangetrokken (van dezelfde zorgaanbieder), die bij twee huisartsenpraktijken werkt. Deze twee POH'ers zijn voor 32 uur per week werkzaam. Momenteel zit er bij 40% van de huisartsen een POH Jeugd-GGZ (interview met beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam).

Bij de sollicitatieprocedure voor de POH werden de huisartsen betrokken. Ze hebben een professional geselecteerd met een verpleegkundige achtergrond en GGZ-deskundigheid (cognitief gedragstherapeut).

Er is gekozen voor ervaren professional die gewend is extramuraal te werken, met gezinnen. Kennis van medicatie (als verpleegkundige) werd van belang geacht, omdat kinderen met autisme en ADHD na behandeling in de tweede lijn worden terugverwezen naar de huisarts voor medicatiecontrole. Dat kan een POH met verpleegkundeachtergrond goed mee omgaan (interview POH). De POH werkt onder verantwoordelijkheid van de huisarts, gedetacheerd vanuit een grote GGZ-zorgaanbieder, volledig betaald door de gemeente. In de praktijk houdt het in dat de huisarts de cliënt een afspraak laat maken met de POH, die op korte termijn het kind ziet en verder helpt. De POH kijkt breder dan de huisarts, en onderzoekt bijvoorbeeld of er iets aan de hand is in het gezin of op school. Scholen verwijzen ouders met hun kinderen regelmatig naar de huisarts voor een diagnose. Dan neemt de POH contact op met de school om het te bespreken (interview met POH en met beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam). De POH is geautoriseerd om door te verwijzen, maar houdt na de verwijzing geen regie over de casus.

In 2018 is de pilot geëvalueerd (door de gemeente) (zie Gemeente Steenwijkerland, 2018a). De POH-Jeugd GGZ bleek goed te werken in de pilotperiode (april 2017-april 2018). De huisartsen waar POH'ers werken blijken bijna niet meer door te verwijzen. Van de 99 kinderen die de POH heeft gezien, kon 85% binnen de huisartsenpraktijk worden geholpen en werd 15% doorverwezen. Voor een derde van de kinderen die door de POH Jeugd-GGZ geholpen werd, was een intake en korte interventie voldoende. Voor ongeveer twee derde van de kinderen was een kort behandelingstraject (3 tot 8 behandelingen) nodig. De POH wordt door ouders met gemiddeld ruim een 8 gewaardeerd. Voordelen die zij noemen zijn: dichtbij, vertrouwd, laagdrempelig en geen wachtlijst.

Een belangrijke voorwaarde voor succes van de POH is een brede ervaring en goede contacten met het gebiedsteam. Dat is in Steenwijkerland gelukt, volgens zowel de geïnterviewde POH als de beleidsmedewerker. Dat de POH gedetacheerd is vanuit een grote GGZ-aanbieder is in dit geval geen probleem, volgens de gemeente en POH: de aanbieder kampt met soms enorme wachtlijsten, maar verder geeft de POH aan niet te snel naar die aanbieder door te verwijzen, omdat dan zijn neutraliteit in het geding zou komen.

De gemeente zou graag ook bij andere huisartsen een POH willen hebben, maar dat lukt (nog) niet. Huisartsen geven bijvoorbeeld aan dat ze weinig kinderen met GGZ-problematiek hebben. Volgens de geïnterviewde POH vrezen huisartsen ook dat ze er weer een taak bij krijgen. Maar de huisartsen waar hij bij werkt vinden juist dat hij hen werk uit handen neemt (interview POH). Ook de geïnterviewde regiomanager van de grote GGZ-aanbieder (van waaruit de POH is gedetacheerd) wijst op de voordelen van meer expertise aan de voorkant. Bij verwijzingen via de POH Jeugd-GGZ is de vraag al duidelijker, omdat hij al enkele gesprekken heeft gevoerd. Een verpleegkundige specialist met een gedragstherapeutische opleiding, zoals in Steenwijkerland, werkt goed, juist omdat hij met zijn medische kennis beter aansluiting kan vinden bij de huisarts.

GI's als toegang

Naast huisartsen kunnen ook gecertificeerde instellingen (GI's) doorverwijzen. Een kind in een instelling kost al veel geld, en met de vele en vaak langdurige behandelingen die ze via GI's krijgen voorgeschreven, kan het erg kostbaar worden, aldus de geïnterviewde beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam. Volgens hen zouden de doorverwijzers zich vaker moeten afvragen: helpt deze zoveelste behandeling nog wel? Doen we nog wel het goede? Of moet je ook kunnen zeggen: we stoppen ermee, de situatie verandert niet door al die extra behandelingen? Wanneer is het goed genoeg? Maar GI's hebben net als huisartsen minder besef van de kosten dan het gebiedsteam. Ze hebben vooral het belang van het kind voor ogen, en minder het algemeen belang: "wij zijn van de inhoud, de gemeente van het geld". Wel bekijkt de coördinator van het gebiedsteam de jeugdbepalingen van de GI's voor hun verwijzing en neemt soms met hen hierover contact op.

Maar de gemeente mag zich er formeel niet mee bemoeien.
Tegelijk erkent de gemeente dat GI's de meest moeilijke kinderen onder hun hoede hebben, die onder toezicht zijn gesteld in instellingen en daardoor vaak duurdere zorg nodig hebben (interview beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam)

Regionaal expertiseteam IJsselland

Op 1 juni 2018 is in de regio IJsselland de pilot Regionaal expertiseteam IJsselland (RET) gestart, als een pilot. Het RET is een onafhankelijk, multidisciplinair team dat casussen bespreekt die vastlopen of waar de lokale teams zich geen raad mee weten. Alleen de manager van de gemeentelijke toegang kan de casuïstiek indienen bij de voorzitter van het RET. In het RET is het Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland vertegenwoordigd, samen met twee vaste deskundigen, de toegang en jeugdhulpaanbieders. Als externe deskundigen zijn een gedragswetenschapper/GZ-psycholoog en een Kinder- en jeugdpsychiater aangewezen (RSJ IJsselland, 2018b).

3. Samenwerking basiszorg en specialistische jeugdpsychiatrie

Inkoop jeugdhulp

Voor de inkoop van jeugdhulp werkt Steenwijkerland samen met 10 andere gemeentes binnen de regio IJsselland[13]. Eerst gebeurde dat via de gemeenschappelijke regeling Uitvoeringsorganisatie Jeugd IJsselland ofwel Bedrijfsvoeringsorganisatie (BVO) Jeugdzorg IJsselland. Vanaf 1 januari 2018 is hiervoor het Regionaal Serviceteam Jeugd (RSJ) IJsselland ingericht. Binnen de RSJ is de inkoop van specialistische jeugdhulp, het contractmanagement, de (financiële) administratie, de monitoring en de uitvoering van inhoudelijke regionale thema's belegd. De toegang wordt lokaal ingekocht.

Vanaf 2018 koopt de regio de jeugdhulp resultaatgericht in, volgens het "IJssellands model". Dit model houdt in dat de jeugdhulp niet meer op basis van producten wordt ingekocht en afgerekend, maar op basis 12 profielen (resultaatgroepen). Deze profielen zijn niet verbonden aan de diverse jeugdhulp-kolommen (GGZ, LVB en Jeugd- en Opvoedhulp), maar zijn geformuleerd op basis van zorgvraag en beoogde doelen. De toegang kiest op basis van het gesprek en de vraagverheldering een profiel en een bepaalde intensiteit. De cliënt kiest vervolgens een aanbieder die de hulp binnen dit profiel kan bieden. Deze aanbieder is verantwoordelijk voor alle benodigde hulp. Daarbij kan hij specialistische hulp van andere aanbieders inzetten, of bijvoorbeeld samenwerken met scholen (BVO Jeugdzorg IJsselland, 2017).

Het IJssellands model geldt vooralsnog alleen voor de lichtere vormen van jeugdhulp; ze vormen het middensegment. Daarnaast is er een topsegment voor zwaardere vormen van jeugdhulp, zonder profielen. In dat geval worden vanwege het specifieke karakter van de specialistische hulp per aanbieder tariefafspraken gemaakt. De regio streeft ernaar dit topsegment zo klein mogelijk te houden. Het is de bedoeling dat vanaf 2020 het IJssellands model voor alle jeugdhulp gaat gelden. Momenteel vinden relatief veel verwijzingen naar GGZ-aanbieders, namelijk voor complexere problematiek, plaats via het topsegment, althans volgens de geïnterviewde jeugdconsulent en GGZ-aanbieders. Huisartsen moeten in principe ook doorverwijzen aan de hand van de profielen, maar doen dat dat zelden volgens geïnterviewde aanbieders. Volgens de geïnterviewden van de gemeente doen ze dat wel regelmatig, maar verwijzen ze door met de verkeerde profielen, of maken ze gebruik van profielen terwijl het een complexe problematiek betreft en dus het topsegment nodig is.

[13] Naast Steenwijkerland, de gemeentes Dalfsen, Deventer, Hardenberg, Kampen, Olst-Wijhe, Ommen, Raalte, Staphorst, Zwarte Waterland en Zwolle.

In die gevallen moet de aanbieder met het gebiedsteam in gesprek gaan over een passende verwijzing en beschikking.

Indien de gemeente en de regio gaten in de inkoop ontdekt, proberen ze die op te vullen. Maar er is ook de mogelijkheid om - bijvoorbeeld bij weinig voorkomende, hoog-specialistische zorg - een eenmalige overeenkomst af te sluiten met zorgaanbieders (of het kan via een pgb, waarna de cliënt zelf de zorg kan inkopen).

Verwijzing en samenwerking met GGZ-aanbieders

De gemeente Steenwijkerland wijst voor GGZ-problematiek naar zo'n vijf van de gecontracteerde Jeugd-GGZ-aanbieders. Maar als hiertussen geen geschikte zit voor hele specifieke problematiek, zoals voor transgender problemen, dan is het mogelijk naar niet-gecontracteerde aanbieders te verwijzen, in overleg met de coördinator van het gebiedsteam en de beleidsmedewerker. 'Zorg is immers leidend' (interview jeugdconsulent).

De coördinator van het gebiedsteam en de beleidsmedewerker gaven aan over het algemeen tevreden te zijn met de (GGZ-)zorgaanbieders. Sommige zijn echter niet voldoende *outreachend* en nodigen gezinnen op kantoor uit in plaats van ze thuis te bezoeken. Volgens de coördinator van het gebiedsteam en de beleidsmedewerker hebben veel GGZ-problemen van kinderen en jeugdigen te maken met problemen in 'het systeem', met armoede, pesten, de school en vechtscheidingen. Problemen moet je dan in het systeem aanpakken, maar dat doen aanbieders niet altijd in voldoende mate volgens hen. Een specifiek probleem voor Steenwijkerland is dat aanbieders regelmatig extra reiskosten willen declareren vanwege lange reistijden naar cliënten, terwijl dat al in de tarieven zit. Sommigen weigeren om die reden bepaalde klanten.

De twee geïnterviewde aanbieders hebben beide vooral veel kritiek op de toegenomen administratieve lasten vanwege de transitie. De regiomanager van een grote, specialistische GGZ-aanbieder vindt dat dat de administratie als het ware is uitbesteed aan de aanbieders. Als de aanbieder een hulpverlener van een andere organisatie wil betrekken, moet het daarvoor een contract opmaken terwijl je als hoofdaannemer verantwoordelijk blijft. Beide geïnterviewde aanbieders geven aan dat hoewel op regionaal niveau wordt ingekocht en formele afspraken worden gemaakt, gemeentes steeds meer een eigen koers gaan varen en een eigen invulling geven aan de afspraken, ook in de regio IJsselland. Per gemeente moet onderhandeld worden over contracten. Gemeentes gaan daarbij soms te veel op de stoel van de behandelaar zitten, volgens de geïnterviewde grote GGZ-aanbieder. Zo is deze aanbieder het oneens met de beleidslijn van de gemeente Steenwijkerland dat de problematiek vanzelf minder zwaar is als sprake is van systeemproblematiek. Ook geeft het blijk van onvoldoende vertrouwen in de professionaliteit van aanbieders als gemeentes steeds aan aanbieders vragen: doen jullie niet te veel? Tevens zijn de tarieven laag volgens de geïnterviewde grote GGZ-aanbieder; en dan wordt ook verwacht dat je thuis langsgaat, zonder dat je de (extra) reistijd kan declareren. Daarnaast gaat er veel tijd zitten in het opzoeken en aanleveren van de gevraagde gegevens in het juist format. De vrijgevestigde jeugd-GGZ aanbieder gaf in het interview aan drie keer zoveel tijd kwijt te zijn aan administratieve zaken als voor de transitie. Concreet: het aantal secretaresses is uitgebreid van een naar drie. Ook verandert steeds weer de software om de gegevens aan te leveren en de kosten te declareren. De verschillen tussen gemeentes hebben een politieke component: elke wethouder wil zijn eigen accenten leggen, zodat weer andere informatie moet worden aangeleverd (geïnterviewde vrijgevestigde). Door de administratie blijft er minder tijd over voor behandelingen. Een mogelijke oplossing is dat alle data centraal worden aangeleverd en opgeslagen, zoals nu het geval is voor volwassenen-GGZ, en dat gemeentes hieruit kunnen putten voor hun data (geïnterviewde vrijgevestigde).

Veel verwijzingen naar de beide geïnterviewde GGZ-aanbieders gaan via huisartsen. Professionals van de aanbieders stellen na een intake vast welke hulp nodig is en de intensiteit ervan, en als dat verschilt van die van de verwijzer, gaat ze met de gemeente in gesprek. Verwijzingen door huisartsen zijn vaak summier en onduidelijk, en vaak niet op basis van de profielen, zodat de aanbieder zelf moet vaststellen of het en binnen welk profiel het valt, om vervolgens bij de gemeente een beschikking aan te vragen. Beide geïnterviewde aanbieders geven aan dat ze vaak kiezen voor het topsegment of een intensief profiel, omdat je van tevoren vaak niet goed kan inschatten wat en hoeveel nodig is. Ze hebben dus vooral contact met het gebiedsteam voor het afgeven van beschikkingen en verlening ervan. De samenwerking met de consulenten van het gebiedsteam van Steenwijkerland wordt door beide geïnterviewde aanbieders gewaardeerd. Ze zijn toegankelijk, betrokken, denken mee en het is over het algemeen geen probleem om een passende beschikking te krijgen. De geïnterviewde regiomanager waardeert het dat de jeugdconsulenten betrokken blijven na de verwijzing en bij de intake aanwezig zijn. Dit contrasteert met huisartsen, die volgens haar vaak niet zoveel nadenken over hun verwijzing en verder niet erbij betrokken willen worden.

De afschaling is voor verbetering vatbaar, volgens de geïnterviewde vrijgevestigde. Indien de vrijgevestigde wil afschalen naar jeugdconsulenten in gemeentes, blijken die het vaak te druk te hebben en lange wachttijden te hebben. Overigens heeft de vrijgevestigde nog geen ervaring met afschaling naar de gemeente Steenwijkerland. Afschaling, als de behandeling is afgerond, kan overigens ook naar partijen in het voorliggend veld, zoals het maatschappelijk werk, en het onderwijs.

Samenwerking tussen zorgaanbieders

De ervaringen van de geïnterviewde aanbieders verschillen nogal over de mogelijkheden voor samenwerking na de transitie. Die verschillen in ervaring kunnen samenhangen met het type problematiek dat ze behandelen (basis- of specialistische GGZ) en de omvang van de organisatie. De vrijgevestigde benut veel meer de mogelijkheden voor samenwerking dan de grote GGZ-aanbieder, maar is daartoe ook gedwongen om een integraal aanbod te kunnen doen. Volgens de geïnterviewde regiomanager van een grote specialistische jeugd-GGZ-aanbieder vormt de financieringssystematiek in RSJ IJsselland een belemmering voor samenwerking tussen aanbieders. De aanbieder wil wel inhoudelijk samenwerken met andere aanbieders als dat nodig is voor een passend aanbod, maar dan krijg je als hoofdaannemer veel administratie erbij. Alleen in het topsegment is het voor de gemeente mogelijk om verschillende aanbieders naast elkaar te contracteren voor een cliënt. Het doel van meer ruimte voor de professional is met de transitie en transformatie niet gelukt, volgens de geïnterviewde grote GGZ-aanbieder, doordat veel tijd gaat zitten in zaken die ten koste gaan van de behandeltijd, zoals onderhandelen en het aanleveren van gegevens voor controle. Echter meent de geïnterviewde vrijgevestigde dat de transitie en transformatie inhoudelijke vernieuwing heeft mogelijk gemaakt. Terwijl de vrijgevestigde voor de transitie (te) weinig tijd kreeg van verzekeraars en samenwerken bij behandeling van een cliënt niet goed mogelijk was, krijgen ze nu voldoende tijd om te vernieuwen en ruimte om samen te werken met andere aanbieders of andere partijen in het veld, zoals scholen. Hierdoor is betere, want samengetelde en integrale zorg mogelijk voor kinderen die het nodig hebben. Gemeentes bieden hiervoor alle ruimte, al laten ze de regie wel over aan de aanbieders (omdat bijna altijd huisartsen verwijzers zijn). De geïnterviewde vrijgevestigde geeft verder aan dat de trend naar langer lopende contracten (van zo'n 4 jaar) zorgt voor meer ruste en stabiliteit, waardoor je risico's durf te nemen om nieuwe producten te ontwikkelen en om nieuwe mensen aan te nemen.

Inhoudelijke samenwerking kan soms ook vorm krijgen in een multidisciplinair overleg (MDO). Als het om echt complexe gevallen gaat, bij kinderen met ernstige gedragsproblemen, of als het mis dreigt te gaan, wordt indien nodig met de samenwerkingspartners - en ouders en soms ook de school of gemeente erbij - een MDO georganiseerd. Tijdens een MDO wordt overlegd hoe de hulp beter op elkaar kan worden afgestemd.

Zo'n MDO is vaak eenmalig, behalve bij als de veiligheid van het kind in het geding is (zoals bij crisissituaties). Ook de geïnterviewden van de gemeente gaven aan af en toe betrokken te worden bij zo'n MDO over casuïstiek (interview coördinator gebiedsteam).

Betere maar duurdere zorg

Alle geïnterviewden wezen op een toename van zowel het aantal jeugdigen dat jeugdzorg krijgt als van het aantal complexe gevallen, in zowel Steenwijkerland, de regio als daarbuiten. Volgens de geïnterviewde GGZ-aanbieders komt dit mede doordat de toegang laagdrempelig en dichtbij de burgers is georganiseerd (gebiedsteam, POH). Daardoor worden problemen eerder gesignaleerd. Ook speelt mee dat gemeentes zorgaanbieders meer ruimte bieden om te doen wat nodig is (dan voorheen de verzekeraars). Volgens de geïnterviewde aanbieders geven de gemeentes makkelijk beschikkingen en verleningen ervan af. Trajecten kunnen daardoor ook langer duren dan voorheen, en er is meer ruimte voor samenwerking. De transitie heeft volgens hen geleid tot betere, maar ook duurdere zorg. Een belangrijke bron voor de toename van de jeugdzorg is volgens alle geïnterviewden de Wet Passend Onderwijs, waardoor kinderen met een beperking een plek moeten krijgen in het regulier onderwijs. Dat past in de trend om te 'normaliseren' en zou goedkoper zijn. Maar de extra ondersteuning en de problemen die het voor kinderen met gezinnen oplevert, komen ten laste van de jeugdzorg. Zo krijgt de vrijgevestigde kinderen die lange tijd overvraagd zijn in het reguliere onderwijs, omdat ze daar niet passen (bijvoorbeeld een te laag IQ). Na langere tijd is de problematiek complexer geworden, en dan wordt pas om hulp gevraagd.

Wachtlijsten

Wachtlijsten blijven een probleem, ook in Steenwijkerland en IJsselland. In de zomer van 2017 werd Steenwijkerland geconfronteerd met steeds verder oplopende wachtlijsten en wachttijden binnen de jeugdhulp, vooral voor de gespecialiseerde jeugd-GGZ. Regionaal was daarom al een urgente casus-route ingericht, die inhoudt dat behandeling van crisis- en spoedsituaties boven het budgetplafond kunnen worden betaald. Aanvullend daarop heeft de gemeente zelf een extra medewerker ingehuurd voor de aanpak van de wachtlijsten (zij is later de tweede POH Jeugd-GGZ geworden in Steenwijkerland). Deze deskundige heeft:

- de wachtlijst opgeschoond (deze bleek vervuild; bijna de helft van de kinderen kon eraf);
- kinderen op de wachtlijst versneld ondergebracht bij GGZ-aanbieders;
- kinderen van de wachtlijst voor de specialistische GGZ afgehaald en ondergebracht bij basis-GGZ (10% van de kinderen op de wachtlijst voor gespecialiseerde GGZ konden ook bij de basis-GGZ geholpen worden) en
- overbruggingszorg geleverd.

Door deze aanpak waren de wachtlijsten binnen vijf weken substantieel afgenomen. In december waren de wachtlijsten voor de basis-GGZ volledig verdwenen en voor de specialistische GGZ teruggebracht naar 8 weken (Gemeente Steenwijkerland, 2017a).

Het was echter een noodgreep, aldus de beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam van de gemeente, en kon niet verlengd worden, alleen al vanwege de onduidelijke positie van de medewerker. Het heeft wel inzichten opgeleverd: aanbieders roepen dat ze lange wachtlijsten hebben, maar als je goed ernaar kijkt, is het niet altijd zo. Hieruit bleek ook dat als je lang genoeg wacht, wachtlijsten vanzelf deels weer oplossen; screenen helpt dus. Er zijn nog steeds wachtlijsten bij aanbieders. Volgens de geïnterviewde regiomanager van de grote GGZ-aanbieder is een van de oorzaken voor de wachtlijsten dat het aantal intakes beperkt is door een tekort aan BIG-geregistreerde gz-psychologen en psychiaters die de regie moet voeren. Dit is vooral een kwestie van meer opleidingsplaatsen. Volgens de andere geïnterviewde aanbieder worden de wachtlijsten mede veroorzaakt door de toegenomen vraag naar jeugdzorg en doordat er ruimte is voor langere trajecten, die ook vaker nodig zijn doordat de toename van complexe en zware problematiek.

