

## **Bijlage B Visies van stakeholders op de rol de jeugd-GGZ na de Jeugdwet**

R. Bouwman, A. Fermin, G. van den Berg, van Wetering, L. Rutjes, M. Malmberg, W. van Sleeuwen, E. Stobbe, M. Meijers, R. Hageraats, R.D. Friele

## Samenvatting

Voor deze deelstudie zijn documenten verzameld en geanalyseerd van relevante koepelorganisaties en zijn de resultaten van onderzoek op dit gebied geanalyseerd. Daarnaast zijn vijf denktanksessies georganiseerd met betrokkenen uit het veld. De gegevens zijn vervolgens ondergebracht onder de vijf thema's die bij de opdrachtbrief zijn meegegeven: Samenwerking, Toegang, Triage, Hoog specialistische jeugd-GGZ en Leren. Een beschrijving van de gebruikte methoden is te vinden in de bijlage. Omdat we constateerden dat er parallellen zijn tussen vragen die spelen rondom de jeugd-GGZ en de volwassen-GGZ is een schets opgesteld van de parallele ontwikkelingen in de volwassen-GGZ. Daarnaast constateerden we dat het er geen goed overzicht is van wat nu precies jeugd-GGZ inhoudt. Aan een dergelijk overzicht hadden wij, als onderzoekers, in ieder geval wel behoefte. Daarom is ook een overzicht van de jeugd-GGZ opgesteld <sup>47</sup>.

Het overall-beeld is dat gemeentes en zorgveld na de transitie-fase werk zijn gaan maken van de transformatie. Op veel plekken wordt ingezet op het invullen van de ambities uit de Jeugdwet. Dat gaat niet zonder slag of stoot. Budgettaire en organisatorische uitdagingen kunnen inhoudelijke uitdagingen frustreren. Keuzes die op enig moment door een gemeente worden gemaakt kunnen niet veel later weer worden veranderd, wat kan leiden tot vragen en onduidelijkheid in het veld. Individuele gemeentes ervaren de gevolgen van keuzes van een andere gemeente. Zo kopen gemeentes binnen een bepaalde jeugdhulpregio gezamenlijk jeugdhulp in, wat de eigen ruimte voor een individuele gemeente beperkt. Aanbieders van zorg hebben op hun beurt te maken met verschillende gemeentes waar ze zich toe moeten verhouden. Het speelveld is behoorlijk complex.

Ook inhoudelijk zijn er nog flink wat vraagstukken die om een antwoord vragen. In het algemeen geldt: veranderen is lastig, zeker als het om fundamentele veranderingen gaat of om veranderingen die onzekerheden over het voortbestaan van een organisatie of de eigen broodwinning met zich meebrengen. En, in de praktijk gaat het om dit soort veranderingen. Veranderen gaat niet zonder knelpunten.

### Toegang en triage

De lokale teams spelen een cruciale rol bij de toegang tot de jeugdhulp en bij de triage. Lokale teams zijn divers vormgegeven, variërend van teams die vooral verwijzen tot teams die hulp bieden. Lokale teams variëren ook in de mate waarin verschillende expertises aanwezig zijn. Teams verschillen ook in de mate van de onderlinge betrokkenheid van de teamleden. Sommige teamleden hebben een min of meer 'vaste' positie, terwijl anderen worden ingevlogen wanneer dit nodig is. Vanuit het perspectief van de GGZ wordt gesteld dat in lokale teams in veel gevallen de deskundigheid ontbreekt om een goede inschatting van problematiek te maken. Dit kan leiden tot te late verwijzingen. In dit verband is de grote vraag of en hoe GGZ-expertise in een team wordt ingebracht. Gemeentes vinden verschillende antwoorden op deze vraag. Het voordeel van het inzetten van GGZ-expertise in het lokale team is dat het dan mogelijk is om zelf laagdrempelige hulp te bieden en, zo nodig, gerichter te kunnen verwijzen.

Daarnaast geldt dat door gemeentes verwijzing door een huisarts naar de GGZ vaak als problematisch wordt ervaren. Deels omdat dit kan leiden tot kosten die lastig te beheersen zijn. Deels ook omdat die verwijzing het gemeentelijk beleid van een meer integrale benadering frustreert.

---

<sup>47</sup> De bevindingen uit deze documenten worden nog verwerkt in de overwegingen in hoofdstuk 2. Het overzicht van de verschillende actoren binnen de jeugd-GGZ is nog niet toegevoegd.

Een goed functionerend lokaal team kan voor een huisarts in een aantal situaties een reëel verwijs-alternatief zijn. Voorwaarde is dat het team herkenbaar is voor de huisarts, bijvoorbeeld door een vast contactpersoon, en dat het team de huisarts ook informeert over de vervolgstappen en terugkoppelt over de resultaten.

Tijdens de denktanksessies werd geconstateerd dat de begrippen diagnostiek en triage in discussies snel door elkaar worden gebruikt. Geconstateerd werd dat triage niet hetzelfde is als diagnostiek. Het gaat bij triage vooral om antwoord op de vraag of al dan niet snel moet worden gehandeld. Bij diagnostiek gaat het vervolgens om de vraag wat er aan de hand is. Een diagnose en de vraag of er snel moet worden gehandeld hebben onderling een relatie, maar zijn niet hetzelfde.

## Samenwerking

De keuzes die gemeentes maken voor hun sturingsmodel zijn van grote invloed op de mogelijkheden tot samenwerking en de relatie met de specialistische jeugd-GGZ. In het onderzoek zijn twee stijlen van sturen zichtbaar geworden. De eerste richt zich op *samenwerken*, het hebben van, of komen tot, een gedeelde missie. Kenmerkend is dat er proeftuinen worden georganiseerd, kwartaalgesprekken worden gevoerd en themabijeenkomsten worden georganiseerd. De andere stijl richt zich op het *bewaken van het budget*. Kenmerkend is dat er convenanten worden gesloten, er een budgetplafond wordt vastgesteld en dat gestuurd wordt op productie- en cliëntvervangingscijfers. In hun beleid zoeken gemeentes naar een optimale balans tussen deze twee stijlen. Het is geen kwestie van of-of, maar meer een kwestie van en-en. Zij passen die mix al doende aan, op basis van ontwikkelingen.

## Hoog specialistische jeugd-GGZ

Binnen de hoog specialistische jeugd GGZ overheerst het beeld dat er te weinig capaciteit wordt gecontracteerd, dat jeugdigen te laat worden doorverwezen en dat daardoor jeugdigen er veel slechter aan toe zijn. Tegelijk wordt geconstateerd dat goede cijfers ontbreken over de vraag en het aanbod van specialistische jeugd-GGZ. Er is een grote behoefte om het belang en de onmisbaarheid van de hoog-specialistische jeugd-GGZ te onderstrepen.

De financiële impact van specialistische jeugd-GGZ kan groot zijn voor een individuele gemeente. Een individuele gemeente kan relatief veel kosten maken voor een beperkt aantal kinderen. Een andere gemeente kan 'het geluk' hebben dat zij juist weinig kosten hebben, omdat er toevallig weinig of geen kinderen een beroep doen op deze vorm van zorg. Naast het financiële aspect speelt ook de organisatie van zorg. Gesteld wordt dat veel energie verloren gaat bij gemeentes en aanbieders om vraag en aanbod te matchen voor de groep kinderen met ernstige psychische problemen. Gepleit wordt voor een meer landelijke organisatie van deze vorm van zorg.

Naast het belang van adequate expertise in een lokaal team voor de toegang speelt nog een ander belang. Eén van de gesignaleerde problemen is het probleem van 'afschaling'. Gespecialiseerde hulpverleners merken op dat zij, als een bepaalde behandeling is afgerond, het lastig vinden om hun cliënt 'te laten gaan'. Soms heeft dit te maken met onvoldoende samenwerking, waardoor men niet goed bekend is naar wie cliënten terugverwezen kunnen worden voor lichtere hulp. Een goed functionerend lokaal team met adequate expertise kan bijdragen aan het verminderen van deze afschalingsproblemen.

## Leren, sturen met weinig gegevens

Voor dit onderzoek hadden wij graag de beschikking gehad over gegevens over het gebruik van GGZ-voorzieningen, over wachtlijsten en wachttijden. Ook hadden we graag gegevens gehad over de manier waarop gemeentes vorm hebben gegeven aan hun relatie met de lokale teams en het achterliggende veld. Dit soort gegevens is vrijwel niet aanwezig.

Dat niet alleen wij met dit probleem hebben geworsteld mag wel blijken uit de resultaten van een recent onderzoek van Significant (2017). Op basis van CBS data konden zij wel uitspraken doen over het aantal unieke jongeren/ jeugdigen dat een beroep doet op jeugdhulp. Maar, voor informatie over de 'intensiteit' van de jeugdhulp moest Significant een beroep doen op de gegevens van 10 gemeentes.