4. Leren en sturen

Meer grip krijgen op de uitvoering van het beleid en verwijzingen, mede met het oog op de oplopende tekorten, was een belangrijk motief voor de verandering van de organisatie van de toegang van het CJG naar het gebiedsteam en de pilot met en uitrol van de POH Jeugd-GGZ naar huisartsenpraktijken. Tegelijkertijd loopt de gemeente aan tegen de beperkingen van deze wijze van sturing. Nu de gemeenteraad heeft aangegeven dat er flink bezuinigd moet worden, blijkt de gemeente niet goed te weten aan welke knoppen ze kan draaien. Volgens de geïnterviewde beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam komt dat omdat:

1. De gemeente niet voldoende gegevens heeft om zicht te krijgen op de oorzaken van de kostenstijging en waar die liggen;
2. De gemeente niet voldoende bevoegdheden heeft om, als ze al weet wat de oorzaken zijn, er iets aan te doen: huisartsen en GI's zijn wettelijk gezien zelfstandige verwijzers, en veel verwijzingen gaan via hen;
3. Er niet altijd voldoende kennis is over wat werkt in welke situatie, zodat het niet altijd makkelijk is vast te stellen wat een effectieve behandeling is, en er kosten worden gemaakt door behandelingen waarvan onduidelijk is of ze wel meerwaarde hebben.

De strategie om de bezuinigingen door te voeren bestaat enerzijds uit allerlei pilots zoals die met de POH en voor een aanpak met vechtscheidingen (zie Gemeente Steenwijkerland, 2017b), om uit te proberen wat 'beter' werkt. Eerder was de pilot met de POH Jeugd-GGZ een belangrijk leermoment. Anderzijds gaat de gemeente op zoek naar 'grote' verwijzers, om met hen in gesprek te gaan. De gemeente gaat onderzoeken wie precies de veel-verwijzers zijn. De gegevens daarvoor hoopt ze via de GGZ-aanbieders te kunnen verkrijgen. Als ze die informatie hebben, willen ze met 'grote' verwijzers in gesprek gaan en bijvoorbeeld als het om bepaalde huisartsen gaat, hen aanbieden een POH te nemen. Dit kost ook aanbieders tijd, om de gevraagde gegevens op te zoeken en aan te leveren. Volgens de beleidsmedewerker missen ze o ok kennis over wat werkt, bijvoorbeeld bij jongeren die een lange geschiedenis in de jeugdzorg hebben, en vaak in het gedwongen kader zitten. Het gemis aan kennis over wat werkt speelt ook bij kinderen bij vechtscheidingen. Als ouders niet willen meewerken of goed samenwerken, dan stuit je als gemeente en behandelaar op je grenzen (interview beleidsmedewerker en coördinator gebiedsteam).

Monitoren

Gegevens spelen een belangrijke rol bij het sturen op kwaliteit en kosten. Monitoren vindt plaats op basis van *outcome*, onder andere: of de cliënt tevreden is over het proces van vraagverheldering en zorgtoewijzing; of de cliënt tevreden is over de geboden ondersteuning; en of de ondersteuning tijdig wordt geleverd. Bronnen hiervoor zijn de jaarlijkse cliënttevredenheidsonderzoeken en gegevens uit het administratieve en financiële systeem (Gemeente Steenwijkerland, 2018b).

Leren in regioverband

De gemeentes in de regio IJsselland hebben ervoor gekozen om hun regionale samenwerking onder meer te richten op het delen van kennis en ervaringen en van best practices in de uitvoeringspraktijk. Zij hebben hiervoor een deelprogramma "Leren en ontwikkelen" benoemd (BVO Jeugdzorg IJsselland, 2016). Er zijn binnen het RSJ maandelijks bijeenkomsten op bestuurlijk en ambtelijk niveau, waar gemeentes ook hun ervaringen uitwisselen en van elkaar kunnen leren. Het nemen van gezamenlijke beslissingen gaat overigens niet altijd even makkelijk, omdat gemeentes hun eigen weg zijn gegaan. Ook in andere verbanden wordt van elkaar geleerd, bijvoorbeeld in de Werkplaats Sociaal Domein Zwolle (samenwerking met hogeschool Viaa en anderen).

De regio IJsselland heeft een aanvraag ingediend bij het landelijk Transformatiefonds. De projecten richten zich vooral op ambulantisering en op de aansluiting jeugdhulp-onderwijs.
De jeugd-GGZ is in het bijzonder betrokken bij de projecten waar het gaat om ambulantisering (RSJ IJsselland, 2018a). Het gaat om de volgende vijf projecten:

- Samen zorgen, juist als het moeilijk wordt;
- Werken volgens de principes van Wraparound Care in een lerende regio;
- Onderbouwing en consolidatie IJssellands model Jeugdzorg;
- Onderwijsboerderijen voor (tijdelijk) leren (gedeeltelijk) buiten school;
- Onderwijs voor ieder kind.

De projecten zijn goedgekeurd. GGZ-aanbieder Accare is penvoerder van het transformatieplan.

5. Resultaten en reflectie

Beheersing en organisatie voor visie en inhoud

In het jeugdhulpbeleid van Steenwijkerland ligt een accent op (verandering van) organisatie en op controle, vooral ingegeven vanuit de noodzaak van beheersing van de stijgende kosten. Toen het CJG niet naar tevredenheid werkte (te weinig grip, te veel verwijzingen), werd de toegang naar de gemeente gehaald. Ook de pilot (en de latere uitrol) van de POH Jeugd-GGZ betreft een organisatorische verandering. Een duidelijke visie over hoe deze veranderingen de hulp aan jeugdigen verbeteren is er niet. Bij de (re-)organisatie van het de jeugdhulp is de ontwikkeling richting een integrale toegang voor het sociaal domein richtinggevend. Dat heeft zijn voordelen, maar het nastreven van integraliteit in de jeugdzorg vereist meer dan een goede afstemming van de uitvoering van de Jeugdwet, Wmo en Participatiewet. Daar een richtinggevende visie voor de jeugdzorg mist, worden overwegingen van efficiency vanzelf leidend als er bezuinigd moet worden.

Ook het leren - bijvoorbeeld met pilots - staat vaak in het teken van effectiviteit en efficiency. Over het algemeen krijgt het thema ‘leren’ weinig, en in ieder geval geen systematische aandacht binnen het jeugdhulpbeleid van de gemeente.

Gemeentekenmerken bepalen de mogelijkheden

Gemeentekenmerken bepalen mede de keuzemogelijkheden bij de transformatie. Steenwijkerland land is een bijzondere gemeente, een kleine gemeente wat betreft inwoners, maar ruimtelijk uitgestrekt is (een van grootste gemeentes wat betreft oppervlakte), met meer dan de helft van de ruim 43 duizend inwoners gevestigd in Steenwijk (ruim 24 duizend inwoners) en de rest verspreid over meer dan 30 woonkernen, met soms maar enkele tientallen inwoners. Daardoor is de reistijd voor professionals soms lang. De buitengebieden zijn meer georiënteerd - ook voor verwijzing - op gemeentes en provincies in Friesland, Drenthe en Flevoland. Ook zouden er grote cultuurverschillen zijn tussen de verschillende delen van de gemeente. Dit zijn wellicht redenen waarom de huisartsen georganiseerd zijn in wel vier waarnemingsgroepen. Zorg dichtbij de burgers organiseren, door middel van lokale teams, wordt in zo’n gemeente moeilijk en kostbaar.

De jeugdzorgregio IJsselland lijkt gemeente Steenwijkerland maar beperkte voordelen te bieden boven de regionale inkoop. De regio is relatief groot met Steenwijkerland als een van de kleine gemeentes. De inhoudelijke samenwerking -en uitwisseling van kennis en ervaringen lijkt beperkt te zijn.

Toegang bij de gemeente

De organisatie van de toegang bij de gemeente lijkt goed te werken. Het vormt een werkbare oplossing voor een gemeente die te klein en tegelijk te uitgestrekt is om met lokale teams te werken.

De korte lijntjes, kostenbewustzijn en het brede gebiedsteam zijn voordelen, zeker als beheersing centraal staat. Maar er zijn ook nadelen; omdat het onderdeel is van de gemeente, zorgt het wel voor meer afstand tot de burger dan een lokaal team.

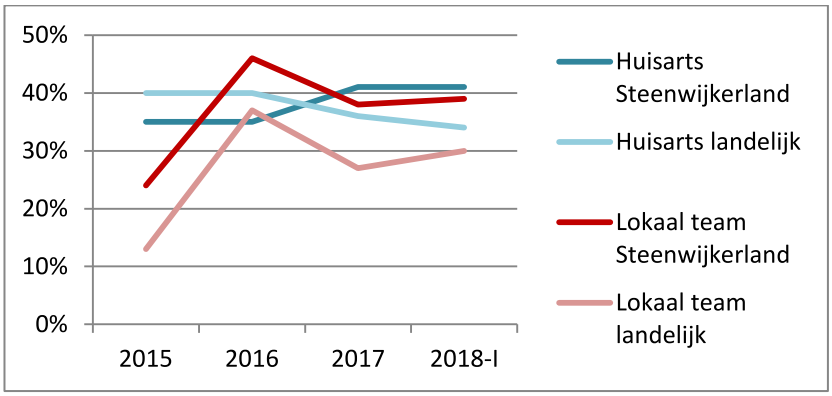
Uit een klanttevredenheidsonderzoek blijkt dat de tevredenheid van cliënten over het gebiedsteam (op het gebied van vraagverheldering en zorgtoewijzing), de gekozen oplossing en de geboden jeugdhulp toeneemt. Over de eerste helft van 2018 is 79% van de bevraagde cliënten tevreden over gekozen oplossing; de kwaliteit van de jeugdhulp wordt met een 7,6 gewaardeerd en de toegang met een 7,1 (Gemeente Steenwijkerland, 2018d, 2018e).

Het gebiedsteam is meer dan een indicatiesteller en verwijzer. Ze houdt ook de regie (procesregie, als duidt het team het zelf aan als casusregie). Dat vormt een duidelijke meerwaarde ten opzichte van de verwijzing door huisartsen, zoals ook een aanbieder aangeeft. Hierdoor vergaren jeugdconsulenten kennis die ze later kunnen gebruiken om beter te verwijzen. Het brede gebiedsteam kan voordelen opleveren gezien het feit dat veel jeugdzorgproblemen een systeemcomponent hebben en verband houden met problemen in het gezin, op school, in de buurt of op de sportvereniging. Echter, het gebiedsteam speelt maar een beperkte rol als verwijzer naar de jeugd-GGZ, zodat de voordelen veel minder gelden voor de aanpak van kinderen met GGZ-problemen.

Toegang via huisartsen

Huisartsen vormen de belangrijkste verwijzer naar de jeugd-GGZ. De gemeente signaleert dat zo'n 80% van de jeugdigen/gezinnen via huisartsen bij de jeugd-GGZ terecht komen (Gemeente Steenwijkerland, 2017a). Volgens de gemeente gaan cliënten die geen verwijzing krijgen van het gebiedsteam soms naar de huisarts, omdat die makkelijker is met verwijzen. De inzet van POH'ers lijkt goed te werken, maar toch laten de cijfers zien dat het aandeel verwijzingen door huisartsen vanaf 2017 is toegenomen in Steenwijkerland: van 35% in 2015 en 2016 naar 41% in 2017 en de eerste helft van 2018. Landelijk is een tegengestelde beweging zichtbaar: van 40% van de verwijzingen door huisartsen in 2015 en 2016 naar 36% in 2017 en 34% in de eerste helft van 2018 (data CBS). Het aandeel verwijzingen door het lokale team in Steenwijkerland laat eenzelfde trend zien als het landelijk beeld. Het aandeel ligt in Steenwijkerland wel structureel ongeveer 10% hoger dan het landelijke aandeel van verwijzingen door lokale teams.

Figuur 7: Verwijzingen Steenwijkerland en landelijk door lokale teams en huisartsen



Bron: CBS

De gemeente constateert dat de behandeling door jeugd-GGZ aanbieders wel een behoorlijke kostenpost is, en zou er om die reden meer grip op willen krijgen. Daarom is de pilot POH Jeugd-GGZ uitgevoerd. De POH Jeugd-GGZ lijkt naast het gebiedsteam bij de gemeente het belangrijkste 'vernieuwende' element in het jeugdzorgbeleid te zijn.

De POH'ers lijken effectief en bieden ook voor de het gebiedsteam mogelijkheden om van hun expertise gebruik te maken voor triage. Maar tot nu toe heeft minder dan de helft van de praktijken een POH Jeugd-GGZ. De gemeente heeft geen zeggenschap over de werkwijze van huisartsen maar door hen maximaal te faciliteren en met hen in gesprek te blijven hoopt de gemeente de POH Jeugd-GGZ uit te rollen naar de andere praktijken.

Goede jeugdzorg en samenwerking

Bij de afwezigheid van een duidelijke inhoudelijke visie en ideeën over hoe geleerd kan worden samen met de partners in het veld, staat de gemeente vrij machteloos bij stijgende kosten en groeiende tekorten. Dat wil niet zeggen dat dat de kwaliteit van de hulp niet goed is. Zoals een van de geïnterviewde aanbieders opmerkte, is de kwaliteit van de jeugdhulp verbeterd doordat nu veel meer mogelijk is (doen wat nodig is) en ook vernieuwing en samenwerking worden bevorderd door de wijze van inkopen in de regio. Het gebiedsteam van Steenwijkerland zou zich volgens de geïnterviewde aanbieders in positieve zin onderscheiden door haar betrokkenheid, onder andere door aanwezig te zijn bij de intakegesprekken. Maar samenwerking en verbetering van het aanbod wordt grotendeels overgelaten aan de zorgaanbieders zelf. Daarvoor lijken de aanbieders alle ruimte te krijgen, van de gemeente en regio. Sommige van de aanbieders zullen die ruimte meer benutten dan anderen. Het grootste obstakel voor een transformatie via de aanbieders vormt de toename van de administratieve lasten vanwege overleg, het aanleveren van gegevens en het realiseren van overeenkomsten met gemeentes en onderaannemers. Dat gaat ten koste van behandeltijd. Het zou allemaal simpeler moeten, volgens de aanbieders.

Kostenstijging en bezuinigingsopgave

De stijgende kosten hebben vooral te maken met meer, langdurige en duurdere jeugdzorg (Gemeente Steenwijkerland, 2018f, 2019). In het jaarverslag van de gemeente over 2017 wordt geconstateerd dat de kosten voor jeugdzorg in 2017 zijn toegenomen ten opzichte van 2016. In 2018 is een nadere analyse op deze kostenstijging uitgevoerd. In de analyse is te lezen dat de kosten voor de jeugdzorg in 2017 met 40% zijn toegenomen ten opzichte van 2016. De kostenstijging in 2017 zou vooral worden veroorzaakt door het einde van de DBC-systematiek en een daarbij horende wijziging in financiële afhandeling (41% van de kostenstijging) en een hogere uitnutting van de budgets in 2017 (39% van de kostenstijging). Maar de kostenstijging komt ook door de toename van het aantal jeugdigen met jeugdhulp en het aantal beschikkingen (beide met 8% toegenomen) én de gestegen kosten per cliënt (deze veroorzaakt 20% van de kostenstijging). De kostenstijging betreft vooral midden- en zware zorgzwaarten van de GGZ: er zijn meer langere trajecten zware GGZ; de kosten per dag voor middelzware GGZ zijn gestegen. Er is bij de analyse onderzocht of er afschaling van hulp en ondersteuning plaatsvindt; dit bleek niet het geval (Gemeente Steenwijkerland, 2018c)

Voor een belangrijk deel gaat het om een landelijke trend, van toename van het aandeel jongeren in de jeugdhulp en de toename van zwaardere trajecten. De geïnterviewde beleidsmedewerker en coördinator van het gebiedsteam wijten deze trend in belangrijke mate aan ontwikkelingen in de samenleving: dat de marge voor wat normaal wordt gevonden kleiner is geworden en de invloed *social media*. Ook willen ouders alles benoemd hebben, een diagnose, en scholen stimuleren hen hierin. Hier tegenover staat de gemeente met haar ambitie om te normaliseren en het inzetten van het voorliggend veld. De geïnterviewde aanbieders zien ook de maatschappelijke trend, maar wijzen ook op andere mogelijke oorzaken. De transitie heeft ertoe geleid dat de toegang tot de jeugdhulp laagdrempelig is geworden; bovendien stellen gemeentes weinig grenzen, vanuit de filosofie van 'doen wat nodig is'. Meer inzetten op preventie en versterking van het voorliggend veld zou volgens de gemeente ertoe moeten leiden dat er minder gebruik wordt gemaakt van duurdere zorg.

In Steenwijkerland is het voorliggend veld hervormd (Sociaal Werk De Kop), maar dit is wellicht van te recente datum om daarvan al de effecten te zien. Daarnaast spelen ook andere ontwikkelingen, zoals die welke veroorzaakt worden door de Wet Passend Onderwijs.

De grootste uitdaging voor de gemeente vormen momenteel de bezuinigingen van enkele miljoenen binnen het sociaal domein, of zoals de gemeenteraad het noemt: 'herprioriteren'. De gemeente en het gebiedsteam zien zich gesteld voor de beleidsopdracht te bezuinigen, terwijl ze niet weten aan welke knoppen ze moeten draaien: onvoldoende specifieke gegevens om te weten wat de oorzaken zijn van de stijgende kosten, en als ze dit al weten hebben ze onvoldoende bevoegdheid om die aan te pakken, en als ze dit wel kunnen, is er - volgens hen ook bij de aanbieders - onvoldoende kennis over wat werkt bij complexe gevallen. Deze laatste twijfel heeft vooral te maken met de constatering dat er een kleine groep is die langdurig dure zorg nodig heeft, zonder dat hun situatie lijkt te verbeteren.

Overzicht van de interviews

Interviews met:

Gemeente:

- Beleidsmedewerker jeugd Steenwijkerland, met o.a. POH Jeugd-GGZ als aandachtsgebied

Integraal gebiedsteam:

- Coördinator Wmo -en jeugdconsulenten van het gebiedsteam
- Jeugdconsulent gebiedsteam

Aanbieders jeugd-GGZ:

- Regiomanager algemene zaken van een grote GGZ-aanbieder
- GZ-psycholoog (en kinder- en jeugdpsycholoog) van een vrijgevestigde GGZ-praktijk (relatief grote, op meerdere locaties)

POH Jeugd-GGZ:

- POH Jeugd-GGZ in Steenwijkerland

6 Casestudie Tilburg

1. Visie: koers 'Samen met de Jeugd'

"Elk kind heeft het recht om gezond, veilig en prettig op te groeien. Om zijn of haar mogelijkheden te onderzoeken, te dromen, talenten te ontwikkelen en het beste in zichzelf naar boven te halen. De ambitie is dat we denken vanuit de leefwereld van kinderen, jongeren en hun ouders. Niet vanuit regels en procedures. De vorm volgt de inhoud en niet andersom. Bij alles wat we doen stellen we ons de vraag "Wordt het kind hier gelukkiger van?" (Bestuurscommissie Jeugd Hart van Brabant, 2017). De gemeente Tilburg heeft haar ambities en uitgangspunten voor het jeugdhulpbeleid samen met regio Hart van Brabant[14] opgesteld in de koers 'Samen met de Jeugd'[15]. Omdat er binnen het jeugddomein nauw wordt samengewerkt met de regio Hart van Brabant, spreken we in deze casestudy zowel over de regio Hart van Brabant als over de gemeente Tilburg. De negen gemeentes in de regio Hart van Brabant werken samen aan een beter jeugdstelsel. Van visie, tot inkoop en uitvoering van de jeugdhulp. De gemeente Tilburg fungeert als gastheergemeente voor de regio.
In de koers, die gemaakt is door kinderen, ouders, professionals, bestuurders en raadsleden, staan de ambities voor de jaren 2018 en verder beschreven. Deze koers is een vervolg op het regionale beleidskader jeugdhulp 2015-2018[16] dat eerder is vastgesteld. Nog meer dan in het eerdere beleidskader staat in de koers 'Samen met de Jeugd' het kind centraal en werkt de regio vanuit de leefwereld van kinderen, jongeren en hun ouders. In de koers zijn vijf bouwstenen opgenomen die moeten helpen in het transformatieproces, én in de afwikkeling van concrete vraagstukken, de juiste keuze te maken.

- **Het kind écht zien**: deze bouwsteen richt zich op de dromen en talenten van het kind en niet het probleem. Het kind wordt écht gezien door te luisteren, samen oplossingsrichtingen te verkennen en gezamenlijk een plan te maken.
- **In verbinding werken**: deze bouwsteen richt zich op één huishouden, één plan, één coördinator en op termijn één budget. Niet alleen op jeugdhulp, maar ook zorg, onderwijs, veiligheid en werk. Daar wil de regio naartoe. Partners werken samen in nieuwe coalities met nieuwe initiatieven en zetten flexibele, preventieve en out-of-the-box-oplossingen in. Regels en procedures zijn niet leidend, maar vormen een richtlijn.
- **Aandacht voor de context van het kind**: deze bouwsteen richt zich op de grotere context waarin het kind en de vraag in moeten worden bekeken. Er moet gefocust worden op ontwikkeling en niet op de problematiek, waarbij de omgeving een rol en positie krijgt.
- **Erbij zijn**: deze bouwsteen richt zich op werken in het gewone, dagelijkse leven van het kind. Present zijn in de wijk, daar waar kinderen en jongeren zijn. Professionals dienen te weten wat er speelt, de sociale kaart te kennen en zichtbaar en benaderbaar te zijn.
- **Veiligheid voorop**: deze bouwsteen richt zich op de veiligheid van kinderen als ondergrens. Er wordt stevig ingezet op risico-signalen zodat men niet te laat is bij problemen. Er dient een crisisdienst bereikbaar te zijn die geen wachttijd heeft.

---

[14] De regio Hart van Brabant bestaat uit 9 gemeenten: Tilburg, Oisterwijk, Waalwijk, Dongen, Gilze en Rijen, Goirle, Hilvarenbeek, Loon op Zand en Heusden.

[15] Koers Jeugd(hulp) "Samen met de Jeugd Hart van Brabant" (Regio Hart van Brabant, 2017).

[16] Samen voor de jeugd. Regionaal beleidskader jeugdhulp Hart van Brabant 2015-2018. (Regio Hart van Brabant, 2013).

De koers vormt het uitgangspunt in op te stellen regionale uitvoeringsprogramma jeugdhulp waarin uitvoering en taken van de gemeente Tilburg als gastheergemeente beschreven staat en waarin beleidsopgaven van de betrokken gemeentes terugkomen. De gezamenlijke beleidsopgaven zijn breed en worden regionaal opgepakt[17]. In de koers worden ambities en uitgangspunten beschreven over de totale jeugd(hulp). Er wordt niet specifiek aandacht besteed aan de rol van de jeugd-GGZ. De gemeente Tilburg legt op dit moment de belangrijkste accenten op: doen wat nodig is in een gezin, breed naar de gezinssituatie te kijken en indien nodig met out-of-the-box maatwerk te werken en resultaatgericht te werken waarbij het doel is om per gezin één aanspreekpunt te hebben (interview strateeg gemeente Tilburg). Onder de naam Maatpact[18] zet de regio Hart van Brabant de komende jaren onder andere in om te kunnen doen in een gezin wat nodig is en hulp bij gezinnen met complexe situaties beter te organiseren.

2. Toegang en triage

Toegang

Vanuit de ambitie om in verbinding te werken via één gezin, één plan, één coördinator en op termijn één budget zijn de gemeentelijke toegangen in de regio Hart van Brabant ingericht. Zij vormen zowel de toegang tot jeugdhulp als zorg, werk en inkomen.

De gemeente Tilburg heeft ervoor gekozen om de bestaande loketten na 2014 open te houden. Op 1 januari 2015 hebben ze de transitie van het sociaal domein vormgegeven via wijkteams die georganiseerd zijn met vijf partners, te weten GGD Hart voor Brabant, Maatschappelijk werk (IMW), MEE regio Tilburg en de afdeling Werk & Inkomen en Dienstverlening (Loket Z) van de gemeente Tilburg. Samen vormen zij de Toegang voor ondersteuningsvragen voor inwoners. Inwoners gaan naar hun 'vertrouwde' loket met een ondersteuningsvraag (interview beleidsmedeweker gemeente). Voor vragen over gezondheid, opgroeien en opvoeden worden ouders en jeugdigen in eerste instantie naar de GGD Hart voor Brabant verwezen, voor vragen over maatschappelijk werk en jeugdhulp naar het IMW[19]. Ook MEE is een aanspreekpunt voor vragen bij jeugdigen. Alle ondersteuningsvragen kunnen echter bij de verschillende organisaties worden gesteld. De organisaties zorgen ervoor dat de vraag op de juiste plek terecht komt. Enkelvoudige vragen worden opgelost binnen de organisatie waar de vraag gesteld is. Op het moment dat het een meervoudige ondersteuningsvraag betreft, werken de vijf partners met elkaar samen binnen het wijkteam om integraal met de ondersteuningsvraag aan de slag te gaan. De samenwerking op de wijkteams wordt beleidsmatig de Toegang genoemd (interview beleidsmedewerker gemeente). De Toegang is voor inwoners te bereiken via de vijf losse organisaties. Sinds 1 januari 2019 vormen de vijf samenwerkende partners een juridische entiteit, via de coöperatie de Toegang[20].

Multidisciplinaire wijkteams

Er zijn in de gemeente Tilburg zes multidisciplinaire wijkteams, verdeelt over elf wijken. Ieder wijkteam bestaat uit medewerkers van de vijf partnerorganisaties: consulenten van MEE, maatschappelijk werkers van het IMW, jeugdartsen en -verpleegkundigen van de GGD, Wmo consulenten van de gemeente en schuldhulpverleners en Verbindende schakels van de gemeente.

---

17 Begroting 2018 (Regio Hart van Brabant en Midpoint Brabant, 2017).

18 Maatpact om hulp beter te organiseren. Nieuwsartikel 29 maart 2019.
Bron: https://www.tilburg.nl/actueel/nieuws/item/maatpact-om-hulp-beter-te-organiseren/

19 Gemeentelijke website: www.tilburg.nl.

20 Informatienota Begroting en jaarplan Toegang 2019 (gemeente Tilburg, 2018) en bijbehorende bijlage (concept)Jaarplan 2019 Coöperatie Toegang Tilburg U.A.

Ook zijn er vanuit de zorgaanbieder Sterk Huis acht ambulant hulpverleners bij de wijkteams ingezet om expertise aan de voorkant in te zetten (interview clustermanager jeugdhulp- en zorgaanbieder). In totaal is er circa 200 fte. Alle wijkteams hebben dezelfde disciplines in huis maar het aantal FTE verschilt en is afhankelijk van de grootte van de wijk. Er zijn rond de 50 tot 70 medewerkers per wijkteam.

Ieder wijkteam in Tilburg beschikt over een CJ-team (team Complexe Jeugdzaken). Dit team bestaat uit professionals met de functie generalistisch hulpverlener met specialisme Complexe Jeugdzaken. De functie is in 2017 ontstaan. Het team komt wekelijks bij elkaar voor casuïstiekbespreking, samen met een gedragsdeskundige. Complexe Jeugdzaken betreft een vakgebied dat zich richt op gezinnen, kinderen en jeugd waarbij sprake is van één of meerdere indicatoren: risicovol, onveiligheid van jeugdigen, multiproblemen en/of complexe problematiek[21].

Verlenen van toegang, lichte ondersteuning, coördinatie en waarborgen van veiligheid

De Toegang heeft als kernfunctie de vraag van inwoners te verhelderen en te verbinden met de juiste aanbieders of voorzieningen (formeel en/of informeel vanuit het eigen netwerk)[22]. De gemeente Tilburg heeft vier kerntaken aan de coöperatie Toegang gegeven[23]: 1. Het verlenen van toegang voor ondersteuningsvragen op het gebied van werk, inkomen, maatschappelijke ondersteuning, Wmo en Jeugdhulp; 2. Het uitvoeren van lichte ondersteuning; 3. Het voeren van coördinatie; 4. Het waarborgen van veiligheid.

Triage door de Toegang

Wanneer er een vraag binnenkomt via de telefonische melddienst wordt er een QuickScan gedaan. Deze bestaat uit een korte vraagverkenning om te kijken of de ondersteuningsvraag meer dan een enkelvoudige vraag betreft. In principe is iedereen die werkzaam is bij de vijf partnerorganisaties in staat om deze QuickScan te doen. Indien de inschatting wordt gemaakt dat er meer aan de hand is, wordt de vraag doorgestuurd naar het desbetreffende wijkteam. In een verdeeloverleg wordt bepaald welke organisatie en eventueel (individuele) professional de vraag het beste kan oppakken. De professional gaat op gesprek en bekijkt wat er precies aan de hand en wat nodig is via een Integrale Vraaganalyse. Hierbij wordt gekeken naar de totale gezinssituatie. Als er opvoedingsvragen zijn wordt er ook navraag gedaan of er vragen of zorgen zijn op het gebied van wonen, financiën, dagbesteding en gezondheid. Er wordt gezamenlijk een plan van aanpak gemaakt en gekeken welke lichte hulp de Toegang zelf kan bieden, bijvoorbeeld opvoedadvies. Indien wordt ingeschat dat er gebruik gemaakt moet worden van specialistische zorg, maakt de medewerker van de Toegang een voorbereiding tot een beschikking die de gemeente vervolgens afgeeft (interview teammanager wijkteam en interview beleidsontwikkelaar gemeente).

Regionaal Expertise Team

Omdat de juiste specialistische kennis in de Toegang bij complexere vraagstukken niet altijd voldoende aanwezig is, is er een Regionaal Expertiseteam opgericht. Dit team wordt ingeschakeld bij complexe casussen. Dit is een 0 tot 100 jaar team, er is geen apart team dat zich richt op jeugdigen. De meerderheid van de casussen die het expertteam behandelt (circa 65%) betreft jeugdigen[24]. Casuïstiek wordt binnen het team besproken om op die manier zo goed mogelijk passende hulp te vinden.

---

[21] Jaarverslag 2017: Maatschappelijk werk versterkt. (IMW, 2018).

[22] Transformatieplan. Hart van Brabant 2018-2022. (Regio Hart van Brabant, 2018)

[23] Informatienota Begroting en jaarplan Toegang 2019 (gemeente Tilburg, 2018) en bijbehorende bijlage (concept)Jaarplan 2019 Coöperatie Toegang Tilburg U.A.

[24] https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/zorglandschap-jeugdhulp/aanbieders-en-gemeenten-trekken-samen-op-in-midden-brabant

Professionals van de Toegang kunnen bij het Regionaal Expertiseteam terecht voor advies over: de aard en zwaarte van de problematiek van de persoon en/of het gezin, de in te zetten (verklarende) diagnostiek om problematiek te duiden, de volgorde of gelijktijdigheid van de aanpak van problemen en de meest passende interventie.

Uitdagingen Toegang

Doorontwikkeling Toegang

De Toegang in de gemeente Tilburg is in ontwikkeling. De afgelopen jaren is de samenwerking tussen de vijf organisaties opgebouwd en verder ontwikkeld rondom de uitvoering van de taken binnen het sociaal domein. Zowel in het regionale Transformatieplan van de regio Hart van Brabant als in het jaarplan van de Coöperatie Toegang Tilburg wordt aandacht besteed aan doorontwikkeling van de Toegang. De werkprocedures in de gemeentelijke Toegangen moeten volgens de regio versimpelt worden en nieuw beleid moet worden beperkt. De regio wil dat dat professionals meer kennis hebben van algemene en voorliggende voorzieningen om beter te kunnen verbinden met het dagelijkse gewone leven en ondersteuning duurzaam in te zetten.

Het jaar 2018 is een druk en enerverend jaar geweest voor de Toegang in Tilburg[25]. Ze zijn continu aan het experimenteren en leren en passen de werkprocessen daar op aan. Zo wordt er sinds 1 april 2018 via één systeem en één uniform werkproces gewerkt waardoor klanten maar één keer hun verhaal hoeven te doen en kunnen worden gevolgd over een langere periode. Vanaf januari 2019 is er een centrale telefonische melddienst waar alle ondersteuningsvragen van inwoners terecht komen en waar de QuickScan gedaan wordt. De professionals binnen de Toegang werken steeds meer samen, wat zorgt voor inzicht en onderling begrip in elkaars werk. In 2018 heeft de Toegang 5-10% meer klanten ten opzichte van 2017 waaronder 10% complexe of zware zaken, zonder extra fte's. De gemeente Tilburg geeft aan dat 2018 een jaar was waarin het in alle opzichten duidelijk is geworden dat ze nog niet zijn waar ze zouden willen zijn. De Toegang kan niet altijd de kwaliteit leveren waar ze voor staan, de wachttijden zijn lang en zorguitgaven lopen op. Om deze en andere verbeterpunten van de Toegang te kunnen aanpakken is er een doorontwikkelplan opgesteld.

Toegangspartners en de gemeente zijn op dit moment met veel verschillende dingen tegelijk bezig om te kijken hoe ze de wachttijden kunnen verkorten. Zo zetten ze bijvoorbeeld gezamenlijk in op het verminderen van huisbezoeken. Nu gaat een professional bij iedere hulpvraag op huisbezoek om altijd met een brede blik naar het gezin kunnen kijken naar wat er eventueel nog meer nodig is. De gemeente wil dat professionals zelf een inschatting kunnen maken of het nodig is om wel of niet op huisbezoek te gaan. Ook worden beschikkingen nu nog te vaak voor één jaar versterkt, terwijl het in sommige situaties mogelijk is om voor een langere periode te beschikken. Het gezin hoeft dan niet opnieuw belast te worden met de procedures. Daarnaast zet de gemeente in op simpeler organiseren. De wijkteams worden overspoeld met veranderingen. Er is bijvoorbeeld drie keer opnieuw jeugdhulp ingekocht in afgelopen jaren. Er zijn in de regio nu 130 aanbieders jeugdhulp en 90 aanbieders Wmo. Er wordt veel van de wijkteams verwacht omdat ze al deze aanbieders op het netvlies moeten hebben. De gemeente is op zoek naar hoe ze dingen simpeler kan organiseren en hoe ze meer regelruimte kan geven aan professionals in de Toegang. Zo wordt er waar mogelijk vaker gewerkt met een 'fast lane' voor enkelvoudige vragen (interview beleidsmedewerker gemeente).

[25] Informatienota Begroting en jaarplan Toegang 2019 (gemeente Tilburg, 2018) en bijbehorende bijlage (concept)Jaarplan 2019 Coöperatie Toegang Tilburg U.A.

Betere samenwerking

Er wordt binnen de Toegang, in de wijkteams, steeds meer samengewerkt. Het kost tijd, training en moeite maar het gebeurt wel. Betere samenwerking met de sociale basis, zoals het onderwijs en sportclubs, is iets wat de komende jaren op de agenda staat. Betere samenwerking met de sociale basis wordt van belang geacht om vaker te voorkomen dat cases escaleren tot het niveau dat inzet van zware hulp onontkoombaar is. De al aangehaakte banden met de welzijnsorganisaties, scholen en huisartsen moeten daarom verder versterkt worden[26]. De professionals in de Toegang geven ook aan dat het lastig is om het netwerk goed op te bouwen. Vanwege de drukte met het afgeven van beschikkingen en de afhandelingstijd is er veel minder tijd om het netwerk met de wijk op te bouwen. De administratieve taken kosten veel tijd, waardoor door ze aan andere taken moeilijker toekomen. Een voorbeeld van een samenwerkingsproject tussen de Toegang en de sociale basis, is het project DForce. In samenwerking met het onderwijs en een maatschappelijke organisatie hebben ze dit project in een wijk in Tilburg waar veel echtscheidingen voorkomen opgezet om ouders preventief te ondersteunen en van informatie te voorzien (interview beleidsmedewerker gemeente).

Om aan de verbeterpunten tegemoet te komen wil de gemeente Tilburg ook werken aan het kostenbewustzijn bij de medewerkers van de Toegang bij het inzetten van de juiste hulp en de communicatie rondom de Toegang naar inwoners. Zoals in het jaarplan voor de Toegang staat aangegeven wordt in 2019 een dienstverleningsconcept opgesteld met een uitgewerkt en gedragen voorstel over de wijze waarop de gemeente de Toegang in Tilburg neerzet en hoe ze daarover communiceren. Omdat de Toegang voor inwoners op dit moment niet helemaal helder is, komen inwoners hier nu nog vaak via via terecht (interview beleidsmedewerker gemeente). Het dienstverleningsconcept rondom de Toegang moet bijdragen aan de vindbaarheid. Daarnaast wordt er een huisvestingsplan opgesteld om het samenwerken in de wijk makkelijker te maken.

Huisartsen

Inwoners gaan met hun ondersteuningsvragen niet alleen naar de vijf samenwerkende partners en wijkteams (Toegang), maar ook naar de huisarts. De praktijk in de gemeente Tilburg laat zien dat ouders, met name met het vermoeden van GGZ problematiek, vaker naar de huisarts gaan dan naar de wijkteams (interview beleidsontwikkelaar gemeente). De huisarts kan de ouders en het kind verwijzen naar een (specialistische) jeugdhulpaanbieder met het vermoeden van GGZ-problematiek. Dat de huisartsen een relatief groot aandeel hebben in het aantal verwijzingen in de gemeente Tilburg wordt door de cijfers van het CBS bevestigd. Van de totale jeugdhulptrajecten in het eerste half jaar van 2018 is 43% door de huisarts verwezen in Tilburg tegenover 34% landelijk[27]. Landelijk is er sinds 2016 een dalende trend te zien in het aandeel verwijzingen door de huisarts. In de gemeente Tilburg neemt het aandeel verwijzingen via de huisarts in 2017 licht af, maar neemt daarna weer licht toe. De eigen cijfers van de gemeente Tilburg wijken licht af van de cijfers van CBS maar laten tussen het eerste kwartaal van 2017 en het eerste kwartaal van 2018 ook een lichte stijging zien. Vanaf het eerste kwartaal van 2018 tot en met eerste kwartaal van 2019 is een dalende trend te zien in het aandeel verwijzingen door de huisarts[28].

Inzet praktijkondersteuner GGZ-Jeugd (POH-GGZ Jeugd)

Omdat veel verwijzingen, met name voor de specialistische GGZ, via de huisartsen lopen heeft te gemeente Tilburg ervoor gekozen om een pilot POH-GGZ Jeugd te starten.

---

[26] Informatienota Begroting en jaarplan Toegang 2019 (gemeente Tilburg, 2018) en bijbehorende bijlage (concept)Jaarplan 2019 Coöperatie Toegang Tilburg U.A.

[27] CBS (2018). Beleidsinformatie jeugd. Voorlopige cijfers 1e half jaar 2018. Definitieve cijfers 2015-2017.

[28] Overzicht indicatiebesluit jeugd (gemeente Tilburg, 2019).

Idealiter werken wijkteams en huisartsen samen op casusniveau als er samenloop is van problemen in het medisch én sociaal domein. In de praktijk komt deze samenwerking echter moeizaam tot stand. Met ingang van 2015 heeft de gemeente geprobeerd om de samenwerking met de huisartsen via de jeugdartsen te laten lopen. Dat ging met vallen en opstaan. Bovendien bleek dat de kennis over Jeugd GGZ problematiek dermate specialistisch is dat deze zowel bij de huisartsen als bij de jeugdartsen niet altijd voldoende aanwezig was om tot een goede triage te komen. Daarom is de gemeente Tilburg (in samenwerking met CZ) een pilot gestart om praktijkondersteuners GGZ Jeugd bij huisartsen te plaatsen. De pilot heeft twee doelen: de signalering en triage van psychische of psychosociale problematieken bij jeugdigen te verbeteren én de samenwerking verbeteren tussen de huisartsenzorg, jeugdartsen, GGZ, voorzieningen in het sociaal domein en in het onderwijs. Ook kan de POH-GGZ Jeugd lichte begeleiding bieden. Hiermee wordt beoogd dat zorg voor jeugdigen dichtbij en snel geboden kan worden en onnodige doorverwijzingen naar de basis- en specialistische GGZ voorkomen worden. De POH-GGZ Jeugd heeft specialistische kennis én kijkt, net als de professionals van de Toegang, naar de totale gezinssituatie om de problematiek integraal op te pakken.

In het najaar van 2017 is de pilot in de gemeente Tilburg gestart in samenwerking met zorgverzekeraar CZ, GGD Hart voor Brabant en PRO-RCH[29] in de wijk Reeshof. Eerder dat jaar is een vergelijkbare pilot gestart in de gemeente Hilvarenbeek, die ook onderdeel is van de regio Hart van Brabant. In de gemeente Tilburg is gekozen voor een cofinanciering tussen de zorgverzekeraar CZ en de gemeente, waarbij 50% wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet en 50% vanuit de Jeugdwet. In een artikel in het magazine Eerstelijns[30] wordt benoemd dat alle betrokken partijen aangeven een nadrukkelijke wens te hebben om de samenwerking te verankeren door de pilot uit te breiden naar andere praktijken in Midden-Brabant. De belangrijkste resultaten die ze met de POH-GGZ Jeugd in de gemeente Tilburg hebben geboekt is dat er gerichter wordt doorverwezen en doorverwijzingen worden voorkomen. In sommige gevallen is een doorverwijzing niet nodig en kan worden volstaan met lichte ondersteuning waar kinderen snel terecht kunnen. Wanneer er wel een doorverwijzing nodig is, wordt dit gerichter gedaan. Dit resulteert in schonere wachtlijsten (interview betrokkene bij de pilot vanuit PRO-RCH).

Het College heeft besloten om de pilot POH-GGZ Jeugd in de gemeente Tilburg te verlengen[31]. De uitkomsten van de opgestelde Business Case geven voldoende aanleiding om over te gaan tot verdere uitrol van de POH-GGZ Jeugd binnen de gemeente. Vanaf de eerste 6 maanden van de pilot is op basis van de eerste 118 kinderen die een afgerond traject hebben doorlopen een Business Case gemaakt. Hieruit bleek dat ongeveer 40% van de kinderen niet meer is doorverwezen naar basis-GGZ of specialistische-GGZ. Wanneer een kind wordt doorverwezen zijn er gemiddeld 2 à 3 contactmomenten met de POH-GGZ Jeugd voordat er wordt doorverwezen. Wanneer een kind niet wordt doorverwezen zijn er gemiddeld 6 tot 8 contactmomenten. De tevredenheid van kinderen en hun ouders is goed en er worden kosten bespaard (€ 154.731, - bij 118 kinderen). Het jaar 2019 wordt gebruik om te onderzoeken wat nodig is om de POH-GGZ Jeugd te borgen en verder uit te rollen.

Crisis Interventie Team (CIT)

Wanneer er sprake is een crisissituatie kan het CIT Hart van Brabant ingeschakeld worden. Dit regionale team is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar. Het team bestaat uit professionals van Jeugdbescherming Brabant, Veilig Thuis, GGz Breburg, Amarant Groep en Sterk Huis. De wijkteams hebben een verdeeloverleg waarin de crisissituatie bespreken.

---

[29] Samenwerkingsverband dat huisartsenzorg op het gebied van GGZ vertegenwoordigd.

[30] Couwenberg, M. en van Woerkum, W. (februari, 2019). Investeren in passende zorg. POH-GGZ Jeugd in Midden-Brabant De Eerste Lijns, 28-29.

[31] Verlengen pilot Praktijkondersteuner huisarts GGZ Jeugd. Collegebesluit (gemeente Tilburg, 2018).

Het CIT kan doorverwijzen naar GGZ (geestelijke gezondheidzorg), LVB (licht verstandelijke beperking) en JOH (jeugd en opvoedhulp).

Wel merkt een van de geïnterviewde jeugdhulpaanbieders op dat vanwege de wachtlijstenproblematiek de reguliere hulpverlening niet altijd goed tot stand komt na het inzetten van crisishulpverlening. Kinderen blijven hierdoor langer verstoken van de juiste hulpverlening en/of behandeling.

3. Samenwerking en specialistische jeugd-GGZ

Samenwerking specialisten

Inhoudelijk gezien wordt er veel meer samengewerkt dan voor de transformatie. Alle geïnterviewden jeugdhulpaanbieders bevestigen dat organisaties elkaar beter weten te vinden en er meer wordt samengewerkt, met name bij complexe casussen. Partijen weten elkaar beter te vinden, zowel de bestuurders, managers en professionals op de werkvloer (interview programmamanager jeugdhulpaanbieder).