We constateren dat er een grote diversiteit is in de manier waarop gemeentes invulling hebben gegeven aan hun beleid. Die verschillende keuzes betekenen ook dat het vrijwel onmogelijk is zonder al te veel inspanningen een goed overzicht te krijgen van de huidige stand van zaken. Dit geldt op landelijk niveau, maar in veel gevallen ook voor het gemeentelijke niveau. Daarnaast zijn de cijfers die wel beschikbaar zijn in veel gevallen niet vergelijkbaar. Om een voorbeeld te noemen: lokale teams verschillen in hun organisatie en rol. Dit betekent dat het weliswaar mogelijk is om te tellen hoeveel jeugdigen 'binnenkomen' via een lokaal team, maar dat achter dat getal veel verschillende werkelijkheden schuil gaan.

Om inzicht te krijgen in de effecten van beleidskeuzen en om bij te kunnen sturen is betrouwbare informatie van wezenlijk belang. Gemeentes beschikken in ieder geval over informatie over kosten, maar in veel mindere mate over informatie over de mate waarin inhoudelijke doelen op dit beleidsterrein worden gerealiseerd.

### **Het ontbreken van een gedeelde visie op integrale jeugdhulp**

De Jeugdwet gaat uit van integrale jeugdhulp. We constateren dat het ontstaan van een gedeelde visie op de invulling van dit begrip nog op zich laat wachten. De verbindingen tussen jeugd en opvoedhulp, Jeugd-GGZ en jeugd-lvb (lichtverstandelijke beperking) in de specialistische zorg komt langzaam op gang en er zijn nog steeds aparte professionele kaders. Er is geen breed gedragen visie op wat goede zorg is, met een betekenisvolle uitwerking van begrippen als 'normaliseren', waar ook de jeugd-GGZ zich in kan vinden. Rondom de problematiek van kwetsbare gezinnen of jeugd met complexe meervoudige problematiek ziet men in het algemeen vaker de meerwaarde van samenwerking en integraliteit. Maar over het algemeen is de jeugd-GGZ nog een aparte sector.

# 1 Inleiding

Voor u liggen de resultaten van het landelijke deelonderzoek. Met het onderzoek op landelijk niveau hebben we een breed inzicht gekregen in de ervaringen en perspectieven van een diverse actoren in dit veld. Voor dit deelonderzoek zijn documenten verzameld en geanalyseerd van relevante koepelorganisaties en zijn de resultaten van onderzoek op dit gebied geanalyseerd. Daarnaast zijn vijf denktanksessies georganiseerd met betrokkenen uit het veld. De gegevens zijn vervolgens ondergebracht onder de vijf thema's die zijn meegegeven met de opdracht: toegang, triage, samenwerking, hoog specialistische jeugd-GGZ en leren. In dit document hebben we de resultaten van de documentenanalyse en de denktanksessies gecombineerd. Een beschrijving van de gebruikte methoden is te vinden in de bijlage. In de tekst enkele citaten uit denktanksessies opgenomen. Opgemerkt dient te worden dat dit vaak meningen van individuen zijn en deze ter illustratie zijn gebruikt, en dat deze niet noodzakelijkerwijs onze eigen opvattingen representeren. Omdat we constateerden dat er parallellen zijn tussen vragen die spelen rondom de jeugd-GGZ en de volwassen-GGZ is een schets opgesteld van de parallele ontwikkelingen in de volwassen-GGZ. Daarnaast constateerden we dat het er geen goed overzicht is van wat nu precies jeugd-GGZ inhoudt. Aan een dergelijk overzicht hadden wij, als onderzoekers, in ieder geval wel behoefte. Daarom is ook een overzicht van de jeugd-GGZ opgesteld<sup>48</sup>.

In hoofdstuk 2-7 beschrijven we de bevindingen uit de documentanalyse en de denktanksessies.

---

<sup>48</sup> De bevindingen uit deze documenten worden nog verwerkt in de overwegingen in hoofdstuk 2. Het overzicht van de verschillende actoren binnen de Jeugd-ggz is nog niet toegevoegd.

## 2 Gedeelde algemene uitgangspunten van de Jeugdwet

Uit de bestudeerde documenten blijkt, in algemene zin, dat de waarden, uitgangspunten en de visie op jeugdhulp breed worden gedeeld: betrokken partijen, gemeentes, aanbieders van jeugd-GGZ, brancheorganisaties en het ministerie van VWS hebben min of meer dezelfde waarden en ambities voor ogen, die goed aansluiten bij de uitgangspunten van de Jeugdwet. Het gaat dan om beschrijvingen als: 'zorg zo licht als kan en zo zwaar als nodig', 'zorg zo dicht mogelijk bij het kind' en 'één gezin, één plan'. De beschrijvingen zijn vrij globaal en in weinig documenten wordt geconcretiseerd hoe partijen hieraan invulling willen geven. Dat 'hoe' is erg afhankelijk van de lokale praktijk. Die praktijk blijkt vervolgens meer divers.

## 3 Toegang

### In het kort

Huisartsen en de lokale teams spelen, naast de gecertificeerde instellingen, een sleutelrol bij de toegang tot de jeugdhulp. Deze partijen beslissen over de vraag of er sprake is van een probleemsituatie die een interventie behoeft, huisartsen of de lokale teams kunnen beslissen zelf hulp te bieden en elk van deze partijen neemt beslissingen over mogelijke vervolgstappen. Opvallend is dat er veel is geschreven over wat de rol van huisartsen zou moeten zijn. Ook wordt geschreven over experimenten in de huisartsenpraktijk om de rol van huisartsen te versterken, bijvoorbeeld door de inzet van een praktijkondersteuner jeugd (POH). De kennelijke behoefte aan deze experimenten suggereert dat er onvrede bestaat over de invulling van de rol door huisartsen. Op de achtergrond speelt de behoefte van gemeentes om meer grip te krijgen op de verwijzingen door huisartsen naar GGZ hulpverleners. Over de manier waarop de lokale teams toegangsrol oppakken wordt wel veel meer geschreven, met name over knelpunten. Die hebben dan vooral betrekking op de beschikbare deskundigheid in deze teams. Over de vormgeving van de triage zijn verschillende visies, die samenhangen met verschillende rollen van professionals, zoals huisartsen of psychologen. Toegang en triage zijn vrijwel onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het onderwerp triage wordt behandeld in hoofdstuk 6.

### 3.1 De huisarts

Huisartsen zien zich als belangrijke verwijzer en poortwachter binnen de jeugdhulp. Huisartsen zien het gehele gezin immers langere tijd en zijn daardoor goed op de hoogte van wat er speelt (Otten, Geuijen, Zwaanswijk, & Koopman, 2018). Huisartsen zien hun rol vooral bij het inschatten van de ernst van de problematiek en het coördineren van de zorg rondom een kind of jongere (Venrooij, Barnhoorn, Crone, Barnhoorn-Bos, & Vermeiren, 2017).

Uit onderzoek van Venrooij e.a. (2017) blijkt dat de geïnterviewde huisartsen vinden dat zij veel kennis hebben over jeugdhulp. Zij geven aan op de hoogte te zijn van het lokale team, welke disciplines het team heeft en dat het team dient als toegangspoort naar jeugdhulp, dat sommige teams zelf ondersteuning kunnen bieden en indien nodig kan doorverwijzen. De huisartsen in dit onderzoek verwezen met name naar de lokale teams als er sprake was van systeemproblematiek. Dit omdat binnen het lokale team meerdere expertises vertegenwoordigd zijn en zij daardoor ook aan meerdere mensen binnen een systeem hulp kunnen bieden. De onderzoekers beschrijven dat huisartsen en lokale teams elkaar kunnen versterken (Venrooij et al., 2017). Doorverwijzingen naar de jeugd-GGZ vonden in dit onderzoek vooral plaats naar vrijevestigde hulpverleners. Er werd voornamelijk doorverwezen op basis van persoonlijke bekendheid met de hulpverleners en hun expertise. In een denktank werd besproken dat de lokale teams juist minder doorverwijzen naar vrijevestigde hulpverleners, maar werd wel bevestigd dat doorverwijzingen plaatsvinden op basis van persoonlijke bekendheid met elkaar.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV, 2017) beschrijft dat gemeentes zich steeds meer richten op de huisarts als partner in de zorg voor jeugd en gezinnen. Gemeentes willen graag sturing houden op het budget voor de jeugdhulp gezien de bezuinigingsdoelstellingen waarmee zij te maken hebben. Omdat huisartsen hun vrije verwijsrecht hebben behouden, is goede samenwerking tussen gemeentes en huisartsen de beste manier om passende (en betaalbare) zorg voor de jeugd te organiseren.