De verbinding met andere samenwerkingspartners werd voor de transitie al als goed ervaren, maar is na de transitie versterkt (interview directeur grote GGZ-instelling). Samenwerking krijgt op verschillende manieren vorm. Enkele jaren geleden zijn ze in de regio Hart van Brabant al gestart met integrale FACT-jeugdteams waarin verschillende specialisten vanuit een grote GGZ-instelling en een jeugdhulpaanbieder in één team samenwerken. Op die manier is er een organisatie-overstijgende samenwerking tussen jeugdzorg en jeugdpsychiatrie binnen één team. De samenwerking tussen specialisten en organisaties wordt nu als nog gemakkelijker ervaren dan voor de transitie. Zowel bij het Regionale Expertiseteam als bij Integrale vroeghulp worden complexe casussen vaker gezamenlijk besproken (interview programmamanager jeugdhulpaanbieder).

Begin dit jaar hebben Amarantgroep, GGz Breburg, Sterk Huis en de Viersprong het initiatief genomen om het samenwerkingsverband Crossroads[32] op te starten, zoals ze dat ook in de regio West-Brabant West hebben gedaan. Binnen dit samenwerkingsverbanden worden expertises vanuit verschillende domeinen aan elkaar gekoppeld om op deze manier de juiste hulpverlening, behandeling en begeleiding te kunnen inrichten voor complexe hulpvragen. Samenwerkingspartners bieden op deze manier een domein overstijgend aanbod aan voor hoog complexe jeugdhulp. De gemeente Tilburg vindt het goed dat de zorgaanbieders dit oppakken en zijn in gesprek met de aanbieders hoe doorontwikkeling kan plaatsvinden (interview programmamanager jeugdhulpaanbieder). In de regio West Brabant West was het een eis van de gemeente dat de partijen echt samenwerken. In de regio Hart van Brabant pakken de zorgaanbieders dit zelf op, maar is er geen eis vanuit de gemeente. Wanneer de gemeente Tilburg hierin een actieve rol zou nemen, zou dit het initiatief meer mandaat en bewegingsruimte geven. De gemeente is ook nodig als partner om te innoveren omdat er altijd kinderen zullen zijn die niet binnen bepaalde samenwerkingsverbanden geholpen kunnen worden (interview clustermanager jeugdhulp- en zorgaanbieder).

Regionale resultaatgerichte inkoop

De gemeente Tilburg koopt samen met de regio Hart van Brabant de jeugdhulp regionaal en resultaatgericht in.

[32] https://www.jeugdhulpwbw.nl/stappenplan/hoogcomplex/item/17696-crossroads

De regio werkt met een dienstverlening voor regionale jeugdhulp met het regiobureau Hart van Brabant, die vervolgens een overeenkomst heeft met de gemeente Tilburg die als gastheergemeente functioneert[33].

De gemeente Tilburg zorgt voor de inkoop van de regionale jeugdhulpaken, monitoren van resultaten en effecten, verantwoording, kennisontwikkeling, ondersteuning bij beleidsvoorbereiding en beheer van contracten en budgets voor onder meer risico's en innovatie ten aanzien van de regionale jeugdhulptaken. Er wordt in beginsel regionaal gecontracteerd. De laag-specialistische hulp werd al vanaf 1 januari 2017 resultaatgericht ingekocht. Sinds 1 januari 2019 wordt ook de hoog-specialistische hulp resultaatgericht ingekocht[34]. Onder deze hulp vallen bijvoorbeeld klinische zorg, behandeling en diagnostiek. Het resultaatgericht inkopen stelt volgens de regio Hart van Brabant jeugdhulpaanbieders in staat om te doen wat een jeugdige of gezin echt nodig heeft. De Toegang of jeugdhulpaanbieder bepaalt vooraf met de jeugdige of het gezin wat het resultaat van de jeugdhulp moet zijn. Op individueel niveau wordt er gekeken of het resultaat behaald wordt. Dit houden de Toegang, jeugdhulpaanbieder en het gezin zelf in de gaten. Op een hoger niveau willen de regiogemeentes monitoren hoe het staat met het behalen van de resultaten om zo de kwaliteit van het jeugdhulpaanbod te waarborgen[35]. Dit past bij de transformatiegedachte en vraagt van jeugdhulpaanbieders uit de negen regiogemeentes om samen te werken.

In de regio Hart van Brabant moeten zorgaanbieders vooraf samen met de cliënt een arrangement opstellen waarin opgenomen wordt welke (zorg)doelen bereikt moeten worden en welke intensiteit van behandeling, en daarmee het bedrag, hiervoor nodig is. Het opstellen van een arrangement, het bereiken van overeenstemming over doelen en over benodigd budget kost voorafgaand aan de start van de zorgverlening veel (administratieve) tijd, soms wel enkele uren (interview manager grote GGZ-instelling). Deze manier van inkoop brengt voor de aanbieders veel administratieve lasten met zich mee. De resultaat-gestuurde aanpak die in de regio Hart van Brabant wordt gebruikt heeft als voordeel dat er gerichter gekeken wordt naar wat het kind en/of het gezin nodig heeft en er gewerkt wordt aan resultaat, perspectief en ontwikkeling. Het nadeel is dat het ook te star kan worden. Het resultaatgericht werken moet geen doel op zich worden. Er zijn veel administratieve processen bij gekomen (interview programmamanager jeugdhulpaanbieder).

Veel verschillende aanbieders

De resultaatgerichte inkoop vraagt van jeugdhulpaanbieders om samen te werken indien er meer dan één aanbieder nodig zal zijn voor het te behalen resultaat. De hoofdaanbieder (de jeugdhulpaanbieder die de verwijzing heeft ontvangen) schakelt andere aanbieders. Op dit moment zijn er zo'n 130 jeugdhulpaanbieders in de regio Hart van Brabant actief. Voorheen waren er een aantal grote aanbieders en een aantal kleine. De geïnterviewden jeugdhulpaanbieders geven aan het goed is dat er keuzevrijheid is en vinden het ook belangrijk om samen te werken. Echter is het lastig om dit te doen met zo veel verschillende partijen in de regio. Dit maakt dat jeugdhulpaanbieders (voornemens zijn om) bepaalde keuzes (te) maken, in de partijen met wie zij samenwerken. "Onze instelling [grote GGZ-instelling] werkt met circa 100 (onder) aanbieders op de afdeling Jeugd. Op dit moment wordt er nagedacht om met een vaste kern met onderaannemers te werken. Los van de administratieve chaos die samenwerking met de vele aanbieders met zich meebrengt, wil de organisatie ook bewuster gaan kiezen voor leveringsvoorwaarden en samenwerken met aanbieders die eenzelfde visie delen" (interview directeur grote GGZ-instelling).

---

[33] Gastheergemeente uitvoeringsovereenkomst regionale jeugdhulptaken (gemeente Tilburg, 2019).

[34] Stand van zaken 'Samen met de Jeugd' Regio Hart van Brabant. (Regio Hart van Brabant, 2017).

[35] https://www.zorginregiohartvanbrabant.nl

Daarnaast wordt opgemerkt dat de werkwijze waarbij de gemeente bepaalt wat er moet gebeuren en de zorgaanbieder hoe het moet gebeuren niet altijd werkt. Het plan van aanpak wordt door de professional van de Toegang aan de keukentafel ontwikkeld. Het jeugdplan wordt daarna door de jeugdhulpaanbieder ingevuld. Dit sluit niet altijd op elkaar aan. Een kwestie hierbij is onder andere het hoofd- en onderaannemerschap.
Een grote jeugdhulpaanbieder geeft aan niet met alle partijen samen te werken. Wanneer Toegangsmedewerkers de voorkeur hebben voor een bepaalde inzet en er geen raamovereenkomst is opgesteld met de betreffende zorgaanbieder, ontstaat er een stroperig proces (interview clustermanager jeugdhulp- en zorgaanbieder).

Expertise aan de voorkant

Ten behoeve van betere triage en samenwerking aan de voorkant pleiten de geïnterviewde jeugdhulpaanbieders ervoor om expertise naar voren te brengen. Eén van de manieren waarop dit gedaan zou kunnen worden is het inzetten van een consultatiefunctie. Om aan te sluiten op “zo normaal mogelijk” opgroeien, wil een van de gesproken jeugdhulpaanbieders expertise naar voren brengen door een deel van de behandelcapaciteit vrij te spelen om in te zetten als consultatiefunctie. “Bijvoorbeeld door mee te kijken met de huisarts, in plaats van dat het kind naar de GGz toe komt en een traject start. Wanneer je er vroeg bij bent, met korte interventies bijvoorbeeld op school, is het starten van een traject niet altijd nodig. Nu worden er vaak professionals van maatschappelijke organisaties betrokken bij scholen. Het specialisme is dan niet altijd aanwezig” (interview directeur grote GGZ-instelling). Het is van belang dat de professionals van de Toegang elkaar beter weten de vinden en dat medewerkers van de Toegang en specialisten meer samenwerken om betere triage aan de voorkant te laten plaatsvinden. Op dit moment wordt er nog teveel gewerkt met ‘Stepped Care’ in plaats van ‘Matched Care’. Door expertise aan de voorkant er meer bij te halen kan er samen worden gekeken naar een beste oplossing. Waar mogelijk kan worden ingezet met een lichte interventie in plaats van een doorverwijzing (interview programmamanager jeugdhulpaanbieder).

De gemeente Tilburg heeft er bewust voor gekozen om niet de expertise naar voren te halen in de vorm van aanbieders die ook behandelen. De wijkteams geven zelf lichte ondersteuning (interview beleidsmedewerker gemeente). Ook de consultatiefunctie van jeugdhulpaanbieders wordt op dit moment niet ingezet. Om problematieken bij jeugdigen tijdig te signaleren én de samenwerking te verbeteren tussen huisartsenzorg, jeugdartsen, GGZ en voorzieningen in het sociaal domein heeft de gemeente ervoor gekozen om expertise naar voren te halen door de inzet van de POH-GGZ Jeugd. Daarnaast experimenteren huisartsenpraktijken in de gemeente Tilburg met Multidisciplinaire Overleggen (MDO’s) Jeugd in de wijk, waarbij de POH-GGZ Jeugd samen met de consultatiebureauarts en -verpleegkundige, de kinder- en jeugdpsycholoog en gezinstherapeut een of meerdere casussen bespreekt om tot een gezamenlijk plan van aanpak te komen.

Eén gezin, één plan en één coördinator komt lastig van de grond

Zoals in de regionale koers ‘Samen met de Jeugd’ staat beschreven, wil de gemeente Tilburg toe naar één gezin, één plan, één coördinator (en op termijn één budget). Bij meervoudige problematiek bepaalt de professional van de Toegang samen met de jeugdige en het gezin wie professioneel verantwoordelijk is. Op dit moment komt dit, met name bij huishoudens met meervoudige problematiek, niet goed van de grond. Er zijn geen duidelijke afspraken gemaakt over het samenwerken met andere betrokken partners en de informatiesystemen zijn niet op elkaar afgestemd, waardoor informatie versnipperd is (interview teammanager wijkteam). Ook de geïnterviewden jeugdhulpaanbieders geven aan dat het op dit moment onduidelijk is wie de regie moet voeren indien er meerdere problemen in een gezin zijn. Wanneer het een arrangement betreft is de hoofdaannemer de regievoerder, maar wanner er meerdere dingen spelen is dit onduidelijk.

Er zijn geen regels gemaakt over hoe dat met elkaar afgesproken dient te worden en er is geen duidelijk moment gepland waarin dat bepaald wordt (interview clustermanager jeugdhulpaanbieder). Dit beeld wordt bevestigd door de resultaten van een verkenning naar de praktijk en knelpunten rondom één gezin, één plan en één coördinator door Bureau Queste, in opdracht van de regio Hart van Brabant.

Gesprekken met professionals van de Toegang hebben tot een aantal inzichten geleid: het ontbreekt aan een gezamenlijke visie over hoe het leidende principe van één gezin, één plan en één coördinator nu daadwerkelijk kan worden uitgevoerd; er is behoefte aan erkenning dat niet alle professionals dezelfde rol kunnen vervullen; coördinatie is een vak en vraagt om coaching en supervisie; de partners beschikken over onvoldoende mogelijkheden (gezamenlijk doel, tijd, financiën, registratie, werkprocessen niet op elkaar aangesloten, netwerk onoverzichtelijk etc.) om een adequaat antwoord te organiseren op de ondersteuningsbehoefte van huishoudens met meervoudige problemen (Blanken en Luijten, 2019)[36]. Er komt daarom op korte termijn een implementatieplan voor een vernieuwde methodiek rondom één gezin, één plan en één coördinator (interview beleidsmedewerker gemeente).

4. Sturen en leren

De gemeente Tilburg verzameld samen met de regio Hart van Brabant op diverse manieren informatie over jeugdhulp om hier zowel op gemeentelijk als op regionaal niveau zicht op te krijgen. Verschillende informatie wordt door de gemeente verzameld[37]:

- De kwaliteit van de jeugdhulp wordt gemeten aan de hand van drie outcome indicatoren: uitval, cliënttevredenheid en doelrealisatie. Deze informatie wordt regionaal verzameld via alle gecontracteerde jeugdhulpaanbieders in de regio. De jeugdhulpaanbieder bepaald zelf welk gevalideerd meetinstrument gebruikt wordt om de indicatoren te meten. Voorheen vroeg de regio deze informatie zelf op, maar wordt sinds 2018 toegevoegd aan de beleidsinformatie Jeugd van het CBS. Zij kunnen aan de beleidsinformatie Jeugd geen toelichting over de aangeleverde aantallen toevoegen, maar daar is wel alle ruimte voor tijdens de contractgesprekken.

- Er wordt een materiële controle gedaan bij gecontracteerde jeugdhulpaanbieders in de regio. Hierin wordt gekeken of de verantwoorde zorg rechtmatig is, de geleverde zorg doelmatig is ingezet, de zorg past bij de zwaarte van de zorgaanvraag en of de inschaling van de arrangementen jeugd goed worden toegepast. Op dit moment is er nog geen compleet controleplan beschikbaar, maar wel een controlekader. Deze informatie wordt verzameld door een onafhankelijk bureau en door een BIG geregistreerde psycholoog.

- Via de regionale monitor Jeugdhulp, ontwikkeld door de GGD, wordt zowel op gemeentelijk als op regionaal niveau informatie verzameld over het jeugdhulpbeleid. Hierin wordt zowel nieuwe als al beschikbare data gecombineerd met kwalitatieve (ervarings-)verhalen van cliënten. De monitor bevat informatie onder andere informatie uit het cliëntervaringsonderzoek Jeugd, Resultaatmeting Outcome Jeugdhulp, CBS beleidsinformatie Jeugdhulp, Gezondheidsmonitor van de GGD en registraties vanuit de GGD-JGZ en Veilig thuis. De 0-meting van de beleidsmonitor Jeugd vond in 2015 plaats en werd ieder jaar opgevolgd. De cijfers in deze monitor gaan over de totale jeugdhulp waarbij geen onderscheid wordt gemaakt in jeugd-GGZ.

---

[36] Blanken, M. & Luijten, C. (2019). 1 gezin, 1 plan en 1 coördinator. Ervaringen uit de Praktijk, 27 januari 2019.

[37] https://www.zorginregiohartvanbrabant.nl/contractbeheer/

Deze gegevens over de jeugdhulp in de gemeente Tilburg en de regio Hart van Brabant worden vastgelegd om resultaten te beoordelen. Er wordt gemonitord om de kwaliteit van de jeugdhulp te verbeteren én om de kosten beheersbaar te houden. De gemeente Tilburg en de regio Hart van Brabant willen de resultaatmetingen per jeugdaanbieder over opeenvolgende periodes met elkaar kunnen vergelijken. In de toekomst wil de regio op basis van alle individuele rapportages ook komen tot en totaalbeeld van de jeugdhulp.

Een lerende omgeving

Sinds 2014 is het kennisnetwerk Samenwerkende Jeugdzorg Specialisten (SJS)[38] opgericht. Aanbieders hebben hierin zelf de verantwoordelijkheid genomen. Dit netwerk draagt bij aan de doorontwikkeling van het sociaal domein, in het bijzonder jeugd. Dit doen ze met samenwerkingspartners zoals gemeentes, toegangsteams, onderwijs en maatschappelijke partners. Daarnaast is het SJS een platform dat gevraagd en ongevraagd de regio Hart van Brabant en andere samenwerkingsverbanden jeugd adviseert. 23 jeugdhulpaanbieders zijn op dit moment aangesloten als partner in het netwerk. Het uitwisselen van kennis en ervaring vinden zij van belang. Vanuit het SJS proberen ze in verbinding te blijven met de Toegang door ook de wijkteams uit te nodigen bij kennisbijeenkomsten. Dit zorgt voor kennisuitwisseling op inhoudelijke thema's. Het SJS participeert daarnaast in het regionale Innovatienetwerk Jeugd[39]. Dit netwerk is eveneens in 2014 gestart met de negen samenwerkende gemeenten in de regio Hart van Brabant. Doel van het innovatienetwerk is om initiatieven te verkennen, te ontwikkelen en duurzaam te realiseren, die bijdragen aan de transformatieopgave van het jeugddomein. Naast het SJS is ook Fontys Hogeschool Pedagogiek een belangrijke partner hierin. Samen met anderen die namens een organisatie of op persoonlijke titel betrokken zijn, vormen ze het innovatienetwerk. Ze organiseren en faciliteren concrete activiteiten en werkvormen met als doel ruimte bieden om te onderzoeken waar jongeren behoefte aan hebben, ideeën over hebben en in de praktijk tegenaanlopen. Sinds de start van het innovatienetwerk zijn er 62 ideeën ingediend, waarvan er 25 zijn gepitcht en 18 doorontwikkeld.

De gemeente Tilburg is één van de samenwerkingspartners van de Academische Werkplaats (AW) Jeugd[40]. In co-creatie met de praktijk heeft Tranzo (Tilburg School of Social and Behavorial Sciences of Tilburg Unversity) deze academische werkplaats opgericht waarin de transformatie van de zorg voor jeugd centraal. Het is een plaats waarin praktijk, beleid, cliënten, onderwijs en wetenschap elkaar ontmoeten, samen werken, kennis ontwikkelen en kennis uitwisselen. Het gaat daarbij om kennisuitwisseling die bruikbaar is voor de praktijk (professionals, vrijwilligers en/of beleidsmedewerkers). Gemeentes (Tilburg, Breda en Eindhoven), diverse jeugdhulpaanbieders, kennisinstellingen en het onderwijs zijn hierbij betrokken.

Meer van elkaar leren

Binnen de regio Hart van Brabant wordt er op allerlei manieren informatie over jeugdhulp verzameld en zijn er netwerken gericht op kennisontwikkeling en deling. In de praktijk wordt er af en toe naar gekeken naar andere gemeentes binnen de regio, maar wordt op dit moment nog niet optimaal gedaan (interview beleidsmedewerker gemeente). In het transformatieplan Hart van Brabant 2018-2020[41] wordt aandacht besteed aan het ontwikkelen van een gezamenlijke leercirkel om elkaar op te hoogte te brengen van leereffecten die worden opgedaan in de uitvoering. Dit willen ze gezamenlijk met alle Brabantse jeugdzorgregio's oppakken. Vanuit het Zorglandschap Jeugd voor de provincie Noord-Brabant wordt hier ook op aangestuurd.

---

38 www.sjsbrabant.nl

39 www.innovatienetwerkjeugd.nl

40 www.tilburguniversity.edu/tranzo

41 Transformatieplan. Hart van Brabant 2018-2022. (Regio Hart van Brabant, 2018)

5. Reflectie

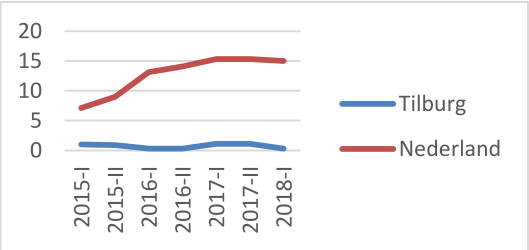
Leerproces

Op basis van de beschikbare informatie uit (beleids-)documenten en diverse interviews kunnen we stellen dat de gemeente Tilburg in een leerproces zit. De gemeente Tilburg heeft samen met de regio Hart van Brabant een duidelijke inhoudelijke visie in de koers 'Samen met de Jeugd' opgesteld. Samen met betrokken in het jeugddomein zijn de ambities voor het jeugdhulpbeleid voor de jaren 2018 en verder vormgegeven. Inhoudelijk wordt de visie door alle geïnterviewden ondersteund. De uitvoering en concretisering van de visie is echter nog een leerproces en sterk in ontwikkeling.

Doorontwikkeling van de Toegang

De Toegang in de gemeente Tilburg is op allerlei vlakken in ontwikkeling. Professionals binnen de Toegang weten elkaar steeds beter te vinden en er wordt meer samengewerkt. De samenwerking met het voorliggend veld is een punt van aandacht waarin de komende jaren in geïnvesteerd gaat worden. Daarnaast zet de gemeente in op communicatie rondom de Toegang. De samenwerking in de wijkteams wordt beleidsmatig Toegang genoemd, maar dit is de afgelopen jaren niet breed naar inwoners gecommuniceerd. De Toegang moet beter vindbaar worden voor inwoners en het moet helder zijn welke taken de Toegang heeft, zowel voor de inwoners als professionals. De werkprocessen voor professionals in de wijkteams worden versimpeld om de huidige administratieve druk te verminderen en achterstanden te voorkomen. De wijkteams in Tilburg voeren zelf lichte ondersteuning uit wanneer dat bij de ondersteuningsvraag past. Op het gebied van jeugdhulp lijkt de Toegang in Tilburg op dit moment vooral een doorverwijsfunctie te hebben. Wanneer we kijken naar de cijfers van het CBS zien we ook dat de wijkteams in Tilburg nauwelijks jeugdhulp verlenen ten opzichte van het landelijk gemiddeld. Het percentage 'jeugdhulp zonder verblijf uitgevoerd door wijkteams' stijgt in de gemeente Tilburg over de jaren ook niet, terwijl dit landelijk gemiddeld wel het geval is.

Figuur 2: Percentage jeugdhulp zonder verblijf uitgevoerd door wijk- of buurt team. Gemeente Tilburg en Nederland, 2015-2018 (per half jaar)



Bron: waarstaatjegemeente.nl

Inzet POH-GGZ Jeugd zorgt voor schonere wachtlijsten en meer samenwerking

Met de inzet van de POH-GGZ Jeugd bij huisartsen wil de gemeente inzetten op betere doorverwijzingen en schonere wachtlijsten én op meer samenwerking tussen huisartsenzorg, jeugdartsen, GGZ en voorzieningen in het sociaal domein en onderwijs. De brede kijk van de POH-GGZ Jeugd naar de totale gezinssituatie sluit aan bij de ambitie om te doen in een gezin wat nodig is. Over de eerste resultaten van de inzet van de POH-GGZ Jeugd is de gemeente Tilburg positief. Minder kinderen zijn doorverwezen, ouders en kinderen zijn tevreden en er worden kosten bespaard blijkt uit de opgestelde Business Case[42]. De gemeente Tilburg kiest er dan ook voor om deze pilot verder voor te zetten en op zoek te gaan naar mogelijkheden om de pilot verder uit te rollen binnen de gemeente.

[42] Verlengen pilot Praktijkondersteuner huisarts GGZ Jeugd. Collegebesluit (gemeente Tilburg, 2018).

Samenwerking (specialistische) jeugdhulp

Op inhoud, met name bij complexe casussen, wordt er steeds meer samengewerkt. De regio heeft een Regionaal Expertise Team opgezet dat professionals van de Toegang kunnen inschakelen wanneer zij zelf niet over de juiste expertise beschikken voor de triage. Hier wordt goed gebruik van gemaakt. Tussen de verschillende jeugdhulpaanbieders wordt er op inhoud ook steeds meer samengewerkt. Partijen weten elkaar beter te vinden, zowel de bestuurders, managers en professionals op de werkvloer (interview programmamanager jeugdhulpaanbieder). Opvallend in de gemeente Tilburg is dat zorgaanbieders elkaar zelf opzoeken en zoeken naar manieren om samen te werken. Zo zijn er verschillende samenwerkingsverbanden ten behoeve van kennisdeling en innovatie en ontstaan er nieuwe samenwerkingsverbanden zoals de zorgcombinatie 'Crossroads'. De regio Hart van Brabant/gemeente Tilburg is in gesprek met aanbieders om te kijken hoe dit verder door te ontwikkelen (interview programmamanager jeugdhulpaanbieder).

De gemeente Tilburg kiest er op dit moment bewust voor om niet de expertise naar voren te halen in de vorm van aanbieders die ook behandelen, ook niet in de vorm van een consultatiefunctie. Om problematieken bij jeugdigen tijdig te signaleren én de samenwerking kiest de gemeente voor de inzet van de POH-GGZ Jeugd. Toch geven de verschillende geïnterviewden jeugdhulpaanbieders aan het belangrijk te vinden om ook expertise naar de voorkant te brengen onder andere om de juiste te vragen te stellen en te doen wat nodig is, in zo'n gewoon mogelijke setting. Het groeien van vertrouwen in elkaar is daarbij van belang.

Eén gezin, één plan, één coördinator komt lastig van de grond

Een ander punt van aandacht is de regievoering rondom een gezin. Op dit moment is het zowel voor de Toegang zelf als voor de jeugdhulpaanbieders onduidelijk wie wanneer regie neemt wanneer er zich meerdere problemen in een gezin voordoen. Het ontbreekt aan een gezamenlijke visie over hoe het leidende principe kan worden uitgevoerd in de praktijk. Zowel de geïnterviewden specialisten, beleidsmedewerkers van de gemeente en een wijkmanager van de Toegang geven aan dat van beide kanten te weinig verbinding met elkaar wordt gezocht om dit goed van de grond te krijgen. Omdat er geen heldere afspraken zijn gemaakt, ligt ook bij niemand het mandaat. Op korte termijn komt daarom een implementatieplan voor een vernieuwde methodiek (interview beleidsmedewerker gemeente).

Resultaatgerichte bekostiging

De resultaatgerichte bekostiging van de jeugdhulp in de regio Hart van Brabant vraagt van zorgaanbieders dat zij meer met elkaar gaan samenwerken. We zien dat een aantal jeugdhulpaanbieders elkaar vanuit de inhoud regelmatig opzoekt. Omdat er in de regio Hart van Brabant een groot aantal jeugdhulpaanbieders actief is, wordt samenwerking door de aanbieders soms als lastig ervaren. De transitie brengt voor veel aanbieders als negatieve bijkomstigheid mee dat zij veel meer tijd moeten besteden aan administratieve taken dan voorheen. We zien dat jeugdhulpaanbieders keuzes (gaan) maken tussen partijen met wie zij samenwerken. Los van de administratieve lasten die het met zich meebrengt, wordt er ook gekeken naar meer samenwerking met aanbieders die een visie op jeugdhulp delen.

Een ander punt van aandacht dat de resultaatgerichte bekostiging met zich mee brengt is de vaste tarieven die gekoppeld zijn aan arrangementen. Er wordt gekeken naar het te behalen doel in plaats van het type hulp dat wordt in gezet. Enerzijds wordt dit als goed ervaren omdat er dan echt gekeken wordt naar wat nodig is, anderzijds moet het resultaatgericht werken geen doel op zich zelf worden (interview programmanager jeugdhulpaanbieder). Er zijn arrangementen die een meer of minder specialistisch profiel hebben, maar het tarief is voor alle zorgaanbieders gelijk ongeacht het specialisme dat wordt in gezet en de daadwerkelijk kosten die daarmee samenhangen.

Dit brengt met name voor de grotere jeugdhulphaanbieders die meer complexe gevallen behandelen in sommige gevallen financiële risico's met zich mee.

Overzicht van de interviews

Interviews met:

- Beleidsontwikkelaar zorg gemeente Tilburg
- Beleidsmedewerker sociaal domein gemeente Tilburg
- Strateeg gemeente Tilburg
- Wijkteammanager gemeente Tilburg
- Directeur Jeugd en manager bedrijfsvoering van een grote GGZ-instelling
- Programmamanager van een jeugdhulpaanbieder
- Clustermanager van een jeugdhulp- en zorgaanbieder
- Betrokkene bij de pilot POH-GGZ Jeugd van PRO-RCH

7 Casestudie Utrecht

1. Visie: het Utrechtse model

Met de transitie heeft de gemeente de ambitie om hulp en zorg voor jeugd zo te organiseren zodat deze "beter is afgestemd op de behoeften van gezinnen en kinderen, dichter bij huis geboden wordt en zich sterker richt op het versterken van wat gezinnen en kinderen wél kunnen in plaats van focus op wat niet goed gaat" (Gemeente Utrecht, 2016). Het *Utrechtse model,* de ambities en uitgangspunten van de gemeente voor het jeugdzorgbeleid, zijn in de aanloop van de transitie samen met alle betrokken partners geformuleerd (Gemeente Utrecht, 2011, 2013). De leidende principes van dit model zijn (zie o.a.Gemeente Utrecht, 2018d):

- De leefwereld centraal: het kind/jongere/gezin in het dagelijks leven vormt het uitgangspunt;
- Uitgaan van de mogelijkheden: normaliseren in plaats van problematiseren, aansluiten bij wat het kind/jongere/gezin en diens omgeving wel kunnen;
- Zo nabij mogelijk: zorg beschikbaar in eigen buurt, maatwerk in aansluiting bij het kind/jongere en de omgeving daar omheen;
- Doen wat nodig is: in aanvulling op en samen met de inzet vanuit het eigen netwerk;
- Eenvoud: de inhoud is leidend niet het systeem, een overzichtelijk en minder versnipperd zorglandschap, minder bureaucratie;
- Veiligheid van kinderen vormt altijd de ondergrens.

De basis van de transformatie vormt het Utrechtse model met drie samenhangende sporen:

- Spoor 1: Een sterke samenleving. De sociale basis en gewoon opgroeien; het gaat hier om reguliere voorzieningen zoals onderwijs, jongerenwerk, sport, jeugdgezondheidszorg en vrijwilligerswerk.
- Spoor 2: Steun waar nodig: basiszorg voor jeugd, gezin en volwassenen. Basiszorg wordt geleverd door buurtteams, jeugdartsen (jeugdgezondheidszorg) en huisartsen.
- Spoor 3: Speciaal waar het moet: aanvullende zorg. Deze omvat specialistische jeugdhulp (jeugd-GGZ, specialistische jeugd- en opvoedhulp en jeugdhulp voor kinderen met een beperking), pleegzorg, jeugdhulp met verblijf en ambulante crisishulp.

Door eerder, sneller en systeemgerichter in te zetten verwacht de gemeente dat minder vaak een beroep op zwaardere (en duurdere) zorg nodig zal zijn. De gemeente streeft naar 'matched care' (en niet 'stepped care'). Waar nodig wordt specialisten al in een vroeg stadium betrokken om samen tot een goede weging te komen voor wat de meest passende hulp is op dat moment bij een bepaalde vraag, met als uitgangspunt 'zo licht en normaal als mogelijk' (Gemeente Utrecht, 2018c).

De leidende principes zijn in dialoog met de partners in de jeugdhulp ontwikkeld en uitgewerkt. Dit heeft volgens de gemeente gezorgd voor een breed draagvlak. Na het in goede banen leiden van de transitie en het opbouwen van de basiszorg op basis van pilots (al uitgevoerd voor 2015) is vanaf 2016 gewerkt aan de transformatie van de aanvullende (specialistische) jeugdzorg volgens de leidende principes. In de *Notitie meerjarige sturing en bekostiging Jeugdhulp 2017-2020* (Gemeente Utrecht, 2016) worden de consequenties hiervan aangegeven voor de sturing en bekostiging van de aanvullende zorg. De leidende principes voor de transformatie van de aanvullende zorg zijn:

1. Cliëntgerichtheid: maatwerk en uitgaan van kracht en vraag van het gezin,
2. Wijkgericht: zorg dichtbij, op maat en tijdig, bundeling van en afstemming met het informele netwerk, basiszorg en aanvullende zorg, en

3. Passende en duurzame specialistische hulp die het kind in de context van gezin, omgeving en ontwikkeling beziet (Gemeente Utrecht, 2018b).

De jeugd-GGZ is een onderdeel van de aanvullende jeugdzorg (specialistische jeugdhulp), maar in beleidsnota's wordt de jeugd-GGZ sinds de vierde voortgangsrapportage over 2016 ((Gemeente Utrecht, 2017) zelden apart genoemd. De wijkgerichte aanpak krijgt een zwaar accent in de Utrechtse aanpak, waarbij buurgericht organiseren een middel is om zorg te kunnen bieden die integraal is, de context optimaal betrekt en de samenwerking met de basiszorg versterkt (idem).

Bij een getransformeerd jeugdzorglandschap hoort volgens de gemeente nieuwe terminologie. Toegang, triage, doorverwijzen, op/afschalen en wachtlijsten passen niet bij het model van samenwerking rondom de jeugdige en het gezin in de wijk. Buurtteams vormen niet alleen de 'toegang', maar bieden ook ambulante basis-jeugdhulp en betrekken daar waar nodig specialisten.

2. Toegang en triage

Buurtteams als toegang

Sinds 2015 zijn er buurtteams actief in 18 buurten, die bestaan uit een team Sociaal (voor 18+) en een team Jeugd & Gezin (voor gezinnen met één of meer kinderen onder de 18 jaar). Op basis van ervaring uit pilots (van voor de transitie) is de werkwijze van deze teams vanuit de praktijk vorm gegeven. De teams Jeugd & Gezin (J&G) zijn gepositioneerd in een organisatie die onafhankelijk is van de gemeente, Lokalis. De 18 buurtteams Sociaal worden aangestuurd door een andere organisatie, Incluzio. De toegang tot de aanvullende zorg is door de gemeente gemandateerd naar de beide buurtteamorganisaties. In juli 2018 is de opdracht wederom aan Lokalis en Incluzio gegund voor de periode 2019-2024 (uitbesteding via een subsidie). Er werken zo'n 550 professionals in de 18 buurtteams Sociaal en Jeugd. De buurtteams werken inmiddels naar tevredenheid van de klanten.[43]

De buurtteams Jeugd & Gezin vormen de spil in de getransformeerde jeugdzorg. Het is de taak van buurtteams soepel tussen de drie sporen (zie vorig paragraaf) te schakelen en ze te combineren bij het bieden van passende hulp. Gezinnen met kinderen en jeugdigen tot 18 jaar kunnen met hun vragen terecht bij een buurtteam J&G in hun buurt. Indien nodig wordt samengewerkt met het buurtteam Sociaal op dezelfde locatie. Buurtteams J&G bieden onder meer opvoedondersteuning, oudercoaching, schoolmaatschappelijk werk, ambulante gezinsbegeleiding, voor- en nazorg bij klinische/residentiële opname en gezinsbegeleiding bij psychische en psychiatrische aandoeningen (Gemeente Utrecht, 2014). Sinds 1 januari 2017 voeren ze ook (ambulante) crisishulp uit bij pedagogische crisissen. Buurtteams voeren zelf hulp uit én zetten waar nodig aanvullende hulp in en bewaken de samenhang van de hulp. Als méér nodig is dan kunnen zij aanbieders van aanvullende zorg consulteren, betrekken of zo nodig naar hen verwijzen.

De medewerkers van de buurtteams bieden generalistische zorg, met de nadruk op aansluiten op het gewone leven, uitgaan van eigen kracht en eigen regie, doen wat nodig is, preventief en buurtgericht werken en werken volgens het principe één gezin, één plan (Van Bon-Martens & Gilsing, 2018a).. Na de transitie waren twee belangrijke uitdagingen voor gezinswerkers: (1) zich van specialist naar generalist ontwikkelen, en (2) het bevorderen van de eigen regie en het versterken van het eigen oplossend vermogen van het gezin (interview gezinswerker en teammanager buurtteams).

[43] Klanten van het buurtteam J&G waardeerden de geboden hulp gemiddeld met een 8 in 2017 (Gemeente Utrecht, 2018e).

Triage en vraagverheldering

De buurtteams zijn verantwoordelijk voor 'triage' als jeugdigen of gezinnen aankloppen. In Utrecht wordt liever gesproken over het in kaart brengen van de zorgvraag en het op basis daarvan organiseren van passende zorg. Een belangrijke competentie van gezinswerkers is het kunnen signaleren en herkennen van problemen in gezinnen en deze hanteerbaar maken. Indien nodig wordt een huisarts geraadpleegd of met een specialist (een zorgaanbieder) overlegd; consultatie bieden in allerlei vormen is onderdeel van de afspraken met gecontracteerd zorgaanbieders. "Het is het specialisme van de generalist" om een juiste inschatting te kunnen maken, "dat je voldoende weet om tijdig iemand te kunnen raadplegen of goed door te verwijzen" (interview buurtteammedewerker).Casuïstiekbesprekingen in het buurtteam kunnen helpen bij (verbeteren van de competentie voor het) maken van een juiste inschatting.

In 2016 zijn stappen gezet door buurtteams en huisartsen voor verbetering van het beantwoorden van de zorgvraag, zodat cliënten de meest passende hulp krijgen. In dat jaar werd geconstateerd dat de vraag naar jeugdhulp flink was gegroeid ten opzichte van het voorafgaande jaar (al was 2015 een overgangsjaar en waren de zaken administratief nog niet helemaal op orde). De gestegen vraag werd niet alleen geweten aan de laagdrempelige hulp van het buurtteam (wat positief is), maar ook aan een mismatch tussen de ondersteuningsbehoefte en de ingezette jeugdhulp (Gemeente Utrecht, 2017). Dat laatste wil de gemeente aanpakken door verbetering van samenwerking tussen de basiszorg en de aanvullende zorg. Dit kreeg onder meer vorm in een Proeftuin Basiszorg Jeugd-GGZ.

De proeftuin Jeugd-GGZ werd tussen 2016 en 2018 in drie Utrechtse wijken (Leidsche Rijn, Ondiep en Binnenstad) uitgevoerd. Hier werkten huisartsen (van de stedelijke koepel van huisartsen), buurtteams J&G, en geïntegreerde eerstelijns gezondheidscentra samen om de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten gezamenlijk aan te pakken. Doel was de samenwerking tussen de sociale basiszorg (buurtteams) en medische basiszorg (huisartsen) voor jeugdigen met psychische klachten te versterken door: (1) een gezamenlijke visie te formuleren over het verlenen van de juiste zorg en ondersteuning aan jeugdigen met psychische klachten op het juiste moment, door de juiste hulpverlener en op de juiste plek, en (2) maandelijkse geanonimiseerde casuïstiekbesprekingen in de wijken om te onderzoeken wat helpende en belemmerende factoren zijn bij het verbeteren van de samenwerking tussen de medische en sociale basiszorg, zodat cliënten sneller de juiste en passende ondersteuning krijgen (Gemeente Utrecht, 2017, 2018e; Van Bon-Martens & Gilsing, 2018b). Het Trimbos-Instituut en Verwey-Jonker Instituut hebben de proeftuin begeleid in het kader van de Academische Werkplaats Jeugd Utrecht.

Door de pilot hebben huisartsen, POH'ers GGZ, jeugdartsen en gezinswerkers in de drie wijken elkaar beter leren kennen, begrijpen en waarderen, al "bleken ze nog niet altijd op één lijn te zitten". De casuïstiekbesprekingen hebben zinvolle aanbevelingen opgeleverd, met als een van de belangrijkste: dat het samen optrekken van de sociaal-medische basiszorg als team een gezamenlijke visie op basiszorg vereist en gezamenlijke intervisie om hulp te verbeteren (Van Bon-Martens & Gilsing, 2018b). De proeftuin heeft een impuls gegeven aan de samenwerking in de sociaal-medische basiszorg voor de jeugd in Utrecht. Zo is een stedelijk e-learning traject ontwikkeld ter ondersteuning van professionals om een gezamenlijk vertrekpunt op kennisniveau te creëren en willen betrokken organisaties de onderlinge samenwerking intensiveren (Gemeente Utrecht, 2018e).

Tijdens de Proeftuin Basiszorg - JGGZ gaven deelnemers uit de sociaal-medische basiszorg aan "dat zij soms over onvoldoende expertise beschikken om een goede beoordeling te kunnen maken over welke zorg het beste ingeschakeld kan worden" (Van Bon-Martens & Gilsing, 2018b). Zo was het niet bij iedereen bekend dat GGZ-aanbieders budget hebben voor consultatie door huisartsen, jeugdartsen en het buurtteam, vanuit de vierkant-bekostiging.

Wel gaven deelnemers aan de proeftuin JGGZ aan dat ze behoefte te hebben aan “een onafhankelijke specialist die ze kunnen laten meekijken en bij wie ze advies kunnen krijgen over waar een cliënt het beste terecht kan” (Van Bon-Martens & Gilsing, 2018b), terwijl die onafhankelijkheid niet altijd gewaarborgd is bij de gecontracteerde specialistische GGZ-aanbieders waar ze advies kunnen vragen.

Verbetering van de samenwerking van de sociaal-medische basiszorg met de specialistische jeugdzorg voor een betere vraagverheldering en verwijzing was een van de onderwerpen tijdens de bijeenkomsten van mei 2018 over de jeugd-GGZ in Utrecht. Daarbij ging het onder meer om het voorkomen van ‘door-doorverwijzingen’. Dit heeft te maken met het niet meteen goed beoordelen welke hulp nodig is of de gewoonte te verwijzen naar de paar organisaties die de verwijzer ‘in zijn hoofd heeft’. Ook vindt de gemeente dat bij acute hulp en diagnose, bijvoorbeeld bij suïcidaal gedrag, door partijen standaard wordt doorverwezen, zonder dat wordt overwogen een expert met kennis op gebied van suïcide te betrekken. Dit laatste heeft het voordeel dat de al lopende begeleiding door een betrokken psycholoog (en opgebouwde vertrouwensband) niet wordt onderbroken. Continuïteit van begeleiding door hulpverleners kan juist in dit soort situaties erg belangrijk zijn voor de jeugdige en het gezin (interview beleidsadviseurs gemeente Utrecht). De pilot buurtgerichte specialistische jeugdzorg, die ook mogelijkheden biedt voor het snel bijschakelen van de kennis rond suïcide, moet onder meer hiervoor een oplossing bieden (zie paragraaf 3).

Samenwerking met huisartsen

Veel verwijzingen naar aanvullende jeugdhulp, en vooral naar de jeugd-ggz, lopen via de huisartsen (52% van de verwijzingen door de huisarts en 22% door buurtteams in 2017) (Gemeente Utrecht, 2018e). Sinds 2016 wordt geïnvesteerd in verbetering van de samenwerking tussen buurtteam en huisartsen met het oog op een goede vraagverheldering. De financiële Impuls J-GGZ in 2016 werd tevens benut voor versterking van samenwerking tussen buurtteams, huisartsen en jeugd-GGZ aanbieders, onder meer met de boven beschreven Proeftuin Jeugd-GGZ in drie wijken. De impuls werd in de overige wijken benut om per wijk afspraken te maken tussen buurtteams en huisartsenpraktijken over versterking van de samenwerking, variërend van het realiseren van korte lijntjes om elkaar snel te vinden indien nodig, tot het enkele dagdelen per week ‘kantoor houden’ van gezinswerkers in de praktijk van huisartsen (Gemeente Utrecht, 2017). In 2017 startte de gemeente met het faciliteren van wijkgesprekken waar buurtteammedewerkers, huisartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in de wijk elkaar ontmoetten om kennis te maken en samen actiepunten te formuleren voor verbetering van samenwerking en het gezamenlijk aanpakken van specifieke wijkproblematiek (Gemeente Utrecht, 2018e).

Het aandeel verwijzingen naar specialistische jeugdhulp door huisartsen bleef in 2017 vergelijkbaar met dat van 2016 (zo’n 52% van de verwijzingen), terwijl het aandeel van verwijzingen naar specialistische jeugdhulp door buurtteams afnam (van 29% in 2016 naar 22% in 2017) (Gemeente Utrecht, 2018e). Omdat huisartsen aangaven behoefte te hebben aan ondersteuning bij het doen van een goede triage, is de gemeente in samenspraak met de huisartsen en de buurtteams bezig om expertise meer aan de voorkant te organiseren (interview met adviseur kwaliteit, plannen en verantwoording buurtteams).Tijdens bijeenkomsten in mei 2018 over de jeugd-GGZ werd door huisartsen aangegeven dat ze tijdens een consult te weinig tijd hebben voor het zoeken naar een passende, integrale oplossing voor kinderen. De vraag werd toen gesteld: kan het buurtteam of een specialist de huisartsen hierbij ondersteunen? (interview beleidsadviseurs gemeente) De gemeente is hierover met de huisartsen in gesprek gegaan en op basis daarvan zijn sinds begin 2019 enkele praktijkvarianten gestart in verschillende wijken. Drie varianten worden uitgeprobeerd:

1. in twee wijken werken huisartsenpraktijken met een POH-GGZ Jeugd;
2. in twee wijken werken gezinswerkers van de buurtteams enkele dagdelen bij een huisartsenpraktijk;

3. in twee wijken met specialistische Extr@Utrecht teams werken medewerkers van deze teams enkele dagdelen bij een huisartsenpraktijk (of zijn ze beschikbaar).