Om te komen tot goede samenwerkingsafspraken hebben gemeentes en huisartsen ieder hun eigen verantwoordelijkheden, zo stelt de LHV (2017).

Bij de gemeentes ligt de rol om het initiatief te nemen tot het maken van afspraken, te zorgen voor een duidelijk aanspreekpunt en huisartsen te informeren over de ingekochte jeugdhulp. Van de huisartsen mag worden verwacht dat zij zorgen voor een gesprekspartner voor de gemeente, het bieden van duidelijkheid over het basisaanbod van de huisarts en dat de huisarts zich verdiept in het aanbod aan jeugdhulp van de gemeente. De mening over wat goede afspraken zijn, verschilt overigens per gemeente. Sommige gemeentes willen vooral de verwijzingen vanuit huisartsen beperken omdat ze hier geen zicht op hebben en zo de kosten niet in de hand kunnen houden. Andere gemeentes willen juist de huisartsenroute faciliteren, zo blijkt uit de denktanks.

Het Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) ontwikkelde samen met de Bascule een staalkaart<sup>49</sup> voor triage in de jeugd-GGZ. In deze staalkaart staat dat het merendeel (naar schatting tussen de 70 en 90 procent) van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ door de huisarts of de praktijkondersteuner bij de huisarts wordt gedaan (KJP, Curium-LUMC, & de Bascule).

### De praktijkondersteuner

Verschillende publicaties hebben betrekking op de inzet van een praktijkondersteuner (POH) in de huisartsenpraktijk. Onderzoek laat zien dat de ervaringen van betrokkenen met inzet van de POH-GGZ Jeugd positief zijn, maar duidelijke richtlijnen en uitbreiding van de opleiding tot POH-Jeugd nodig zijn om de POH-Jeugdfunctie verder te ontwikkelen (Jonker, Knot-Dickscheit, & Huyghen, 2018). Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (2011) (NHG, 2011) stelt dat de POH-GGZ een belangrijke rol kan spelen in triage. Als belangrijke voorwaarden noemen zij dat de GGZ-professional dan wel goed bekend moet zijn met de sociale kaart rondom de huisartsenpraktijk. Onderzoek laat zien dat deze mogelijkheden nog beperkt worden benut, aangezien weliswaar in een grote meerderheid van de huisartsenpraktijken (87%) ondersteuning van een POH-GGZ aanwezig is, maar deze in de meeste gevallen alleen wordt ingezet voor volwassenen (de Beurs, 2016).

## 3.2 Het lokale team/ het wijkteam

Naast de huisarts is het wijkteam/het lokale team een belangrijke verwijzer en plek voor de toegang tot de jeugdhulp waar triage en signalering plaatsvindt. In de documentatie komt een aantal knelpunten naar voren. Als knelpunt wordt genoemd dat wijkteams onvoldoende kennis en expertise hebben om een goede inschatting te maken of zij zelf ondersteuning kunnen bieden of dat zij hier een andere partij bij moeten inschakelen. Risico's hiervan zijn dat gezinnen te laat de juiste ondersteuning krijgen waardoor problemen verergeren en dat wijkteams vollopen met tijdrovende zaken die bij een andere organisatie beter op hun plek zijn (Bernaards, 2017; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2018; Significant, 2017; Tranzo, 2018).

In denktanks werd ook beschreven dat de toegang via lokale teams langzamer verloopt omdat zij vaak eerst grondig onderzoek doen naar het probleem, dan een plan maken en dan naar de gemeente moeten voor een beschikking en dat toegang via de huisarts wordt gezien als een snelle route.

Verschillende onderzoeken wijzen op het feit dat lokale teams de toegangsfunctie verschillend oppakken. Onderzoek uitgevoerd door Tranzo (2018) omschrijft dat er geen eenduidige werkwijze is in triage en doorverwijzen in wijkteams. Er zijn verschillende factoren van invloed op de beslissing of ouders en kinderen worden doorverwezen.

---

<sup>49</sup> Een staalkaart is een representatieve selectie van voorbeelden van verwijzingen.



Er zijn geen duidelijke richtlijnen die ondersteunen in de beslissing om door te verwijzen of niet. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (2018) constateert dat kinderen met complexe problematiek niet altijd de juiste diagnose krijgen en daardoor geen passende zorg krijgen. Uit onderzoek van Bernaards (2017) komt naar voren dat er een verschil in doorverwijzen is tussen jeugdprofessionals in een wijkteam.

De ene professional is geneigd sneller door te verwijzen dan de ander. Uit het onderzoek van Bernaards (2017) blijkt dat de professionals handvatten missen om een goede inschatting te kunnen maken welke hulp ingezet moet worden en om de urgentie daarvan te bepalen. Rondom veiligheid zijn duidelijke instructies, maar op andere gebieden ontbreken deze nog. Dit betreft handvatten voor de werkwijze in het algemeen, maar ook voor specifieke situaties, bijvoorbeeld wanneer ouders geen toestemming geven voor overleggen met andere professionals. Hiernaast is er ook behoefte aan afspraken over tot waar de begeleiding en hulp van het wijkteam gaat en wanneer specialistische hulp erbij gehaald dient te worden.

In een Rondetafelgesprek Jeugd GGZ van maart 2018 is besproken dat er veel gevraagd wordt van wijkteammedewerkers. In de beroepsopleidingen is volgens de aanwezigen te weinig aandacht voor de rol die wijkteammedewerkers moeten vervullen. De schakelfunctie van het inschatten van de ondersteuningsbehoeften, het bieden van ondersteuning en het op tijd juist kunnen doorverwijzen vraagt bepaalde competenties en kennis. Dit is nu nog onvoldoende aanwezig in de lokale teams. De lokale teams bevinden zich in een ontwikkelfase en moeten even de tijd krijgen om zich goed te ontwikkelen. Het KJP (2019) onderschrijft dat op dit moment kennis en expertise op lokaal niveau mist en kennis die er is te versnipperd en onvindbaar voor gemeentes/lokale teams is (KJP, 2019). Ook in denktanksessies is besproken dat opleidingen nog erg op het 'oude denken' zijn ingesteld. Starters op de arbeidsmarkt kijken bijvoorbeeld nog steeds vanuit het eigen specialisme in plaats van breder dan dat (volgens het integraliteitsdenken) ; dat geldt ook voor de basispsychologen

De grote vraag bij de inrichting van de lokale teams is of en hoe hier GGZ-expertise wordt ingebracht. Gemeentes vinden verschillende antwoorden op deze vraag. In een denktank ging de discussie over de plaats van de jeugd-GGZ bij de toegang: moet de GGZ naar het kind of het kind naar de GGZ? Een deelnemer stelde: "Als je meer met de 'GGZ-bril' bij de toegang al kan kijken, dan zie je meer." Het voordeel van het inzetten van GGZ-expertise in het lokale team is dat het dan mogelijk is om sneller en gericht een zorgaanbieder te kiezen en hulp erbij te halen.

### 3.3 De justitiële route

Een deel van de verwijzingen komt van de Gecertificeerde Instellingen (GI)<sup>50</sup> en justitie. Circa 10% van de verwijzingen naar jeugdhulp gaat via Gecertificeerde instellingen (en minder dan 1% via justitie). Als het gaat om jeugdhulp met verblijf komt jaarlijks circa 40% van de verwijzingen van de GI's. Dat zijn over het algemeen dure en langdurige trajecten. Niet bekend is wat het aandeel trajecten jeugd-GGZ binnen deze langdurige trajecten is.

In een denktanksessie wordt aangegeven dat de GI's vaak naar jeugdhulpaanbieders verwijzen die zij in hun hoofd hebben. Ze zijn daarbij wel gebonden aan de jeugdhulp die door de gemeentes gecontracteerd is. Gemeentes zijn verplicht om de jeugdhulp te leveren die in de bepaling van een GI staat, ook al gaat het overgrote deel buiten de gemeente om. Dat maakt het allemaal wel erg ingewikkeld, aldus deelnemers van een denktank.

---

<sup>50</sup> Gecertificeerde instellingen worden van overheidswege gecertificeerd om maatregelen in het kader van de jeugdreclassering en jeugdbescherming te mogen uitvoeren.

Dit is overigens ook al opgemerkt in een eerder onderzoek uit 2017 (Significant, 2017). Daarin staat dat gemeentes ervaren dat veel verwijzingen naar specialistische jeugdhulp van GI's, jeugdartsen en medisch specialisten komen en dat deze partijen dit vanuit professionele autonomie, op basis van oude patronen, en daarmee buiten de invloedssfeer van gemeentes doen.