Voor de zomer van 2019 is een leermoment gepland om terug te blikken en te leren van de verschillende varianten. Er hoeft niet persé een keuze gemaakt te worden; per huisartsenpraktijk kan een andere oplossing het best werken.

Samenwerking met de sociale basis

De buurtteams werken aan buurt-, c.q. schoolagenda's. Deze worden met partners gedeeld en verder uitgewerkt. De partners variëren per buurt, maar het gaat in ieder geval om scholen, JGZ, huisartsen en sociaal makelaars (Gemeente Utrecht, 2018e). Elke buurtteammedewerker is gekoppeld aan een basis en/of middelbare school; buurtteammedewerkers worden nu sneller erbij gehaald om mee te denken met scholen. Toch is ondanks die inspanningen in bepaalde wijken nog steeds een groeiende vraag naar diagnostiek (o.a. ADHD), mede door druk vanuit scholen (interview GGZ-specialist bij een Extr@Utrecht team). Indien ouders met zo'n verzoek bij het buurtteam en/of Extr@Utrecht team komen, gaat deze in gesprek met de ouders en de school. Wat is de vraag achter de vraag? Gaat het om extra ondersteuning bij het gedrag in de klas, of zijn er ook problemen thuis? De verbinding met onderwijs wordt meegenomen in de doorontwikkeling van buurtgerichte specialistische jeugdhulp (Gemeente Utrecht, 2019).

Buurtteams werken ook samen met de jeugdgezondheidszorg. Zo werken professionals van de JGZ en het buurtteam in 2019 aan het opzetten van drie pilots groepsgerichte aanpak bij thema's die aansluiten bij de vragen van ouders uit de wijk. De pilots vinden plaats in enkele wijken (o.a. Ondiep, Pijlsweerd en Vleuten) op de thema's: voorkomen schooluitval, (v)echtscheidingen en grenzen stellen binnen de opvoeding (Gemeente Utrecht, 2019).

Passend alternatief

Verwijzers dienen cliënten in principe te verwijzen naar aanbieders die een contract met de gemeente hebben. Wanneer de verwijzer geen passend alternatief binnen het gecontracteerde aanbod kan vinden, kon de verwijzer (tot mei 2019) de casus anoniem voorleggen aan de Commissie Passend Alternatief. Dit was een commissie van professionals vanuit de verwijzers die het College van Burgemeester en Wethouders vertegenwoordigt. Als de commissie vond dat er in het gecontracteerde aanbod geen passend aanbod was, dan vergoedde de gemeente de ondersteuning buiten het gecontracteerde aanbod of de werd de contractwaarde van de gecontracteerde aanbieder die zijn budgetplafond bereikt had verhoogd. Het aantal ingediende verzoeken bij de Commissie Passend Alternatief daalde van 560 in 2017 naar 241 in 2018 (Gemeente Utrecht, 2018e, 2019. Per 1 mei 2019 is de commissie samengevoegd met de maatwerkroute en is deze belegd bij de verwijzende organisaties om zo nog meer recht te doen aan de leidende principes van 'ruimte voor de professionals om te doen wat nodig is' en 'administratieve eenvoud' ("Zorgprofessionals.utrecht.nl,"). Zodoende is het leren en maatwerk ook op dit punt naar de professionals aan de voorkant gehaald.

3. Samenwerking basiszorg en GGZ-specialisten

Stapsgewijze transformatie aanvullende zorg voor de jeugd

De transformatie van de jeugdzorg wordt stapsgewijs vormgegeven, van de transitie van de jeugdzorg, via de transformatie van de basiszorg, naar de stapsgewijze transformatie van de aanvullende zorg. Sinds de transitie heeft de gemeente aanvullende jeugdzorg ruimte gegeven om te doen wat nodig is via een taakgerichte bekostigingssystematiek die hier ruimte voor geeft en via de praktijk leidend te laten zijn in de transformatie.

Ondertussen is er voldoende duidelijkheid over de gewenste specialistische zorg aanvullend op de basiszorg van buurtteams (en huisartsen) en is er gestart met een uitvraag die voortborduurt op de praktijk, uitkomsten van pilots, maatwerktafels enz. De gemeente streeft naar het maken van meerjarige afspraken met aanbieders die hun plek in het Utrechtse zorglandschap hebben gevonden. Zulke afspraken zijn al gemaakt met de Buurtteams en SAVE (De buurtgerichte SAVE-teams - Samen werken aan Veiligheid - voeren de jeugdbescherming en jeugdreclassering uit, in samenwerking met buurtteams). Per 1 januari 2020 zal ook de aanvullende zorg voor jeugd anders zijn georganiseerd.

Een stapsgewijze transformatie moet enerzijds ruimte en flexibiliteit bieden voor innovatie en creativiteit, en aan de andere kant de risico's voor de gemeente en de partners beheersbaar houden. Bij de keuzes bij de doorontwikkeling van het zorglandschap zijn de leidende principes steeds richtinggevend, is het van belang dat alle betrokken partijen met elkaar blijven leren (co-creatie, maatwerktafels, kenniskringen, kwartaalgesprekken e.d.), is participatie van cliënten nodig voor kwaliteitsverbetering en worden relevante monitoringsgegevens gebruikt voor het effectief en efficiënt vormgeven van de transformatie (Gemeente Utrecht, 2016).[44]

Knelpunten in de samenwerking met de aanvullende zorg inclusief jeugd-GGZ

Vanaf 2016 is gewerkt aan de transformatie van de aanvullende (specialistische) jeugdhulp volgens de leidende principes van het Utrechtse model. De gemeente heeft geïnvesteerd in het verbeteren van de samenwerking tussen basiszorg (buurtteam, huis-en jeugdartsen) en aanvullende zorg vanuit het idee dat een aanbieder van aanvullende zorg zich waar mogelijk beperkt "tot het toevoegen van zijn specifieke expertise of kunde", en hij niet altijd de volledige begeleiding van het buurtteam hoeft over te nemen (Gemeente Utrecht, 2017). Dat is onder meer bevorderd door regelmatig overleg over geanonimiseerde casussen tussen buurtteam en specialistische jeugdhulp aanbieders. Ondanks overeenstemming tussen de gemeente en partners in de basis- en aanvullende zorg over de ontwikkelingsrichting en visie, lukte het niet om in de praktijk de ambulante specialistische hulp (inclusief specialistische jeugd-GGZ) anders in te zetten zodat integrale zorg werd geleverd, afgestemd op het kind, het gezin, de basiszorg en de omgeving. Volgens de gemeente komt dit doordat:

- De specialistische jeugdhulp niet wijkgericht wordt aangeboden. Ze is over het algemeen niet op wijkniveau georganiseerd en dat belemmert de samenwerking met de basiszorg. Er wordt niet gewerkt als een team en expertises die nodig zijn voor jeugdhulp zijn versnipperd georganiseerd. Er wordt te weinig samengewerkt tussen organisaties om die zorg te bieden die nodig is (interview beleidsadviseurs). In plaats van na elkaar werken (volgordelijk) wil de gemeente dat er rondom een gezin wordt samengewerkt.
- Het aanbod van de specialistische jeugdhulp versnipperd en sectoraal georganiseerd is en te ver af staat van de leefwereld van de kinderen, jeugdigen en gezinnen.
- Aanbieders van aanvullende zorg veelal in afgebakende gebieden werken, waardoor alleen dat deel van het probleem wordt aangepakt dat in het betreffend hokje past (bijv. ADHD), terwijl de vraag van het gezin vaak breder is (interview kwartiermaker pilot). Samenwerking vereist een cultuursomslag, voorbij het hokjesdenken. Specialisten moeten leren met generalisten samen te werken en kennis te delen (interview grote specialistische GGZ-aanbieder 2).

Hoewel de jeugd-GGZ in beleidsnota's niet (meer) apart wordt onderscheiden, krijgt het af en toe bijzondere aandacht vanwege de stapsgewijze transformatie. In 2018 heeft de gemeente samen met aanbieders van veelvoorkomende JGGZ en partners uit de basiszorg verschillende bijeenkomsten georganiseerd, omdat bleek dat niet alle jeugdigen en gezinnen in de stad tijdig passende jeugd-GGZ ontvangen.

---

[44] Deze elementen en hun relaties tot elkaar vormen het zogenaamde model van Simons dat de gemeente hanteert voor opdrachtgeverschap en sturing, zie paragraaf 4

Deze gesprekken werden gevoerd vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid om passende zorg op het juiste moment door de juiste hulpverlener op de juiste plek te bieden. Tijdens de bijeenkomsten kwamen verschillende vraagstukken aan bod rondom de rol van de huisartsen, de samenwerking tussen de buurtteams en aanvullende zorg, wachtlijsten, integraliteit, de relatie tot het onderwijs, overeenstemming over doel en afronding van het traject, en door-doorverwijzingen (interview beleidsadviseurs). De jeugd-GGZ wordt door de gemeente benaderd als een expertise die onderdeel is van de aanvullende zorg, maar waarbij de huidige institutionele organisatie niet heilig is. Het adagium is: de inhoud (en de cliënt) moet leidend zijn, niet het systeem.

Extr@Utrecht

De pilot Extr@Utrecht moet input leveren voor een volgende stap in het proces om de specialistische jeugdhulp buurtgericht te organiseren. Het streven is de aanvullende jeugdhulp "eenvoudiger, minder versnipperd en in samenhang", in de eigen buurt en "zo thuis als mogelijk" te organiseren (Gemeente Utrecht, 2018b, 2018d). In september 2017 zijn twee Extr@Utrecht teams gestart in samenwerking met aanbieders van specialistische jeugdhulp, huisartsen, jeugdartsen en buurtteams, in twee wijken (Leidsche Rijn en Zuilen). In oktober 2018 werd de pilot uitgebreid naar twee andere wijken (De Meern en Vleuten).

De vier wijken/buurten zijn mede gekozen vanwege verschillende profielen en hulpvragen en in samenspraak met de partners in de basiszorg. Leidsche Rijn, Vleuten en De Meern (Vleuten en De Meern vormen samen een van de 10 Utrechtse wijken) zijn wijken/buurten met in verhouding veel kinderen, dit in tegenstelling tot Zuilen (een buurt van de wijk Noordwest). De top drie van aandachtspunten voor de teams J&G in de buurten/wijken verschilt: in Zuilen betreft het problemen die samenhangen met (problematische) schulden, LVB en laaggeletterdheid en kwetsbare gezinnen met meervoudige vraagstukken, terwijl het in Leidsche Rijn, Vleuten en De Meern opvoedvragen en vragen die te maken hebben met complexe echtscheidingen veel voorkomen (Lokalis, 2018). Deze verschillen komen terug in de hulpvragen aan de basiszorg en aan de Extr@Utrecht teams: zo zijn er in Leidsche Rijn meer vragen over diagnostiek, in Zuilen meer vragen die verband houden met bredere gezinsproblematiek (Gemeente Utrecht, 2018a). Er is gekozen voor uitbreiding naar De Meern en Vleuten omdat in deze wijken het jeugd-GGZ-gebruik door kinderen hoger is dan in veel andere Utrechtse wijken. De teams zijn qua expertise en grootte samengesteld op basis van de vragen die spelen in de buurt en op basis van het aantal gezinnen/jeugdigen in de buurt.

Een kwartiermaker is aangesteld om de pilot te ontwikkelen en het veranderproces te begeleiden. Per buurt zijn profielen opgesteld van benodigde kennis en competenties in afstemming met de buurtteams en huisartsen. "In de ene buurt is bijvoorbeeld meer behoefte aan een systeemtherapeut, terwijl in een andere buurt een GZ-psycholoog als eerste werd genoemd" (interview kwartiermaker). Daarna werd bepaald hoeveel fte aan specialistische zorgt nodig was in elk van de wijken. "Vervolgens kwam de zoektocht naar de professionals die het buurtgericht werken in de praktijk verder wilden ontwikkelen. In een bijeenkomst met alle partijen is een waslijst aan kwaliteiten geïnventariseerd waaraan de professionals in de pilot moeten voldoen. Het gaat om een combinatie van ervaring, deskundigheid, opleiding en zin in vernieuwen en over grenzen heen kijken" (interview kwartiermaker). Professionals konden zich vanuit de gecontracteerde zorgaanbieders en vrijgevestigden aanmelden.

Het samenstellen van de specialistische teams was maatwerk: een juiste mix van benodigde disciplines en expertisegebieden, maar ook personen die goed met elkaar matchen, elkaar aanvullen en kunnen samenwerken (interview jeugd-GGZ specialist Extr@Utrecht-team). Niet alleen specialisten zijn nodig, maar ook mensen die breder kunnen kijken: “want je ziet als specialist toch eerst de problematiek waar je eigen expertise ligt, terwijl het probleem soms veel breder is” (idem). Volgens het geïnterviewde lid van het Extr@Utrecht-team is het in belangrijke mate de verdienste van de kwaliteiten van de kwartiermaker dat de samenstelling van de Extr@Utrecht-teams goed is gelukt. De pilot is samen met de aanvullende zorg- en basiszorgpartijen - inclusief buurtteam, huisartsen en JGZ - ontwikkeld en gerealiseerd.

De multidisciplinaire Extr@Utrecht-teams bieden buurtgerichte jeugdhulp volgens de uitgangspunten: snel beschikbaar, dichtbij, passend bij de hulpvraag, integraal (kijkend naar alle leefgebieden), aansluitend op de basiszorg en gericht op het vergroten van de weerbaarheid van kinderen, jongeren en hun ouders (Eijk & Spaans, 2018). De teams bestaan uit 6 tot 12 jeugdhulpspecialisten, zoals GZ-psychologen, gezinsbehandelaren, orthopedagogen, psychotherapeuten, kinder- en jeugdpsychiaters en systeemtherapeuten. Ze bieden jeugd- en opvoedhulp, basis- en specialistische GGZ en behandeling aan kinderen met een beperking. Sommigen werken deeltijds, anderen fulltime in het team; allen blijven gedurende de pilotfase in dienst van hun organisaties. De buurtteams en Extr@Utrecht-teams zitten bij voorkeur op dezelfde locatie; in Zuilen zit het specialistische team bij de JGZ/consultatiebureau. Dat zorgt ervoor dat ze makkelijk bij elkaar kunnen binnenlopen. Ook is er maandelijks overleg met huisartsen, JGZ en het buurtteam om te bespreken wat goed gaat en wat beter kan in de samenwerking.

Er is geen vast stramien waarop de basiszorg specialisten kan betrekken in de wijk. De buurtteammedewerker, huisarts of jeugdarts kan specialisten direct betrekken bij de inzet van hulp in het gezin voor consult of behandeling, of indirect door anoniem mee te laten denken of door *coaching on the job* (Gemeente Utrecht, 2018e, p. 32). Specialisten van de pilotteams vragen steeds aan de buurtteammedewerkers, huisartsen of jeugdverpleegkundigen: “Wat heb je aanvullend van mij als expert nodig en hoe kan ik een betekenisvolle bijdrage leveren aan de zorg en ondersteuning van het kind, de jongeren en het gezin?” (VNG, z.j.) “Doordat je elkaar goed kent en in de zelfde wijk zit, kan de samenwerking makkelijker besproken en gerealiseerd worden, en is die veel persoonlijker, met vragen als: hoe gaan we dit aanpakken samen, waar ligt jouw expertise?” (interview jeugd-GGZ-specialist uit Extr@Utrecht team). Soms is het voldoende als specialisten de buurtteammedewerker adviseren over de aanpak, zodat zij weer verder kunnen. Er wordt niet meer gesproken over ‘aanbod’, maar over ‘doen wat nodig is’ (interview team/programmaleider buurtteams). Van tevoren wordt afgesproken - samen met de cliënt - wanneer de behandeling klaar is en wat de doelen zijn, zodat de verwachtingen duidelijk zijn. Doordat specialisten erbij worden gehaald en niet wordt doorverwezen, zijn er weinig problemen met wachttijden.

De pilot zou ook werken in crisissituaties, volgens de geïnterviewde kwartiermaker en de jeugd-GGZ specialist uit het Extr@Utrecht team. Dan is het belangrijk om niet meteen in een reflex het kind te laten opnemen, omdat dit vaak niet goed is voor het kind. Er zijn allerlei tussenvormen tussen wel of niet opnemen. Zo heeft een keer een medewerker van de aanvullende zorg bij het gezin thuis geslapen om te zorgen dat het kind niet (meteen) hoefde te worden opgenomen. Een van de oogmerken van buurtgerichte specialistische jeugdhulp is voorkómen van uithuisplaatsing. Als het echt niet gaat, kunnen jongeren naar crisisplek of time-out plek. In de toekomst wil de gemeente naar zoveel mogelijk gezinsgerichte verblijfsvormen en eventueel time-out plekken in de wijk. Meer in het algemeen wordt verkend hoe jeugdhulp met verblijf meer buurtgericht georganiseerd kan worden, zoals in de vorm van gezinshuizen of tijdelijke verblijfsvormen (Gemeente Utrecht, 2018e).

Ervaring met en eerste resultaten van Extr@Utrecht pilot

De ervaringen van betrokkenen bij de pilot zijn positief. Volgens de geïnterviewde klinisch psycholoog die werkzaam is in een Extr@Utrecht-team is het een efficiënte manier van werken. Het is eenvoudiger om op huisbezoek te gaan, maar ook kunnen cliënten ervoor kiezen op het kantoor in hun buurt te komen; dat laatste heeft vaak de voorkeur van adolescenten. De samenwerking met ander specialisten, buurtteammedewerkers, huisartsen, jeugdverpleegkundigen, consultatiebureauartsen en scholen gaat makkelijker en beter, omdat je in de buurt zit en elkaar kent. Hierdoor neemt het onderling vertrouwen toe en kan snel geschakeld worden. Zo kan ze vaak snel aansluiten bij een consult van een huisarts, bijvoorbeeld als die een jeugdige heeft die aangeeft een einde aan zijn leven te willen maken of als die een ouder met een kind op consult heeft waarbij het kind niet op de ouder reageert. Elk voordeel heeft ook zijn nadeel: doordat de specialist makkelijk bereikbaar is en huisartsen, scholen en buurtteammedewerkers haar steeds beter weten te vinden, raakt de agenda snel vol en is er minder tijd voor telefoontjes en gesprekken tussendoor. Het vraagt ook scherpte om alleen dat toe te voegen dat nodig is. Positief is volgens de geïnterviewde GGZ-specialist ook dat zij als professional alle vertrouwen krijgt van de gemeente. Zij kan zelf bepalen hoeveel tijd nodig is per gezin en voor een bepaalde behandeling; ze hoeft niets te registreren of te verantwoorden. Om zo te pionieren moet je wel flexibel en inventief zijn en over organisatievermogen beschikken. Bovendien is de feedback en steun van collega's in het specialistisch teams van belang om scherp te blijven. De betrokkenheid en het creatief meedenken van de beleidsadviseur van de gemeente wordt gewaardeerd door de geïnterviewde GGZ-specialist. Als iets niet lijkt te werken op de wijze waarop het is georganiseerd, dan vraagt de beleidsadviseur zich af: kan het anders worden georganiseerd? Niet de organisatie, maar de inhoud is leidend.

Deze manier van samenwerken stelt nieuwe eisen aan jeugdhulpspecialisten. De structuur en houvast die het werken in een grote GGZ-organisatie biedt, verdwijnt bij het werken in zo'n team. Terwijl in een grote GGZ-organisatie wordt gedacht in termen van disciplines en hiërarchie ("die is hoofdbehandelaar, dus die heeft het voor het zeggen") en het hokjesdenken soms sterk is, moet een specialist in een Extr@Utrecht-team dit helemaal loslaten. "In zo'n team word je beoordeeld op je ervaring en deskundigheid en wat je in een specifiek geval voor de ander kan betekenen, niet op je status. Als klinisch psycholoog heb je het dan niet zonder meer voor het zeggen. Gelijkwaardigheid is het uitgangspunt, ook als je met een buurtteammedewerker samenwerkt. Dat vereist flexibiliteit en niet-hiërarchisch denken" (interview jeugd-GGZ specialist Extr@Utrecht). Samenwerking met de basiszorg wordt door sommige specialisten ervaren als een bedreiging voor hun identiteit als deskundige (interview leidinggevende grote GGZ-aanbieder 2). Het roept allerlei vragen en onzekerheden op, bijvoorbeeld over het delen van informatie en respect voor privacy (idem). De geïnterviewde GGZ-specialist ziet overigens ook risico's bij deze manier van werken. Cliënten hebben geen keuzevrijheid meer wat betreft de organisatie van aanvullende zorg. De keuzevrijheid krijgt in ieder geval een andere vorm: cliënten kunnen wel kiezen tussen de verschillende specialisten van het specialistisch team. Dit vraagt van cliënten een andere wijze van kiezen dan hoe de zorg nu is georganiseerd. Een nadeel voor de jeugdhulpspecialist is dat je weinig vakgenoten ziet. Hoe kan je als specialist je vakinhoudelijke ontwikkeling op peil houden? Daarvoor blijft volgens de geïnterviewde professional de 'eigen' GGZ-organisatie van belang: ze heeft ze zich aangesloten bij een intervisiegroep van psychotherapeuten bij haar organisatie.

De pilot wordt ook positief beoordeeld door geïnterviewde leidinggevenden van een tweetal grote GGZ-aanbieders. Het positieve van de Extr@Utrecht teams is volgens hen dat de zorg meer bij de professionals wordt gelegd; daardoor zijn er minder managers nodig. Door de integrale, sectoroverstijgende manier van werken krijgt de getransformeerde jeugdzorg daadwerkelijk vorm. Het wordt gewaardeerd dat de gemeente deze verandering in partnerschap en in dialoog heeft ontwikkeld en geïmplementeerd.