### 3.4 Beter samenwerken bij de toegang

Er zijn verschillende initiatieven ontplooid om de kwaliteit van de toegang te versterken door betere samenwerking.

Theunissen, Dijkshoorn, & Klein Velderman (2018) constateren dat de inzet van een jeugd-GGZ-medewerker bij een huisartsenpraktijk, Centrum Jeugd en Gezin (CJG)/consultatiebureau of lokaal team in de provincie Groningen ertoe heeft geleid dat slechts een klein gedeelte van de jeugdigen doorverwezen werd naar specialistische zorg. De overige jeugdigen werden laagdrempelig dicht bij huis geholpen. Volgens de onderzoekers zijn er twee belangrijke randvoorwaarden voor het succes van een specialistische ondersteuner in de basisvoorzieningen: voldoende capaciteit van de specialistische zorg en goede samenwerkingsafspraken tussen partners in het sociale domein.

In de regio Groningen is geëxperimenteerd met de inzet van een ondersteuner jeugd en gezin als praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk. Volgens de deelnemers aan de pilots is door de inzet van een ondersteuner jeugd en gezin de verbinding tussen de huisartsen en de wijkteams verbeterd. Hierdoor is er meer samenwerking tussen huisartsen en gemeente in de toegang tot de jeugd-GGZ. Huisartsen geven aan zich beter gesteund te voelen bij hulpvragen rondom gezins- en jeugd-GGZ problematiek en zien dat ook patiënten beter geholpen worden. Voor het succes van de pilot wordt geadviseerd om naast uren bij de huisarts ook uren in te zetten van de ondersteuner in de lokale basisteams. Daarbij is het belangrijk dat de ondersteuner de uren flexibel kan inzetten. Een andere succesfactor is een 'match' tussen de ondersteuner en de huisarts (Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten, 2019).

Ook worden suggesties gedaan om doorverwijzingen op een andere manier te verbeteren. Zo wordt in sommige gemeentes door een jeugdprofessional bij de toegang getoetst in hoeverre het aanbod (zorgarrangement) overeenkomt met de hulpvraag. Als dat het geval is dan kan de verwijzing succesvol worden doorgezet (Tranzo, 2018).

In Amsterdam is een pilot uitgevoerd om samenwerking van de Ouder- en Kindteams met de huisartsen te verbeteren, voornamelijk gericht op kinderen en jongeren met psychische en psychosociale klachten. De pilot bleek een succes. In de pilot kregen Ouder- en kindadviseurs en jeugdpsychologen meer ruimte dan gewoonlijk voor direct contact met de huisartsenpraktijken. Ze werkten hierin nauw samen met de jeugdgezondheidszorg, die ook onderdeel uitmaakt van de ouder- en kindteams. Door de verbinding van de verschillende disciplines uit de ouder- en kinderteams en de huisartsen kon de problematiek beter in beeld worden gebracht en sneller passende hulp worden geboden. Concrete uitkomsten van de pilotgebieden zijn:

- psychische- en/of gezinsproblematiek werd eerder of beter gesignaleerd door huisartsen;
- huisartsen verwezen minder vaak naar specialistische jeugdhulp dan in de overige gebieden in de stad. Het is niet met zekerheid te zeggen of dit komt door de intensievere samenwerking met de Ouder- en Kindteams, maar het lijkt er sterk op dat de huisarts vaker eerst het Ouder- en Kindteam consulteerde. Zij geven hierbij aan altijd de afweging te maken of zij het wel of niet nodig vonden om direct te verwijzen naar specialistische jeugdhulp;

- men is over en weer beter op de hoogte wat de ander te bieden heeft in de vaak gezamenlijke zorg aan gezinnen (Elaa, 2018).

Een ander voorbeeld om de samenwerking tussen huisartsen en lokale teams te verbeteren (uit de gemeente Utrecht), werd in een denktank gegeven. In de denktank werd verteld dat huisartsen meer naar buurtteams en specialistische teams gingen verwijzen, toen zij de meerwaarde van deze teams - door de beschikbaarheid van een combinatie van basis en specialistische zorg - in zagen.

Ook *Karakter*, een organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie, heeft een pilot uitgevoerd rond de samenwerking met huisartsen. In elf gemeentes is aangeboden om een GZ-psycholoog als specialistische ondersteuner huisartsenzorg bij jeugd-GGZ (SOH-JGGZ) aan de huisartsenpraktijk te verbinden (Otten et al., 2018). De SOH-JGGZ wordt ingezet voor screeningsdiagnostiek, triage, korte behandeltrajecten en waar nodig overbruggingszorg. Otten e.a. (2018) geven aan dat uit de eerste evaluaties blijkt dat er minder wordt verwezen naar de jeugd-GGZ door huisartsen met een SOH-JGGZ. De auteurs concluderen dat de SOH-JGGZ-pilots in de elf gemeentes succesvol zijn, kwalitatief hoogwaardige zorg leveren in de eigen woonomgeving en zeer waarschijnlijk bijdragen aan de gewenste substitutie naar generalistische basis GGZ en basiszorg.

In een document van de expertgroep Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ)<sup>51</sup> staat beschreven dat zij van plan zijn een schakelpunt in te stellen tussen basiszorg en specialistische zorg. Hoe dit schakelpunt eruit moet zien of georganiseerd moet worden wordt niet gespecificeerd (Expertgroep BGZJ, 2017).

### 3.5 Grip van de gemeente op verwijzingen

Volgens Significant (2017) zoeken gemeentes actief de samenwerking met verwijzers van jeugdhulp. Gemeentes geven aan dat de verwijzingen vaak nog verlopen via oude patronen, patronen die al bestonden voor de invoering van de Jeugdwet. Zij hebben de indruk weinig invloed te hebben op het doorbreken van deze patronen. Ze proberen wel in toenemende mate verwijzers mee te krijgen in hun beleid en visie op het lokale en regionale jeugdbeleid. Zij focussen hierbij het meest op de huisartsen en de eigen gemeentelijke toegang. De Gecertificeerde Instellingen (GI's) als verwijzer zijn wel in beeld bij gemeentes maar de samenwerking komt nog niet goed van de grond. Gemeentes hebben daarnaast weinig zicht op verwijzingen naar de jeugd-GGZ, omdat veel verwijzingen verlopen via de huisarts of medisch specialist.

---

<sup>51</sup> BGZJ is een samenwerking van Jeugdzorg Nederland, GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Vereniging Orthopedagogische BehandelCentra (VOBC)

## 4 Triage

### In het kort

Uit de documentenanalyse kwam weinig specifiek over triage. Vaak wordt triage in één adem genoemd met de thema's 'toegang' en 'doorverwijzen'. In de denktanks kwam triage wel als specifiek thema naar voren. Daarbij ging het vooral over wat triage inhoudt, en wie welke rol heeft bij triage. Benadrukt werd dat er een wezenlijk onderscheid is tussen triage en diagnose.

### 4.1 Wat is triage?

Tijdens verschillende denktanksessies werd besproken welke verschillende partijen een rol kunnen spelen bij triage. Daarbij ontstond allereerst een discussie over wat triage precies is. Triage is niet hetzelfde als diagnostiek (al lopen in discussies deze twee begrippen snel door elkaar). Het gaat bij triage vooral op antwoord op de vraag of al dan niet snel moet worden gehandeld. Een ander stelde dat triage gaat om het in kaart brengen wat er aan de hand is, en dan bepalen wie er (als eerste) mee aan de gang moet gaan. Ook wordt triage gezien als iets dat hoort bij het diagnostisch proces.

Goede triage vereist kennis aan de 'voorkant'. Onvoldoende kennis kan ertoe leiden dat kinderen niet tijdig worden verwezen naar een specialist. Anderzijds werd ook aangegeven dat het ook kan zijn dat door gebrek aan kennis te snel wordt verwezen, terwijl lichtere hulp voldoende zou zijn. Tijdens een denktanksessie werd genoemd dat uit een onderzoek naar residentiele plaatsing bleek dat relatief snel werd opgeschaald naar zware zorg, terwijl een goede probleemanalyse (trriage) vaak miste, en te snel werd geoordeeld op basis van probleemgedrag van kinderen. Uiteindelijk bleken er kinderen te zitten die er niet hoorden. Dit is het tegendeel van maatwerk. Vanuit de GGZ werd gesteld dat er al veel is geïnvesteerd om op een vakkundige manier te triageren. Daar kan beter gebruik van worden gemaakt.