De leidinggevende van een grote GGZ-aanbieder (aanbieder 1) wijst ook op enkele risico's: de eerder genoemde beperktere keuzevrijheid van cliënten tussen organisaties, en dat er voor hulpverleners (en organisaties) in specialistische teams geen concurrentie in de wijk is en dus ook geen 'trigger' om het steeds beter te doen.

De eerste resultaten van de pilot zijn beschreven in 'Leeropbrengsten pilot buurtgerichte specialistische jeugdhulp', bij de Memo van 21 september 2018 (Gemeente Utrecht, 2018a). Cliënten blijken over het algemeen positief over de ontvangen hulp. Met hen zijn gesprekken en bijeenkomsten georganiseerd. De professionals die meewerken aan de pilot zien de meerwaarde ervan in: geen last van belemmerende kaders en regels (zoals DSM-classificatie en een vaste duur van trajecten), betere samenwerking met partners in de buurt, betere aansluiting op de situatie in de buurt, mogelijkheid om breder naar een hulpvraag te kijken en minder doorverwijzen van instelling naar instelling. Nadelen zijn het oplopen van de werkdruk door de grote vraag naar specialistische jeugdhulp en de tijd die gaat zitten in samenwerking met partners in de buurt. Ook de buurtteams, huisartsen en anderen uit de basiszorg zijn positief over de pilot. Door samenwerking zijn ze meer bekend met elkaar, kunnen ze makkelijker overleggen, betere aansluiting realiseren tussen basishulp en specialistische hulp en moeilijk bereikbare groepen worden beter bereikt. Wel geven huisartsen aan zich niet altijd optimaal te kunnen inzetten voor de pilotteams en samenwerking in de wijken vanwege hun hoge werkdruk (Gemeente Utrecht, 2018a).

Specialistische jeugdpsychiatrie

Door de pilot wordt tevens duidelijk welk specialisme op wijkniveau georganiseerd kan worden en welke op een ander schaalniveau, omdat het minder vaak voorkomt. Het gaat hier om de vraag welke kennis (en welke capaciteit) op welk niveau beschikbaar moet zijn. Zo lijkt het passender om op stadsniveau kennis over eetstoornissen (anorexia enz.) en verslavingszorg te organiseren. Sommige zeer specialistische kennis kan alleen op bovenregionaal niveau worden georganiseerd. Zo was de geïnterviewde GGZ-specialist betrokken bij een specifieke vraag (een kind met genderdysforie) waar in Utrecht geen expertise voor beschikbaar is. Ze heeft contact gezocht met een specialist in Amsterdam. Deze vond haar capabel voor de behandeling, maar wel onder zijn supervisie. Daarvoor heeft hij een kennismodule ontwikkeld. De ouders werd de keuze gelaten en zij kozen voor de optie van behandeling door de specialist uit het Extr@Utrecht-team onder supervisie, omdat ze met haar al een vertrouwensrelatie hadden opgebouwd. Een dergelijke specifieke expertise kan op deze wijze goed op wijkniveau geboden worden. Dit is echter niet mogelijk voor behandeling in een kliniek of groep. Groepsgewijze behandeling (bijv. voor jongeren met persoonlijkheidsproblematiek) kan niet altijd op wijkniveau met voldoende cliënten worden georganiseerd. Maar dan kan het soms wel met enkele wijken samen of op stadsniveau. Deeltijdbehandeling voor bijvoorbeeld kinderen met autisme kan bijvoorbeeld niet op wijkniveau worden georganiseerd. (interview jeugd-GGZ-specialist Extr@Utrecht-team)

Wachtlijsten

Utrecht streeft naar verkorten van de wachttijden voor buurtteams. De wachttijden voor een eerste kennismakingsgesprek bij een buurtteam is afgenomen van gemiddeld 12,6 werkdagen in 2015 naar 5,8 werkdagen in 2018 (Gemeente Utrecht, 2019). Dit is mede gerealiseerd door meer gezinswerkers aan te trekken (Gemeente Utrecht, 2018e).

Ook voor de aanvullende zorg blijft het zoeken naar hoe alle betrokkenen er gezamenlijk voor kunnen zorgen dat jeugdigen en gezinnen tijdig de juiste zorg ontvangen. Tijdens de eerdergenoemde bijeenkomsten van mei 2018 over de jeugd-GGZ kreeg ook het thema wachtlijsten aandacht.

De term ‘wachtlijst’ past volgens de gemeente minder goed bij de getransformeerde jeugdzorg, omdat het dan gaat om de vraag hoe op het juiste tijdstip passende zorg te bieden: soms snel, soms kan het wachten, soms (eerst) lichte hulp, soms meteen ‘zware’ hulp. Wachtlijsten ontstaan ook door door-doorverwijzingen. Op basis van het berichtenverkeer werd geconstateerd dat te vaak verwijzingen na elkaar volgen: doorverwijzingen van de ene aanvullende hulpaanbieder naar de andere aanvullende jeugdhulpaanbieder. Dat is onwenselijk, in de eerste plaats voor het kind. Het doel moet zijn om meteen de juiste expertise in te zetten: First time right! (interview beleidsadviseurs gemeente Utrecht) Wachtlijsten hebben ook te maken met krapte binnen de budgets van gecontracteerde aanbieders. In 2018 zijn stappen gezet om dat te voorkomen, door in gesprek te gaan met verwijzers, partijen uit de basiszorg en door aanvullende zorgpartners te stimuleren helder te werken met een (uitstroom)perspectief bij de inzet van specialistische zorg (dus de vraag te stellen: wanneer zijn we tevreden?) (Gemeente Utrecht, 2018e). Vooral de wachtlijsten voor het bovenregionale en landelijke aanbod blijven een probleem. Daardoor is het soms niet mogelijk om snel te handelen in crisissituaties als opname nodig is (interview grote GGZ-aanbieder 1).

Inkoop en bekostiging om samenwerking te versterken

Naast de ontwikkeling van nieuwe organisatievormen vereiste de ontwikkeling van passende vormen van financiering en bekostiging aandacht (Gemeente Utrecht, 2016). De gemeente is een zelfstandige jeugdhulpregio en hoeft de inkoop niet af te stemmen met andere gemeentes. Op bovenregionaal niveau stemt de gemeente haar beleid af met de overige vijf jeugdhulpregio’s in de provincie Utrecht. Op dit niveau worden specialistische vormen van jeugdhulp ingekocht zoals residentiele jeugdhulp jeugdbescherming, jeugdreclassering en Veilig Thuis (Gemeente Utrecht, 2016).

De gemeente heeft momenteel contracten lopen met zo’n 100 zorgaanbieders (30 grotere jeugdhulpaanbieders en zo’n 70 kleine en vrijgevestigde aanbieders) (Gemeente Utrecht, 2016).. In 2015 en 2016 werd het jeugdhulpbudget van de gemeente verdeeld onder de aanbieders op basis van historische cijfers, met een korting vanuit het rijk. Met kleine aanbieders worden individuele contracten afgesloten op basis declaratie van geleverde ondersteuning en zorg (inspanningsbekostiging). Voor grotere aanbieders hanteert Utrecht een taakgerichte bekostiging, ook wel vierkantbekostiging genoemd, op grond van een of meer van de vier globale zorgcategorieën (specialistische ondersteuning, residentiele hulp, gezinsvervanging en crisiszorg). Aanbieders krijgen een *lump sum*, een vast bedrag per jaar om hulp te bieden en een afspraak over het aantal cliënten (een taak voor een deelpopulatie: een afspraak over het behandelen van een minimum aantal cliënten voor een overeengekomen vast budget. De taakgerichte bekostiging is dus een vorm van populatiebekostiging (i-Sociaal Domein, z.j.; VNG, 2015).[45] De hoogte van het budget per zorgcategorie wordt bepaald op basis van monitorgegevens in combinatie met verwachte ontwikkelingen op basis van de signalen en ervaringen vanuit cliënten en buurtteams. De aanbieder kan het bedrag flexibel inzetten en hoeft niet meer per cliënt te declareren en te verantwoorden. Deze taakgerichte bekostiging wordt gecombineerd met een acceptatieplicht; als een aanbieder er niet aan kan voldoen, heeft ze de plicht te zorgen voor een passend alternatief voor de cliënt bij een andere aanbieder. Voordelen van deze wijze van financiering zijn de relatief lage administratieve lasten, dat aanbieders het budget flexibel kunnen inzetten om te ‘doen wat nodig is’, te vernieuwen en samen te werken met andere aanbieders, en dat het uitgaat van vertrouwen (Gemeente Utrecht, 2018c; VNG, 2015).

Ruimte voor de professional is een van de leidende principes van Utrecht. Mede daarom heeft de gemeente toen ze de contracten met aanbieders overnam in 2015 de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-systematiek losgelaten.

[45] Enkele andere gemeentes die werken met de taakgerichte variant zijn Alphen aan de Rijn en Lelystad.

Het stellen van een diagnose is niet langer nodig voor financiering en start van zorg, maar alleen indien helpend. Het bleek in het begin moeilijk om organisaties volgens een andere systematiek te laten werken, vooral grote hulpaanbieders die ook voor andere gemeentes en voor volwassenen werken (via verzekeraars). De gemeente wil professionals ruimte bieden om te doen wat nodig is en aandacht te hebben voor de context en leefwereld van de jeugdige en het gezin (interview beleidsadviseurs gemeente Utrecht).

Binnen het bovengenoemde financiële kader zijn afspraken gemaakt met aanbieders over transformatieopgaven en is gezocht naar meer flexibiliteit, om beter te kunnen aansluiten bij de vraag van de cliënt (Gemeente Utrecht, 2016, p, 10 e.v.).. Ook heeft het beperken van de administratieve lasten de aandacht. Daarom wordt aan aanbieders gevraagd slechts de meest relevante (dus beperkte) informatie aan te leveren via het berichtenverkeer en worden kwartaalgesprekken gevoerd met de aanbieders aan de hand van cijfers en ervaringen (van cliënten o.a.), om zo samen de cijfers te duiden.

Inkooptraject van af 2020

De pilot Extr@Utrecht levert input voor het formuleren en aanscherpen van de uitvraag voor de inkoop van aanvullende jeugdzorg vanaf 2020. Voor 1 januari 2020 moet het grootste deel van de aanvullende zorg voor Jeugd opnieuw worden uitgevraagd. De pilot heeft het inzicht vergroot in de mogelijke bijdrage van het op buurtniveau en integraal organiseren van specialistische jeugdhulp.

De gemeente zoekt zorgpartners die vanaf 1 januari 2020 deze opgaven in de praktijk kunnen brengen, en wil hierbij ook vrijgevestigden inzetten. De gemeente kiest ervoor om de aanbesteding verder uit te werken in dialoog met aanbieders die door de selectie zijn gekomen, en door jongeren, ouders, het onderwijs, de jeugdgezondheidszorg, huisartsen, SAVE-teams en buurtteams J&G erbij te betrekken. De gemeente hoopt uiterlijk 1 juli 2019 de zorgpartners te selecteren, zodat er voldoende tijd is voor een goede overgang naar de nieuwe situatie. De nieuwe zorgpartner(s) moet de verschillende expertises in huis hebben om antwoord te kunnen geven op alle aanvullende zorgvragen. Vanaf 1 januari 2020 moeten voor alle Utrechtse kinderen en gezinnen specialistische teams voor jeugdhulp in de buurt aanwezig zijn voor het bieden van de meest voorkomende specialistische jeugdhulp. Zo wil de gemeente zorg dicht bij huis organiseren, op maat en overzichtelijk (Gemeente Utrecht, 2018c).

Ervaringen van aanbieders

De twee geïnterviewde (inhoudelijk) leidinggevenden van twee specialistische GGZ-aanbieders (een ervan is ook betrokken bij de pilot) waren beide positief over de wijze waarop de gemeente Utrecht de transformatie vormgeeft. “Utrecht toont lef en heeft ambitie”. Ze waarderen het dat Utrecht in partnerschap het zorglandschap transformeert en ambtenaren van deze gemeente niet te veel op de stoel van de deskundige gaat zitten. De transformatie heeft voordelen opgeleverd voor betere samenwerking, zorg dichterbij en snellere afschaling. Zoals boven aangeduid zijn ze beide positief over de pilot buurtgerichte specialistische zorg.

De geïnterviewden wijzen ook op enkele nadelen en vooral extra kosten die de transformatie voor grote GGZ-aanbieders met zich meebrengt. Deze bezwaren gelden in het algemeen voor hun contracten en contracten met gemeentes en regio’s, en dus niet specifiek voor Utrecht. Bovendien zijn het alleen ervaringen van grote (landelijke of bovenregionale) zorgaanbieders. Betrokkenheid bij de transformatie door mee te doen aan allerlei overleggen en meedenken met de verschillende gemeentes kost veel extra tijd, die in het algemeen niet of nauwelijks wordt bekostigd, en die ten koste gaat van behandeltijd. Bovenal gaat er veel tijd zitten in het opmaken van contracten voor verschillende opdrachtgevers, het aanleveren van gegevens voor de verantwoording die per gemeente verschillen, contacten leggen met lokale teams die in elke gemeente weer anders zijn georganiseerd en nagaan hoe ermee kan worden samengewerkt.

Een belemmering voor het realiseren van goede zorg vormt de constructie van hoofd- en onderaannemerschap binnen de financieringssystematiek van veel gemeentes (niet in Utrecht): vanwege de extra administratie en onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is (interview grote GGZ-aanbieder 1). Vanuit het perspectief van grotere jGGZ-aanbieders is een van de nadelen van de 'marktwerking' dat kleine GGZ-aanbieders wel diagnostiek en behandeling van lichte/eenvoudig gevallen doen, maar dat ze als het complexer wordt de cliënten doorsturen naar grotere aanbieders. Deze laatste krijgen zo vooral de zwaardere, moeilijke gevallen doorgeschoven, terwijl dit verschil onvoldoende terug komt in de bekostiging en er bovendien wederom een breuk komt in de hulpverleningsrelatie. Tot slot geeft de geïnterviewde van een grote specialistische GGZ-aanbieder (aanbieder 1) aan dat ze wisselende ervaringen hebben met de samenwerking met lokale teams; dit geldt wederom niet specifiek voor Utrecht. "Met huisartsen kan je vaak sneller schakelen dan met lokale teams". Sommige teams zijn moeilijk bereikbaar, willen een goede triage doen, maar hebben soms forse wachttijden voor hun intake. "Over het algemeen duurt verwijzing langer als het lokale team ertussen zit. Dat kan positief zijn, omdat al een relatie wordt opgebouwd, maar soms wachten ze te lang en zou een snellere verwijzing naar specialistische GGZ beter zijn geweest" (interview grote GGZ-aanbieder 1). Wel wordt opgemerkt dat de expertise binnen lokale teams in veel gemeentes toeneemt.

4. Leren en sturen

Leren neemt een belangrijke plaats in binnen de stapsgewijze transformatie en doorontwikkeling van de jeugdzorg. Er zijn enkele projecten van de Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Utrecht (AWTJ Utrecht) die het leerproces in de gemeente ondersteunen, zoals de eerder genoemde Proeftuin Basis-JGGZ (zie AWTJ Utrecht, z.j.).

Leren krijgt ook alle aandacht in de Extr@Utrecht pilot. Er zijn met het buurtteam, huisartsen, jeugdartsen en professionals van Extr@Utrecht afspraken gemaakt over reflectie op de praktijk en het vasthouden van wat er geleerd wordt. Door de gemeente zelf wordt van de pilot geleerd door (1) het ophalen van ervaringen van belangrijke betrokkenen (cliënten, professionals uit de pilot en verwijzers) door interviews, (2) kwantitatieve informatie uit het berichtenverkeer en (3) praktijkvoorbeelden van de pilot (Gemeente Utrecht, 2018b). De eerste leeropbrengsten van de pilot zijn beschreven in de bijlage bij een Memo van de gemeente over de pilot (Gemeente Utrecht, 2018a). Daarnaast worden een paar keer per jaar dilemma's en mooie voorbeelden uit de praktijk in de zogenaamde 'ontwikkelkamer' besproken. Hierin komen alle (zo'n 100) aanbieders van specialistische jeugdhulp, huisartsen, buurtteams, het onderwijs, de jeugdgezondheidszorg en SAVE bij elkaar. Ook is een adviesgroep met dwarsdenkers en vernieuwers in de zorg in het leven geroepen die een bijdrage moet leveren aan het lerend vermogen binnen de pilot (Gemeente Utrecht, 2018e). De betrokkenen bij de pilot kunnen aan hen adviesvragen voorleggen. Geleerde punten uit de pilot zijn onder meer: zorg dat de inhoud leidend is en niet het systeem of de regels; geef professionals de ruimte om te doen wat nodig is; hou elkaar scherp en kijk telkens of de activiteiten bijdragen aan goede zorg voor cliënten; probeer niet alles perfect te regelen en ook van wat mislukt kan je leren (VNG, z.j.).

Leren van elkaar neemt een belangrijke plek in het sturingsmodel van de gemeente, gebaseerd op het model van Simons, (Gemeente Utrecht, 2018e, p.8; 2019). Sturing vindt plaats in dialoog en samenwerking met partners in het veld (co-creatie, maatwerktafels), participatie van cliënten (feedback van cliënten, o.a. via cliëntervaringen, vormen van participatie en medezeggenschap en adviezen van de Kinderraad en Jongerenraad) en door benutting van kwantitatieve monitorgegevens (Gemeente Utrecht, 2016).

In 2018 is een ervaringwijzer-app ontwikkeld als alternatief voor het schriftelijk cliëntervaringsonderzoek, zodat jongeren op een meer laagdrempelige manier hun ervaringen kunnen doorgeven (Gemeente Utrecht, 2019)De monitoring van de zorg voor jeugd vindt plaats op twee niveaus: (1) Het niveau van de maatschappelijke effecten die op lange termijn worden beoogd (CBS-indicatoren) en (2) het niveau van jeugdhulp zelf, met indicatoren als tevredenheid, toegankelijkheid, kwantiteit, budget, effectiviteit en kwaliteit. De gegevens worden gepresenteerd in de voortgangsrapportages transitie Zorg voor Jeugd.

Voor de sturing en controle van de aanbieders wordt het systeem van landelijk berichtenverkeer (voor uitwisselen informatie tussen gemeente en zorgaanbieders) gebruikt. Het berichtenverkeer levert een dashboard met gegevens op, per aanbieder en per buurt (en stad). Dit vormt de input voor de kwartaalgesprekken met de aanbieders en de gegevens worden gebruikt voor rapportage aan de gemeenteraad. Ook bieden de gegevens inzicht over het gehele stelsel op buurtniveau.

Momenteel bekijkt Lokalis welke data nodig zijn voor zelfsturing door buurtteams. Kwalitatieve data waren al beschikbaar, maar sinds kort wordt gekeken welke kwantitatieve data hiervoor per wijk nuttig kunnen zijn, zoals data over taalachterstand en het aantal scheidingen per wijk, en data over zorggebruik. Hiervoor moest wel een weerstand bij de buurtteams tegen gebruik van kwantitatieve data worden overwonnen (interview adviseur kwaliteit, planning en verantwoording Lokalis).

5. Resultaten en reflectie

Duidelijke visie, ook op sturing en leren

Een sterk punt van de Utrechtse aanpak is een duidelijke visie, die leidend is, van hulp dichtbij, in de wijk en een stapsgewijze vormgeving en realisering hiervan, in co-creatie, samen en in dialoog met de betrokkenen in het veld en cliënten. De gemeente heeft een duidelijke visie op het samen verder ontwikkelen van de transformatie, met vele pilots, dialoogtafels, aangevuld met relevante data. Daardoor krijgt de transformatie gestructureerd en stapsgewijs vorm, terwijl veel ruimte is voor meedenken, uitproberen en creativiteit. De gemeente toont durf en ambitie, zoals geïnterviewden van grote aanbieders aangaven. Utrecht heeft wel het voordeel dat het een aparte jeugdregio is met voldoende massa om haar eigen weg te kiezen en aanbieders mee te laten bewegen.

Laagdrempelige toegang

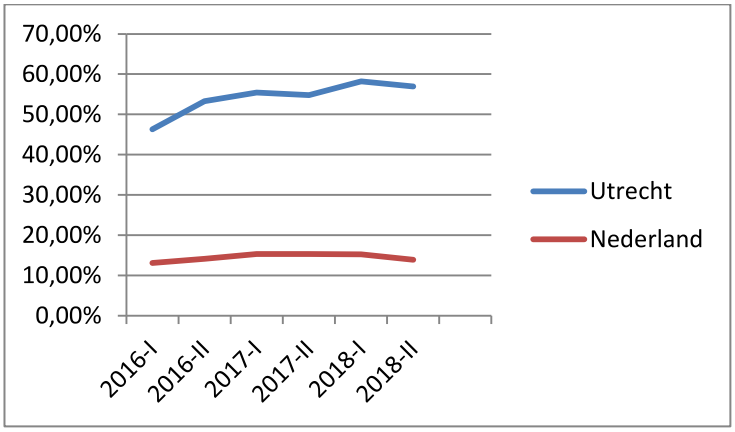
Buurtteams nemen steeds meer een spilfunctie in binnen de wijkgerichte jeugdzorg in Utrecht. Op een systematische wijze wordt samen met betrokkenen nagegaan hoe de zorg en functie van de buurtteams verbeterd kan worden. Uit de voortgangsrapportages blijkt dat cliënten en zorgaanbieders tevreden zijn met hoe de hulp door buurtteams vorm krijgt. Zo waarderen klanten van buurtteams J&G in 2017 de hulp van de buurtteams gemiddeld met een 8. Ook partners (in spoor 1 en 3) zijn positief over de buurtteams en vinden dat de gemeente dit beleid moet voortzetten (Gemeente Utrecht, 2018e). Er wordt gewerkt aan het verkorten van de wachttijden voor het kennismakingsgesprek bij buurtteams J&G. In 2018 kon aan zo’n 80% van de aanmeldingen binnen 5 dagen een kennismakingsgesprek worden aangeboden (Gemeente Utrecht, 2019). Bezien vanuit doelen van de transformatie - zoals zorg dichtbij organiseren, uitgaan van het gezin en eigen leefomgeving - lijkt Utrecht deze stapsgewijs dichterbij te brengen.