### 4.2 Verschillende benaderingen bij triage

Huisarts en specialist hebben een andere benadering bij triage. Huisartsen stellen de basale triagevraag: aankijken of handelen? Vervolgens hanteren huisartsen een waarschijnlijkheidsdiagnose en handelt daarnaar. Als blijkt dat dat niet helpt, dan komt de volgende waarschijnlijkheidsdiagnose aan de orde. Huisartsen komen met enkele vragen tot een beslissing. Psychologen/psychiaters doen triage net omgekeerd en gaan er eerder vanuit dat ingrijpen aan de orde is en kijken dan vanuit hun kennis van psychiatrische stoornissen, waar de cliënt aan voldoet. Dit verschil heeft te maken met de verschillende rollen van huisartsen versus specialisten.

Tijdens een denktanksessie werd gediscussieerd over de rol van de school bij triage. School speelt een belangrijke rol in signaleren van problemen in de sociaalemotionele ontwikkeling, zo werd gesteld. En ouders hebben vaak ook veel vertrouwen in de school, als die aangeeft dat er problemen zijn. School doet zelf niet aan triage, maar een school kan wel signaleren dat iets niet pluis is en aangeven dat triage nodig is. Als triagist moet je ook met school contact kunnen opnemen voor een goede triage, vonden sommige deelnemers.

### 4.3 Samen puzzelen

Er zijn situaties waarbij echt spoed nodig is. De complexiteit en de ernst van de situatie bepaalt de urgentie. Je kunt geen standaardlijstje maken van aandoeningen of situaties waarbij je spoedzorg moet inzetten. Daarbij komt dat een kind zich ontwikkelt, en dat een diagnose dus niet statisch is. Dat betekent dat je samen moet puzzelen welke problemen er zijn en wat de beste oplossingen zijn. In een andere sessie werd besproken dat er kinderen zijn die nergens passen en dat echt meer ruimte nodig is om met elkaar voor deze kinderen passende zorg te regelen.

Voor triage zijn een aantal hulpmiddelen ontwikkeld. De Bascule, het KJP en Curium-LUMC hebben een *verwijskaart* voor kinder- en jeugdpsychiatrie ontwikkeld. Dit is een soort checklist met aspecten van een DSM stoornis, de ernst van de problematiek, de risico's, de complexiteit, en het beloop van de problematiek waarbij kan worden gekeken of er door moet worden verwezen naar generalistische basis jeugd-GGZ of specialistische jeugd-GGZ (KJP, Curium, & de Bascule).

Sommige gemeentes maken gebruik van een expertteam rondom het wijkteam. In dit team zijn verschillende disciplines vertegenwoordigd, waaronder ook de jeugd-GGZ. Deze teams hebben een *triagefunctie*; zij beoordelen of een verwijzing naar de specialistische jeugdhulp nodig is. Hiernaast wordt door de wijkteams soms ook gebruik gemaakt van triage-instrumenten. Er zijn veel verschillende soorten triage instrumenten beschikbaar, waarvan sommigen zijn geëvalueerd. De auteurs van de staalkaart zien een dilemma bij triage: men wil niet te snel problematiseren maar ook geen ernstige problematiek missen (KJP, Curium-LUMC, et al.).

Om de toegang en triage te verbeteren noemt GGZ Nederland (2016) een aantal mogelijkheden, bijvoorbeeld dat het meerwaarde heeft als wijkteams bij complexe gezinssituaties en kind met GGZ-problematiek, samen met GGZ-professionals op pad kunnen om een inschatting te maken van wat nodig is. Het elkaar kennen, zowel van gezicht als van expertise, biedt meerwaarde. Hiernaast kan worden ingezet op de versterking van de consultatie- en adviesrol van de jeugd-GGZ bij netwerkpartners, met als doel het tijdig signaleren van en de inzet van de juiste hulp bij psychische aandoeningen en verslavingsproblematiek bij jeugdigen te verbeteren. Een voorbeeld hiervan is de inzet van de trainingen Eerste hulp bij acute psychische klachten (Mental Health First Aid) voor ouders/verzorgers, leerkrachten, wijkteammedewerkers en vrijwilligers (GGZ Nederland, 2016).

## 5 Samenwerking

### In het kort

Over het belang van samenwerking is men het eens: om goede jeugdhulp te kunnen bieden is samenwerking tussen de verschillende betrokkenen noodzakelijk. De praktijk is een andere. Samenwerking blijkt lastig van de grond te komen. Hiervoor worden verschillende oorzaken aangedragen. Zo bemoeilijkt de noodzaak de privacy van gezinnen te waarborgen, de samenwerking. Ook zijn er verschillen in taal die betrokkenen hanteren. Het ontbreken van onderling vertrouwen, de verschillende manieren waarop een gemeente kan sturen en de verschillende visies op samenwerking beïnvloeden de samenwerking. Tenslotte komt naar voren dat het realiseren van samenwerking tijd kost, het vraagt extra investeringen om met elkaar te kunnen samenwerken.

### 5.1 Het belang van samenwerking

Door vrijwel alle partijen wordt het belang van samenwerking benadrukt. Zo stelt GGZ Nederland (2016) dat een domein-overstijgende aanpak voor complexe doelgroepen noodzakelijk is, maar dat de jeugdhulp versnipperd is en de samenwerking tussen verschillende domeinen niet vanzelf op gang komt. Hulp aan deze doelgroepen schiet nu dan ook tekort. De ontwikkelgroep ten behoeve van actielijn 1 van het Actieprogramma Zorg voor de jeugd, stelt dat “het niet helpt om eenzijdig naar één partij te kijken, bijvoorbeeld het wijkteam, om het op- en afschalen beter te willen maken. Zorg en veiligheid gaan samen op. We hebben elkaar nodig om effectief te zijn” (Hospers & van der Zijden, 2018).

Ook in de denktanks was men het erover eens dat om tot een passend aanbod te komen samenwerking tussen zorgaanbieders nodig is. Iemand stelde: “Door de Jeugdwet krijgen JGGZ-instellingen nu meer casussen met meervoudige problematiek, waar je ook andere disciplines of sectoren bij nodig hebt. Zijn ze daar voldoende op toegerust? De intentie om samen te werken is er, maar de reflex is nog steeds het werken vanuit de oude sectoren.” Geconstateerd werd dat aanbieders vaak nog niet samenwerken om samen een aanbod te realiseren. Toch zijn er mooie voorbeelden (zie paragraaf 5.4).

Dat samenwerking niet altijd tot stand komt wordt ook geconstateerd door de ervaringskundige jongeren die wij spraken: er werden ervaringen beschreven als wachten op zorg, niet op de juiste plek terecht komen, in een behandelgroep zitten waar je niet hoort, dat afspraken worden ingepland zonder de jongere te raadplegen en dat beslissingen worden genomen voor (en niet met) jongeren. Hulp is soms niet effectief, omdat samenwerking ontbreekt. Soms krijgt een jongere wel onderdak, maar geen behandeling. Gemeentes willen soms niet financieren omdat de instelling te ver weg is. Zij voegen hier aan toe dat ook de samenwerking tussen de professionals en de jongere niet altijd goed loopt. “Er wordt veel voor mij besloten, en niet met mij” en “als je 18 wordt laat iedereen je vallen.”, zo werd beschreven door ervaringsdeskundigen. Beschreven werd ook dat als jongeren onder toezicht worden gesteld van een voogd van een jeugdzorginstelling jongeren minder makkelijk uit de jeugdzorg raken: “Als je een voogd hebt kom je er helemaal niet uit”, zo werd gesteld door een deelnemer van de denktanksessie.

Continuïteit van de zorg, namelijk integrale zorg bieden en bescherming thuis is in principe een mooie ambitie van de Jeugdwet. Maar continuïteit van de zorg door het leven van de mensen heen is nog niet goed geregeld. De overgang van de leeftijd van 18- naar 18+ bijvoorbeeld.



En er zijn mensen die levenslang zorg nodig hebben. Daarvoor is te weinig aandacht.

Zo'n levensloop- en langere termijn blik is ook nodig wat betreft financiën: we kijken te veel naar alleen kosten in het hier en nu, niet naar de kosten die beleidskeuzen met zich meebrengen voor als de kinderen volwassen worden. Er wordt te veel in hokjes gedacht, van zorg voor jeugd en zorg voor volwassenen.

## 5.2 Knelpunten bij het tot stand komen van samenwerking

### Verschillende talen

Volgens Branches Gespecialiseerde Zorg Jeugd (BGZJ) (2017) wordt samenwerking bemoeilijkt doordat er verschillende talen worden gesproken binnen de jeugdsector (BGZJ, 2017). Deze verschillen bestaan tussen specialismen, tussen generalistisch en specialistisch kijken en behandelen/ ondersteunen/ normaliseren. Artsen gebruiken bijvoorbeeld een andere taal dan GGZ-professionals en professionals in de jeugd-GGZ gebruiken een andere taal dan professionals in de volwassen GGZ (Verslag Rondetafel Jeugd GGZ 8 maart 2018, 2018). Ook in denktanks werd dit knelpunt genoemd. Taal is erg belangrijk bij samenwerking; om elkaars taal te leren kennen, maar ook om geen uitspraken te doen die bij de andere partij kwaad bloed kunnen zetten (zoals: “ze rommelen maar wat aan”). Deelnemers stelden dat je niet moet focussen op uitzonderingen (waar het verkeerd is gegaan), maar op de gemene deler. Aan de andere kant moet er wel voldoende ruimte zijn om tegen elkaar te kunnen zeggen wat je dwars zit.

### Vertrouwen en gedeelde visie

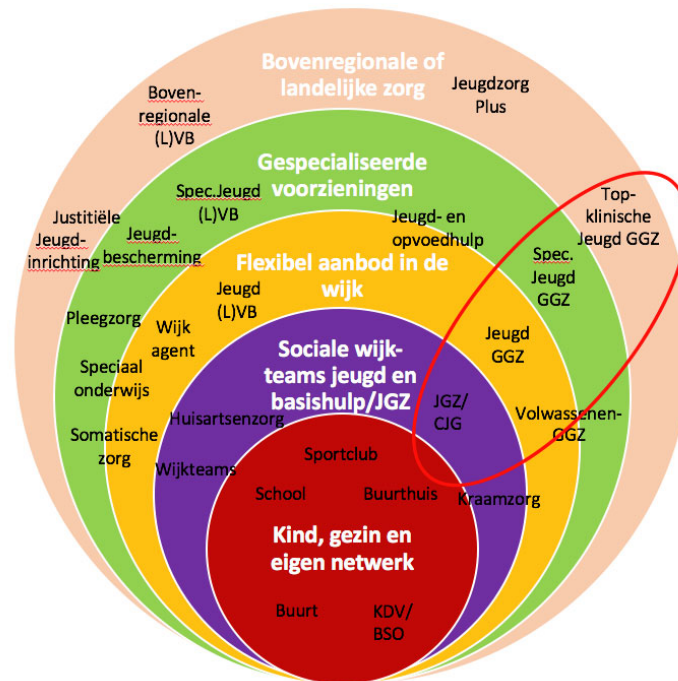
Naast taal speelt ook vertrouwen een rol. Dat vertrouwen komt niet vanzelf en wordt bemoeilijkt door verschillen in probleemdefinitie. Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP) geeft aan dat professionals met expertise op verschillende gebieden verschillende methodische uitgangspunten en tradities hanteren. Er kunnen grote verschillen zijn in visie en focus op de behandeling. Professionals uit de GGZ kijken bijvoorbeeld vanuit hun expertise anders aan tegen medicaliseren en normaliseren dan professionals vanuit andere expertises. Dit komt ook terug in de denktanksessie. De duiding ‘normaliseren’ wekt bijvoorbeeld wrevel op bij psychiaters: in de psychiatrie zijn kinderen soms echt heel ziek; als dat wordt ontkend, met het begrip normaliseren, dan werkt dat demotiverend. Tegelijk heeft het begrip normaliseren toch ook relevantie als het gaat om specialistische zorg. Het beeld lijkt te zijn dat als je eenmaal bij specialistische zorg zit, normaliseren niet langer mogelijk is. Dat beeld klopt niet. Normaliseren is dan bijvoorbeeld: weer verbinden met eigen netwerk.

Door het KJP wordt gesuggereerd dat een paradigmashift moet plaatsvinden van focus op eigen specialisme naar focus hoe je specialismes bundelt. Hierbij hoort het maken van een gezamenlijke probleemanalyse en een gedeelde visie op doelen en integrale jeugdhulp (KJP, 2018).

### Verschillende visies op samenwerking

Als voorbeeld van het bestaan van verschillende visies op samenwerking noemen we twee generieke modules die binnen de GGZ-standaarden zijn ontwikkeld. Deze zijn ontwikkeld om de samenwerking binnen de jeugd-GGZ en de samenwerking van de jeugd-GGZ met anderen te bevorderen, te stimuleren en te ondersteunen. Opmerkelijk is dat die twee modules naast elkaar zijn ontwikkeld en deels betrekking hebben op hetzelfde deelgebied van de jeugd-GGZ, maar geen van beide het gehele domein dekken. Het gaat hierbij om ‘de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ’ die gericht is op de samenwerking binnen de jeugd-GGZ (de rode ovaal rechts in de afbeelding hieronder), en ‘Organisatie van zorg voor kind en jongere’ die gericht is op de samenwerking van de jeugd-GGZ met andere partijen (gericht op vooral de rechterhelft van de figuur) (Akwa ggz; Akwa ggz).

Figuur 1: Overzicht van hulp rond een kind of jongere binnen het sociaal domein, (www.GGZstandaarden.nl)



Deze twee naast elkaar bestaande modules laten zien hoe lastig het is om te komen tot een gedeelde visie op samenwerking. In beide modules wordt benadrukt dat samenwerking tussen verschillende partijen noodzakelijk is en hoe men vanuit de jeugd-GGZ daaraan kan bijdragen. Tegelijkertijd zijn de modules geschreven vanuit het perspectief van de jeugd-GGZ, ondanks dat ze geschreven zijn met meerdere partijen. Dit is te begrijpen doordat het modules zijn binnen de GGZ-standaarden. Het is wel jammer dat het kennelijk nog niet gelukt is om, op hoofdlijnen, uitgangspunten te formuleren vanuit een breder perspectief. De GGZ-standaarden en deze specifieke modules geven een beeld van hoe gedacht wordt over de rol en de positie van de jeugd-GGZ in de samenwerking in de jeugdsector. Een sterk punt is dat organisatiebelangen worden overstegen.

### Privacyoverwegingen

Uit onderzoek van Venrooij e.a. (2017) blijkt de privacywetgeving belemmerend te werken bij de terugkoppeling van het jeugd- en gezinsteam naar huisartsen (Venrooij et al., 2017). In de handreiking 'Bekostiging jeugd-GGZ inspanningsgericht' van de VNG (2017) is ook beschreven dat privacy binnen de GGZ extra aandacht vraagt. Dit omdat behandelingen plaatsvinden binnen de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). De eindverantwoordelijkheid ligt bij een arts/psychiater en die heeft te maken met beroepsgeheim. Uit de casestudies bleek ook dat professionals vinden dat er aandacht moet zijn voor privacy-vraagstukken bij de samenwerking met lokale teams (zie Bijlage A).

## 5.3 Elkaar kennen en elkaar weten te vinden

In de denktanks is aangegeven dat het voor een goede samenwerking belangrijk is dat hulpverleners elkaar persoonlijk kennen, zodat ze weten naar wie ze doorverwijzen. Dit laatste aspect mist momenteel: "Men kent elkaar niet meer", zo werd gesteld.



Dit geldt ook voor de samenwerking tussen GGZ-aanbieders en gemeentes. Uit de denktanks kwam dat GGZ-aanbieders vaak niet weten wie ze in de gemeente of binnen het lokale team kunnen spreken. Grote aanbieders hebben met veel gemeentes en regio's te maken. Vanuit de aanbieders/specialisten is er behoefte om iemand van het lokale team bij de intake te hebben, ook al omdat ze niet goed weten wat het aanbod is en wat er speelt. Toch lukt dat niet altijd. Dat de verschillen tussen gemeentes toenemen, maakt de samenwerking niet makkelijker. Omgekeerd is ook het specialistische veld voor lokale teams complex. "Maar we kunnen niet zonder elkaar, en moeten elkaar betrekken waar dat nodig is", werd opgemerkt tijdens de sessie.

Dat dit niet vanzelf gaat maakt het volgende voorbeeld duidelijk. Zo heeft de gemeente Tilburg samen met GGZ-aanbieders casus geanalyseerd. Er bleken in alle gevallen ook financiële problemen te zijn in het gezin. Het bleek dat gezinnen apart werden behandeld voor schuldhulpverlening en GGZ problematiek. Geconstateerd werd dat de samenhangt mist. Om effectief te kunnen zijn, zijn beide expertises nodig: specialistische GGZ-kennis en het maatschappelijke perspectief.

Dit voorbeeld illustreert ook dat samenwerken vraagt dat er extra werk wordt verzet, in dit geval in de vorm van het maken van een gezamenlijke analyse van een aantal casus.

Uit onderzoek van Venrooij e.a. (2017) blijkt dat een grote groep huisartsen vindt dat er nog veel moet gebeuren om de samenwerking te verbeteren. Vanuit het jeugd- en gezinsteam vindt er regelmatig geen terugkoppeling plaats richting de huisarts. Zowel de huisartsen als de leden van het jeugd- en gezinsteam noemden hoge werkdruk bij het team als belemmering bij de terugkoppeling van het team naar de huisarts. Ook merken de teamleden dat huisartsen niet altijd behoefte hebben aan terugkoppeling (Venrooij et al., 2017).