Tegelijkertijd is er tijd nodig om de resultaten van de transformatie van de aanvullende jeugdzorg (inclusief jeugd-GGZ) te kunnen bezien en te beoordelen. Cijfers kunnen hier inzicht in geven, al kan het resultaat niet alleen beoordeeld worden op grond van cijfers.

Wat in eerste instantie opvalt in de beschikbare CBS-data is dat het aandeel jongeren dat jeugdhulp ontvangt in Utrecht boven het Nederlandse gemiddelde ligt. Utrecht behoorde in 2018 tot de top drie van jeugdregio's met het hoogste aandeel jeugdhulp (CBS, 2018). Een kenmerk van de Utrechtse aanpak die dit hogere bereik deels verklaart, is dat het buurtteam een generieke, laagdrempelige voorziening is met een heel groot bereik. Er wordt door de gemeente Utrecht geen onderscheid gemaakt tussen jeugdhulp vanuit de basiszorg (buurtteams) en aanvullende zorg, terwijl andere gemeentes dat wel doen. Het bereik van het buurtteam wordt dus meegenomen in het bereik van de jeugdhulp.

Andere CBS-cijfers wijzen erop dat dit hoge aandeel jeugdhulp in belangrijke mate een gevolg is van het grote aandeel dat door de buurtteams wordt uitgevoerd. Uit onderstaande figuur blijkt dat het percentage jeugdhulp zonder verblijf dat wordt uitgevoerd door het wijk/buurtteam ver boven het landelijk gemiddelde ligt.[46]

Figuur 8: Aandeel jeugdhulp zonder verblijf uitgevoerd door wijk/buurtteam (per periode van een halfjaar)

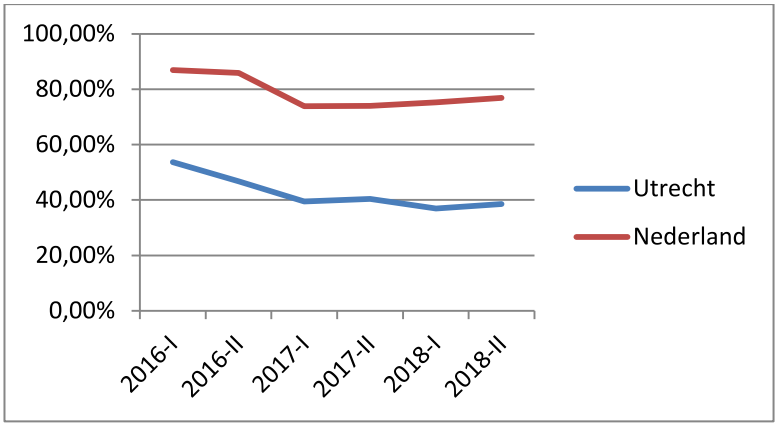


Bron: CBS- waarstaatjegemeente.nl

De tegenhanger hiervan vormt de onderstaande figuur, die laat zien dat in Utrecht relatief weinig jeugdhulp zonder verblijf wordt uitgevoerd door andere organisaties dan het buurtteam.

[46] Er zijn geen cijfers voor 2015 opgenomen in de figuur omdat voor dat jaar gegevens van de buurtteams van Utrecht ontbreken in de CBS-data (de administratie was niet helemaal op orde). Pas vanaf 2016 kon de gemeente goede Beleidsinformatie Jeugd aanleveren voor de buurtteams.

Figuur 9: Percentage jeugdhulp zonder verblijf niet uitgevoerd door wijk/buurtteam (per periode van een halfjaar)



Bron: CBS - waarstaatjegemeente.nl

Zoals eerder aangegeven (onder het kopje 'samenwerking met huisartsen') nam het aantal verwijzingen naar specialistische jeugdhulp in 2017 af. Zelf geeft de gemeente hiervoor als mogelijke verklaring "de intensivering van de samenwerking met huisartsen en het gericht zoeken naar alternatieven en aandacht voor 'normaliseren'" (Gemeente Utrecht, 2018e). Overigens lijken de cijfers er ook op te wijzen dat het Utrechtse beleid om jeugdhulp met verblijf zoveel mogelijk te beperken effect sorteert. Utrechtse jongeren ontvangen verhoudingsgewijs meer jeugdhulp zonder verblijf (bijvoorbeeld in de tweede helft van 2018 ontving 13,4 % van de jongeren jeugdhulp zonder verblijf en 0,7% met verblijf; voor Nederland was dat gemiddeld 10,1 % zonder en 1,1% met verblijf).

Overigens heeft ook Utrecht te maken met tekorten op de Jeugdzorg. "De beleidskeuzes worden echter niet direct ingegeven door de financiële situatie, maar door de wens zo goed mogelijke zorg voor cliënten te bieden" (interview beleidsadviseurs). De gemeente is ervan overtuigd dat deze manier van organiseren uiteindelijk bijdraagt aan goede en betaalbare zorg.

Uitdaging: verschillen in zorggebruik per buurt

De samenstelling van de buurtteams (en Extr@Utrecht-teams) wordt afgestemd op het type en omvang van hulpvragen in de wijk. Zoals we eerder zagen, variëren de hulpvragen per wijk, en hangen de typen vragen waarmee burgers bij het wijkteam komen samen met het opleidingsniveau in de wijk. Hoger opgeleide ouders, van wie er veel wonen in wijken als Noordoost, Leidsche Rijn, Vleuten en De Meern, hebben vaak van tevoren al een idee wat er met hun kind aan de hand is, wat voor hulp ze willen, van welke aanbieder en in welke vorm (bijv. pgb). Daarnaast zijn er wijken waarin lager opgeleiden oververtegenwoordigd zijn, en lager opgeleide ouders kunnen hun probleem vaak minder goed verwoorden en komen soms met vragen als: "het lukt niet meer, help me" (interview adviseur kwaliteit, planning en verantwoording Lokalis). In deze wijken houden vragen vaak verband met armoede en schuldenproblematiek, en moet regelmatig snel actie worden ondernomen, bijvoorbeeld omdat een deurwaarder voor de deur staat of de veiligheid van het kind in het geding is. Daardoor grijpt een buurtteammedewerker eerder in. Bij hoger opgeleide ouders is het ook makkelijker om hen zelf de problemen te laten oplossen en dit te faciliteren (interview met gezinswerker en team/programma manager buurtteams). Ook zouden huisartsen in wijken met veel lager opgeleiden (Kanaleneiland, Overvecht en Zuilen) eerder breder kijken naar problemen waarmee kinderen en ouders bij hen komen, en halen ze het buurtteam er eerder bij of verwijzen ze er sneller naar door. Het lijkt - volgens de geïnterviewde adviseur van Lokalis - dat een deel van de huisartsen bewust heeft gekozen om in dit soort wijken te werken.

Dergelijke waargenomen verschillen roepen geregeld vragen en discussie op binnen Lokalis, bijvoorbeeld hoe dit zich verhoudt tot de basisprincipes van de Utrechtse jeugdzorg, dat elk kind zorg moet ontvangen die het nodig heeft (Interview adviseur kwaliteit, planning en verantwoording Lokalis). Verschillen in gebruik van zorg en hulpvragen passen op zichzelf bij de maatwerk-gedachte. De gemeente benadrukt dat gelijkheid niet betekent dat alles uniform is, maar dat je gelijkheid juist kan bereiken door maatwerk te bieden. De vraag is steeds: wat is passende zorg? Maar dat betekent ook dat de basiszorg verder moet gaan dan de vragen waarmee ouders en jeugdigen (en scholen) komen, dat ze vragen moet verhelderen, zoeken naar de vraag achter de vraag (interview beleidsadviseurs). Zo wordt in wijken waar veel vraag is naar specialistische jeugdzorg door de buurtteams met scholen en huisartsen gesproken over wat hierachter zit en hoe hier op in te spelen.

Samenwerking en Extr@Utrecht-teams

In Utrecht is veel (expliciete) aandacht voor de transformatie van de jeugd-GGZ en problemen daarbij (in vergelijking met de andere lokale case studies). Enkele pilots richten zich hierop (proeftuin basis Jeugd-GGZ en deels ook Extr@Utrecht) en er zijn aparte bijeenkomsten georganiseerd met betrokkenen over knelpunten bij de transformatie van de jeugd-GGZ (mei 2018). Een mogelijk verklaring voor deze expliciete aandacht vormt de strategie van stapsgewijze verheldering en vormgeving van de transformatie en dat de inhoud en niet het systeem leidend is.

De gemeente bevordert de ontwikkeling van de aanvullende zorg die past bij het dichterbij organiseren van zorg die beter aansluit op het leven van kind en gezin. Dit past bij haar aandacht voor ‘normaliseren’. Het streven van Utrecht om specialisten naar voren te halen en jeugdzorg wijkgericht te organiseren krijgt steeds duidelijker vorm. Dit gebeurt vooral in de pilot Extr@Utrecht, die weer ervaring heeft opgeleverd voor de inkoop van specialistische hulp vanaf 2020. Het is een model dat een transformatie naar een integrale, buurtgerichte aanpak mogelijk maakt. Het biedt vele voordelen zoals meer passende zorg, zorg dichtbij en aansluitend op de leefwereld, minder breukvlakken in zorg, korte lijnen voor goede samenwerking rondom het gezin, naast enkele mogelijke risico’s (beperking keuzevrijheid, minder concurrentie en dat de kwaliteit staat of valt met de juiste selectie en samenstelling van de teams). De samenwerking van basiszorg en aanvullende zorg verbeterd erdoor terwijl problemen in hun sociale context worden aangepakt. Uiteraard moet nog wel worden bekeken wat de effecten zijn van een dergelijke laagdrempelige toegang tot aanvullende zorg en of dit niet leidt tot een groter beroep erop en dus hogere kosten. Maar dat is tot nu toe nog niet geconstateerd. Wel vraagt het dicht naar de voorkant organiseren van de (specialistische) zorg scherpte bij professionals: “waar ben ik echt nodig”. Het vraagt ook een besef bij dat het budget bij die kinderen terecht moet komen die het het hardst nodig hebben (interview beleidsadviseurs). De gemeente streeft naar matched care; dat betekent dat alleen naar goedkopere zorg wordt gestreefd waar dat passend is, en niet voor kinderen die zwaarder zorg nodig hebben. Door eerder, sneller en systeemgerichter in te zetten en door door-doorverwijzingen te voorkomen verwacht de gemeente dat minder vaak een beroep op zwaardere (en duurdere) zorg nodig zal zijn. Het is nog te vroeg om op basis van beschikbare gegevens te zien of die verschuiving al plaatsvindt.

De transformatie van aanvullende zorg voor jeugd in de buurt vanaf 2020 zal grote veranderingen met zich mee brengen voor de aanbieders en jeugdzorgprofessionals. Net zoals generalisten in de J&G buurtteams zichzelf opnieuw hebben moeten uitvinden, zullen jeugdhulpspecialisten (inclusief GGZ-experts) in specialistische teams dat moeten doen.

Overzicht van de interviews

Interviews met:

Gemeente Utrecht:
- Twee beleidsadviseurs Jeugd, zorg en veiligheid van de gemeente Utrecht

Buurtteams Utrecht (Lokalis)
- Een teammanager en een gezinswerker van buurtteams Utrecht/Lokalis
- Een adviseur van Lokalis voor kwaliteit, planning en verantwoording

Pilot Extr@Utrecht
- De kwartiermaker Buurtgerichte Specialistische Jeugdhulp
- Een jeugd-GGZ specialist: een specialistische jeugd-GGZ-professional (klinisch psycholoog en psychotherapeut) van het Extr@Utrecht team Utrecht Leidsche Rijn (in dienst van grote aanbieder 1)

Aanbieders jeugd-GGZ:
- Een inhoudelijk leidinggevende van een grote specialistische GGZ-aanbieder: een kinder- en jeugdpsychiater en inhoudelijk leidinggevende bij de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Utrecht (grote aanbieder 1)
- Kinder- en jeugdpsychiater en Manager Zorgontwikkeling bij een grote specialistisch GGZ-aanbieder; tevens schriftelijke input ontvangen van drie medewerkers van de GGZ-aanbieder (klinisch psycholoog, gz-psycholoog en behandelcoördinator, en regiomanager Utrecht en Gooistreken) (grote aanbieder 2)

Referenties

Andersson Elffers Felix. (2017). Evaluatie van de Gemeenschappelijke regeling Jeugdhulp Rijnmond “Samen beter (be)sturen”. Retrieved from Utrecht:

AWTJ Utrecht. (z.j.). Website Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Utrecht. Retrieved from http://www.awtjutrecht.nl/

BVO Jeugdzorg IJsselland. (2016). Samenwerken aan transformatie 2017-2020 Lokale visie als onderlegger voor de samenwerking aan de transformatie van de jeugdhulp in de regio.

BVO Jeugdzorg IJsselland. (2017). Inkoopstrategie specialistische jeugdhulp Regio IJsselland.

CBS. (2018). Jeugdhulp 2018. Den Haag: CBS.

Centrale Raad van Beroep. (2019). Uitspraak, ECLI:NL:CRVB:2019:276.

Consultatie en Adviesteam. (z.j.). Website Consultatie en Adviesteam. Retrieved from https://www.cateamgv.nl/over-ons/wat-doen-wij/

Consultatie en Adviesteam Gooi en Vechtstreek. (z.j.). Retrieved from https://www.cateamgv.nl/voor-professionals/gemeentelijke-uitvoeringsdiensten/

Eijk, D. v., & Spaans, B. (Eds.). (2018). Transformeren doe je samen. De Utrechtse jeugdregio’s in beeld. Utrecht: Lectoraat Jeugd, Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht en Provincie Utrecht.

Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond. (2017). Administratieprotocol Jeugdhulp Rijnmond 2018.

Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond. (2018). Jaarstukken 2017 Gemeenschappelijke regeling Jeugdhulp Rijnmond.

Gemeente Capelle aan den IJssel. (2013). Visie Jeugdhulp Capelle aan den IJssel 2013.

Gemeente Capelle aan den IJssel. (2014). Beleidsplan jeugd 2015-2018.

Gemeente Capelle aan den IJssel. (2016a). Jaarverslag 2015.

Gemeente Capelle aan den IJssel. (2016b). Ontwikkelagenda sociaal domein 2017-2020 “Van transitie naar transformatie in het sociaal domein”.

Gemeente Capelle aan den IJssel. (2017). Jaarverslag 2016.

Gemeente Huizen. (2012). Regiemodel Jeugdhulp 2015.

Gemeente Huizen. (2014a). Beleidsplan sociaal domein gemeente Huizen 2015-2018.

Gemeente Huizen. (2014b). Collegebesluit Organisatie expertise jeugd voor toegang tot jeugdhulp door gemeenten en huisartsen.

Gemeente Huizen. (2014c). Project vernieuwing sociaal domein.

Gemeente Huizen. (2016a). Bestuurlijke oplegger Gegevensset sociaal domein 2015 en eerste kwartaal 2016

Gemeente Huizen. (2016b). Bestuurlijke oplegger gegevensset sociaal domein 2015 en eerste kwartaal 2016, gemeente Huizen, Blaricum, Eemnes en Laten.

Gemeente Huizen. (2016c). Mededeling betreffende voortgang jeugdhulp 2016.

Gemeente Huizen. (2016d). Mededeling portefeuillehouder betreffende voortgang jeugdhulp 2016.

Gemeente Huizen. (2017). Mededelingen aan de commissie sociaal domein.

Gemeente Huizen. (2018a). Bestuurlijke rapportage sociaal domein 2017.

Gemeente Huizen. (2018b). Raadsvoorstel Begrotingsactualisering 2018-2022

Gemeente Huizen. (2018c). Stand van zaken uitvoering collegeprogramma per oktober 2018, bijlage Prioritering en financiële vertaling 2018-2022.

Gemeente Huizen. (2018d). Wat nodig is … De SpiegelTeam-methode in het sociaal domein

Gemeente Steenwijkerland. (2013). Beleidskader tranisities sociaal domein 2014-2018.

Gemeente Steenwijkerland. (2014). Beleidsplan jeugd 2015 en 2016 (de transitie).

Gemeente Steenwijkerland. (2016). Beleidsplan Sociaal Domein 2017-2020.

Gemeente Steenwijkerland. (2017a). Informatienota jeugd-ggz.

Gemeente Steenwijkerland. (2017b). Raadsbrief 2017-6. Transformatieprojecten Jeugd.

Gemeente Steenwijkerland. (2018a). Informatienota Evaluatie pilot praktijkondersteuner huisartsen.

Gemeente Steenwijkerland. (2018b). Informatienota monitor Sociaal Domein Brief College van B&W aan gemeenteraad; 2018_B&W_00390.

Gemeente Steenwijkerland. (2018c). Informatienota raadsbrief analyse Jeugdhulp 2017 - besluitvormen Brief B&W aan de gemeenteraad; 2018_B&W_00568.

Gemeente Steenwijkerland. (2018d). Jaarverslag 2017 Steenwijkerland.

Gemeente Steenwijkerland. (2018e). Monitor sociaal domein juli 2018.

Gemeente Steenwijkerland. (2018f). Programmabegroting 2019 - 2022.

Gemeente Steenwijkerland. (2019). Informatienota Financieel beeld PPN 2020 - 2023 van het College van B & W.

Gemeente Utrecht. (2011). Contourennota Transitie Jeugdzorg.

Gemeente Utrecht. (2013). Kadernota Zorg voor Jeugd Utrecht: Gemeente Utrecht.

Gemeente Utrecht. (2016). Notitie meerjarige sturing en bekostiging Jeugdhulp 2017-2020. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Gemeente Utrecht. (2017). Vierde voortgangsrapportage Zorg voor Jeugd Utrecht. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Gemeente Utrecht. (2018a). Leeropbrengsten pilot buurtgericht specialistische jeugdhulp; bijlage bij Memo Pilot buurtgerichte jeugdhulp. Utrecht.

Gemeente Utrecht. (2018b). Memo Pilot buurtgericht specialistische jeugdhulp. Utrecht.

Gemeente Utrecht. (2018c). Strategie contracteren Aanvullende Zorg Jeugd vanaf 2020 Utrecht: Gemeente Utrecht.

Gemeente Utrecht. (2018d). Transformatieplan Jeugdzorgregio Utrecht. September 2018 Utrecht: Gemeente Utrecht.

Gemeente Utrecht. (2018e). Vijfde voortgangsrapportage en uitvoeringsagenda Jeugd april 2018-april 2019. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Gemeente Utrecht. (2019). Gecombineerde Voortgangsrapportage en Uitvoeringsagenda Jeugd april 2019-april 2020. Utrecht.

Gooi en Vechtstreek. (2012). Plan van aanpak Transitie jeugdzorg Gooi en Vechtstreek

Gooi en Vechtstreek. (2016a). Inkoopplan regio Gooi en Vechtstreek.

Gooi en Vechtstreek. (2016b). Programmabegroting 2017-2020 regio Gooi en Vechtstreek

Gooi en Vechtstreek. (2016c). Uitvoeringsprogramma 2017-2020 regio Gooi en Vechtstreek.

Gooi en Vechtstreek. (2017a). Convenant Regionaal Expertteam jeugd.

Gooi en Vechtstreek. (2017b). Het Consultatie en Adviesteam in de regio Gooi en Vechtstreek, de huidige en toekomstige inrichting van het team.

Gooi en Vechtstreek. (2018a). Regionale expertise jeugd, een evaluatie van het Consultatie en Adviesteam, Ernstige Enkelvoudige Dyslexie en juridische expertise.

Gooi en Vechtstreek. (2018b). Zorg voor de jeugd regio Gooi en Vechtstreek, Aanvraag Transformatiefonds Jeugd Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Gooi en Vechtstreek. (z.j.). Retrieved from https://www.regiogv.nl/gemeenteraden/gezondheid-zorg/digitaal-leefplein/

i-Sociaal Domein. (z.j.). Drie Uitvoeringsvarianten Wmo en Jeugdwet. Retrieved from https://i-sociaaldomein.nl/drie-uitvoeringsvarianten-wmo-en-jeugdwet

Lokalis. (2018). Jaarverslag Lokalis 2017.

RSJ IJsselland. (2018a). Definitieve aanvraag Transformatiefonds: Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland.

RSJ IJsselland. (2018b). Pilot regionaal expertiseteam jeugd IJsselland 2018.: Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland.

Samenwerkende gemeenten Jeugdhulp Rijnmond. (2016). Transformatieagenda Jeugdhulp Rijnmond 2017-2018 “Een sprong in de toekomst”.

Samenwerkende gemeenten Jeugdhulp Rijnmond. (2018). Transformatieplan Jeugdhulp Rijnmond 2018-2020.

Schenk, S., Jonkheer, W., & Crooijmans, K. (2017). Maatschappelijke impact CJG Capelle aan den IJssel. Retrieved from

Stichting CJG Capelle aan den IJssel. (2017a). De rol van de Jeugd- en Gezinscoach met GGZ kennis in de CJG teams. Retrieved from

Stichting CJG Capelle aan den IJssel. (2017b). Strategisch beleidsplan 2018-2021 “Innovatie & kracht”. Retrieved from

Sybe Bijleveld Advies. (2017). Business Case Consultatie en Adviesteam regio Gooi en Vechtstreek.

Van Bon-Martens, M., & Gilsing, R. (2018a). Achtergrondrapport Proeftuin Basiszorg Jeugd GGZ Utrecht; Bijlage bij het Kernrapport. Retrieved from Utrecht:

Van Bon-Martens, M., & Gilsing, R. (2018b). Proeftuin Basiszorg Jeugd GGZ Utrecht: Kernrapport. Retrieved from Utrecht:

Van Leeuwen, M., Van der Kolk, Z., & Sleegers, J. (2013). Het CJG van de toekomst in Capelle aan den IJssel. Retrieved from

Verweij, M., & De Visser, M. (2018). Evaluatie functioneren lokaal jeugdhulpstelsel en stichting CJG Capelle aan den IJssel. Retrieved from

VNG. (2015). Voorbeeld bekositingsmodel Gemeente Utrecht; Bijlage bij Inventarisatie bekostigingsmodellen voor de werkgroep integrale bekostiging Jeugd.

VNG. (z.j.). Utrecht: Aan de slag met buurtgerichte specialistische jeugdhulp. Naar Zorglandschap jeugdhulp.

Zorgprofessionals.utrecht.nl.