Werken aan samenwerking vraagt tijd en ruimte en ook de bereidheid van organisaties om te innoveren over de eigen organisatiebelangen heen. In de gesprekken lopen twee zaken door elkaar: het belang van het beschikbaar krijgen van de GGZ-expertise (inhoud) en het belang van de GGZ-organisatie. Met de Jeugdwet zijn nieuwe organisatievormen ontstaan en staan bestaande organisatievormen onder druk. Deels is dat een gewenst effect van de Jeugdwet: anders organiseren kan bijdragen aan passender zorg. Het was juist de verkokering tussen verschillende financieringsstromen en daarmee tussen organisaties, die aanleiding was voor de transitie. Zo zijn er in verschillende gemeentes lokale teams waarin expertise uit verschillende organisatie bij elkaar is gebracht, soms in een nieuwe organisatie. Dat kan een gewenste ontwikkeling zijn om vorm te geven aan de integrale aanpak. Die keuze heeft wel gevolgen voor de oude organisaties. Functies die binnen die oude organisaties belegd waren kunnen dan zomaar verdwijnen. Denk daarbij aan zaken als de deskundigheidsbevordering en de vakinhoudelijke ontwikkeling. Het is belangrijk dat die functies wel geborgd blijven.

Een belangrijke vraag is hoe je experts met een grote caseload toch zover krijgt om over dit soort dingen te gaan nadenken. Een vertegenwoordiger van een gemeente merkte in een denktank op dat het veld van de jeugd-GGZ wel in beweging is, mede door de financieringssystematiek. In sommige gemeentes lijkt co-creatie met de veldpartijen goed te werken, maar het kost veel tijd.

## 5.4 Integraliteit organiseren

Tijdens denktanksessies werd gesteld dat vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in sommige gemeentes een aparte positie hebben. Bij complexe situaties kunnen zij vaak niet meedoen. Zij willen vaak ook niet de complexe situaties behandelen, zij zijn monodisciplinair. Het stelsel heeft eigenlijk geen plek voor deze opvatting.

Vrijgevestigden moeten dan meedoen aan die integrale zorg als onderaannemer, maar dan komen ze soms bijna in dienst van een hoofdaannemer. Dat is niet wat de vrijgevestigden willen.

In de denktanksessies is ook gesproken over problemen rond hoofd- en onderaannemerschap, in vaak complexe situaties. Deze begrippen zijn geïntroduceerd om invulling te geven aan de gevoelde noodzaak tot het bieden van integraliteit, wat een uitgangspunt is van de Jeugdwet, vanuit de veronderstelling dat de gemeente die integrale aanpak kan organiseren. De verantwoordelijkheid voor die integraliteit wordt vervolgens door de gemeente bij een hoofdaannemer gelegd. Dit levert een aantal spanningen op. Niet altijd zijn de middelen toereikend. Dat levert een lang onderhandelingsproces op tussen partijen. De hoofdaannemer heeft dan de rol van opdrachtgever, wat een andere is dan de rol van samenwerkingspartner. Dat draagt niet bij aan het onderlinge vertrouwen. Ook kunnen gespecialiseerde aanbieders zich genoodzaakt voelen, of het als kans zien, om een breder pakket aan diensten, in eigen beheer, aan te gaan bieden. Zij ervaren dat als een oneigenlijke functie, die ook inhoudt dat ze op die andere functie gaan concurreren met andere partijen.

Geconstateerd werd dat het integraliteitsdenken twee kanten heeft. Enerzijds is het mooi dat gezinnen integraal geholpen kunnen worden: bijvoorbeeld bij schulden, bij huisvesting en bij psychische problemen. Het blijkt ook dat de wijkteams op plekken komen waar ze daarvoor niet kwamen, er komen gezinnen in beeld die daarvoor niet zichtbaar waren. De aandacht voor het integrale verhaal kan ertoe leiden dat ernstige acute psychiatrische problematiek gemist wordt. Hierdoor krijgen kinderen niet de juiste hulp. Dat kan op zich een oorzaak zijn van het uit de hand lopen van een bepaalde situatie.

Een goed voorbeeld van integraliteit vormen de ervaringen vanuit de FACT (Flexible Assertive Community Treatment) teams: die hebben per definitie te maken met gezinnen met complexe problematiek, met een uitgebreide carrière in de zorg, en cliënten die hun geloof in de hulpverlening zijn verloren omdat ze te lang al die lijnen door moesten. Betere samenwerking tussen alle specialismen levert voor deze doelgroep heel veel op. De FACT-teams werken volgens de Samen1plan methode, het één gezin, één plan, één regisseur-principe: een integrale aanpak voor gezinnen met meerdere problemen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van Samen1plan.nl. Samen1Plan.nl is een online hulpverleningsplan voor zorgtrajecten waarbij meerdere betrokkenen zijn. De winst zit erin dat de lijnen om andere disciplines te betrekken veel korter zijn. Bij complexe gezinnen moet je er echt omheen staan en continuïteit organiseren, langdurig. Wat er ook gebeurt, één continue factor blijft er altijd bij. Dat lijkt te werken.

In een denktanksessie werd ook een voorstel gedaan voor een nieuw discipline; casusregie op complexe gezinnen. Die professional moet goed kunnen schakelen, brede kennis hebben van de verschillende soorten problematiek, en professionals goed bij elkaar kunnen brengen. Een goed voorbeeld daarvan is een *levensloop regisseur*, aangesteld vanuit het sociaal domein bij de gemeente; dit is een ambtenaar, die aan hoog complexe gezinnen wordt toegewezen om te kunnen verbinden op de momenten dat doorpakken nodig is. Afgevraagd werd wel of het hierbij om een nieuw vak gaat of eigenlijk om nieuwe vormen van samenwerking.

Ook werd tijdens een denktanksessie afgevraagd wie integraliteit moet organiseren. Integraliteit vereist samenwerking, maar wie is daarvoor verantwoordelijk? De Jeugdwet geeft hier geen uitsluitsel over. Specialisten zien hier al snel een rol voor de gemeente. Maar de gemeente vindt dat er ook een verantwoordelijkheid ligt bij de aanbieders. Met een sturingsmethodiek die congruent is op alle fronten, waaronder de financieringssystematiek kunnen ze dat bevorderen.

Veel verwijzingen naar jeugd-GGZ gaan via de huisartsen, dan is de gemeente er niet bij betrokken, en moet de aanbieder het sowieso organiseren.

Het valt op dat weinig geschreven wordt over een gezamenlijke opdracht van de lokale teams en de jeugd-GGZ. Er wordt vooral geschreven over de rol van het wijkteam en dat zij de oorzaak zijn van te late doorverwijzingen. Veel minder wordt geschreven over de rol die de jeugd-GGZ zelf kan hebben om dit probleem te doen afnemen, door bijvoorbeeld meer expertise naar de wijkteams te brengen voor een goede triage of meer in gezamenlijkheid ondersteuning te bieden.

In sommige gemeentes blijft een casemanager meelopen met het behandeltraject. In andere gemeentes wordt de behandelaar in het lokale team gehaald.

Samenwerking tussen lokale teams en de specialistische GGZ is ook van belang om afschalingsproblematiek te verhelpen: “Aanbieders geven aan te weinig mogelijkheden te zien om verantwoord af te schalen, door ontbreken van voorzieningen op lokaal niveau en wijkteammedewerkers”, zo wordt gesteld in het rapport van Significant (Significant, 2017).

## 5.5 Keuzes in de manier van sturen door een gemeente

Tijdens een denktanksessie werd geconstateerd dat de keuzes die gemeentes maken voor hun sturingsmodel van grote invloed zijn op de mogelijkheden tot samenwerking, maar ook voor de toegang en de relatie met de hoog specialistische jeugd-GGZ. Bij de keuze voor een sturingsmodel door een gemeente zijn veel verschillende actoren betrokken. De politiek (wethouder, gemeenteraad) speelt een belangrijke rol. De gemeenteraad wil ook invloed, maar ziet haar invloed beperkt o.a. door keuzes die op regioniveau worden gemaakt. Dan grijpt ze snel naar het budgetrecht, vooral om kostenoverschrijdingen aan te pakken. Dat heeft direct invloed op het beleid. Voor een samenhangend beleid is het belangrijk om de gemeenteraad van begin af aan ‘mee te nemen’.

Tijdens de denktanksessie is een onderscheid gemaakt tussen twee stijlen die bij de sturing spelen. De eerste richt zich op *samenwerken*, het hebben van of komen tot een gedeelde missie. Kenmerkend is dat er proeftuinen worden georganiseerd, kwartaalgesprekken worden gevoerd en themabijeenkomsten worden georganiseerd. De andere stijl richt zich op het *bewaken van het budget*. Kenmerkend is dat er convenanten worden gesloten, er een budgetplafond wordt vastgesteld en dat gestuurd wordt op productie- en cliëntervaringscijfers. In hun beleid zoeken gemeentes naar een optimale balans tussen deze twee stijlen. Het is geen kwestie van of-of, maar meer een kwestie van en-en. Zij passen die mix al doende aan, op basis van ontwikkelingen. Zo was Groningen gestart met het accent op samenwerken, maar heeft het meer controle-elementen geïntroduceerd, vooral om tekorten aan te pakken. Later realiseerde men zich dat het nodig is toch weer meer in te zetten op samenwerking om te profiteren van de kennis van de partners in het veld

In de denktanksessie werd gesteld dat gemeentes die hun ambities en visie minder scherp hebben, sneller switchen tussen deze stijlen. Het bij-effect van, snel, wisselen van stijl is dat geen inzicht ontstaat in de effecten van bepaalde beleidskeuzes, omdat die effecten pas na enige tijd zichtbaar kunnen worden.

Als relativering geldt dat een gemeente weliswaar kan proberen te sturen vanuit een consistente visie, maar dat het niet lukt om alles in controle hebben. Zo lopen de meeste verwijzingen naar jeugd-GGZ via huisartsen en kan het gebeuren dat in een kleine gemeente juist verschillende kinderen een beroep doen op een dure vorm van jeugdhulp.

Maar ook kan het voorkomen dat er tussen gemeentes binnen een regio verschillende visies bestaan, die elkaar beïnvloeden. Zo kan één gemeente in een regio kiezen voor een sterk lokaal team, met minder verwijzingen, terwijl andere gemeentes ervoor kiezen vooral te verwijzen, waardoor er relatief veel kosten worden gemaakt voor specialistische zorg. Vanwege het solidariteitsprincipe, waarbij gemeenten de kosten op regionaal niveau delen, komen de kosten voor die verwijzingen deels ook ten laste van de gemeente die ingezet had op het lokale team.

In verschillende sessies werd gesteld dat de aanbestedingsroutes invloed hebben op het mogelijk maken van samenwerking. Financiering kan ervoor zorgen dat aanbieders uit elkaar worden gedreven. Sommige financieringsconstructies maken het niet mogelijk om even kort met elkaar mee te denken, om 'samen te puzzelen'. Een voorbeeld is dat een specialist geen financiering krijgt voor een korte consultatie, wat belemmerend werkt voor samenwerking. Met name de outcome-financiering<sup>52</sup> baarde sommige deelnemers zorgen: het zorgt ervoor dat men een voorzichtig aannamebeleid hanteert wat de zorg voor kinderen niet ten goede komt. Anderzijds werd tijdens een sessie ook besproken dat de financieringsystematiek ook mogelijkheden kan bieden om samenwerking te bevorderen (met het loslaten van de dbc-systematiek).

---

<sup>52</sup> In plaats van per gewerkt uur krijgt de hulpverlening geld voor een hulplan met een meetbaar resultaat: dat de jongere weer naar school gaat bijvoorbeeld, of zijn gedrag verbetert.

## 6 Hoog specialistische jeugd-GGZ

### In het kort

Het beeld dat uit de documenten opkomt is dat de hoog specialistische jeugd-GGZ onder druk staat. Deels wordt dat geweten aan een te krappe inkoop, maar harde cijfers lijken te ontbreken. Daarnaast wordt ook op andere oorzaken gewezen, zoals een gebrek aan expertise in de lokale teams of bij gedragsdeskundigen over psychopathologie, en een tekort aan, gekwalificeerde, professionals. Op de achtergrond wordt daarbij verwezen naar de verwachting dat preventie kan leiden tot een afname in het gebruik van (hoog) specialistische jeugd-GGZ. Dit effect lijkt (nog) niet aanwezig. Daarbij wordt ook gesteld dat er, ondanks inzet op preventie, altijd behoefte zal zijn aan een aanbod van hoog specialistische jeugd-GGZ. Oplossingen worden gezocht in het beter inbedden van de specialistische expertise in de lokale teams, maar ook in het zoeken naar stabielere vormen van financiering. Daarnaast staat de zorg voor jeugdigen die voor een lange periode behoefte hebben aan 24-uurs zorg onder druk.

### 6.1 Hoog specialistische jeugd-GGZ staat onder druk

Algemeen LHV-bestuurslid Garmt Postma stelde: *“Dat de overheid de medicalisering van problemen en afhankelijkheid van zorg wil verminderen en zelfredzaamheid van de burger wil bevorderen is op zich ‘niet zo’n gekke gedachte’. Het is alleen in zo’n rap tempo gegaan dat bepaalde groepen in de samenleving, die het toch al moeilijk hebben, het niet kunnen bijbenen. Die verdwalen in het systeem.”* (Lambregtse, 2018).

Een aanbieder van hoog specialistische jeugd-GGZ geeft aan dat in de transformatie de focus voornamelijk ligt op preventie en lokale hulp met daarbij de gedachte dat dit de inzet van zware hulp zal voorkomen of zelfs doen verdwijnen. Er blijven echter altijd kinderen die hoog specialistische jeugd-GGZ nodig hebben. Op lokaal niveau ontbreekt de kennis om deze groep tijdig te signaleren en door te verwijzen. Er lijkt daarom geen behoefte te zijn aan dit type zorg. Het idee is dat hierdoor deze vorm van zorg minder wordt ingekocht. Hierdoor dreigen essentiële voorzieningen en kennis verloren te gaan. Het gaat om:

- Specialistische functies binnen jeugdzorg plus;
- Specialistische functies binnen de GGZ, zoals eetstoornissen en GGZ voor doven en slechthorenden;
- Expertise en behandelcentra op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties (eer gerelateerd geweld/slachtoffers van loverboys);
- Gespecialiseerde diagnostiek, observatie en exploratieve behandeling aan (L)VB jeugd GGZ met bijkomende complexe problematiek;
- Forensische jeugdzorg: inzet van erkende gedragsinterventies gericht op het verminderen van de recidive bij schorsing voorlopige hechtenis, voorwaardelijke veroordeling of gedragsmaatregel.

Opgemerkt moet worden dat een groot deel van de hoog-specialistische jeugd-GGZ landelijk wordt ingekocht, via de VNG.

Ook tijdens een denktanksessie werd genoemd dat er weinig zicht is op de vraag naar en het aanbod van specialistische jeugd-GGZ. Daarnaast werd in deze sessie gesteld dat kinderen te laat worden doorverwezen naar gespecialiseerde jeugd-GGZ. De hoog specialistische jeugdhulp loopt daarom vol met erg zieke kinderen. Voor de late verwijzingen van de groep jonger dan 12 jaar wordt aangegeven dat vermoedelijk te lang gedacht wordt dat de oplossing gevonden kan worden in de opvoeding en het systeem en de gedragsproblematiek van het kind zelf te laat serieus wordt genomen.

Voor deze groep jonge kinderen is het ook logisch dat er naar het systeem en de opvoeding wordt gekeken, maar het is belangrijk om op tijd door te verwijzen als het nodig is. Ook is gesneden in ambulante zorg tussen de 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn. Daardoor is het moeilijker om eerder ambulante hulp te verlenen bij dreigende escalatie. Lastig is dat er geen goede data zijn om dit beeld te onderbouwen en nader te analyseren. Dit zou volgens deelnemers meer aandacht moeten krijgen in de toekomst.

De NVvp (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2018) geeft aan dat er op dit moment te weinig (crisis)behandelplekken zijn in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De NVvp ziet hierin een mogelijke verklaring voor de toename in het gebruik van (gesloten) jeugdzorg, omdat er een tekort is aan ambulante mogelijkheden.

## 6.2 Belang en erkennen van expertise

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018) benadrukt het belang van de inzet van SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd)-geregistreerde professionals en constateert in een onderzoek naar de zorg aan slachtoffers en loverboys dat sommige aanbieders onvoldoende werken met SKJ-geregistreerde professionals (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018).

In een denktanksessie werd met name door jeugd-GGZ aanbieders aangegeven dat er een gebrek is aan erkenning van en het vertrouwen in de expertise van de jeugd-GGZ. Het continu moeten overtuigen van anderen om voor elkaar te krijgen wat nodig is werkt demotiverend en vraagt veel energie. “Geef ons het vertrouwen om te kunnen doen wat goed is”, zo citeren we een deelnemer. De deelnemers geven aan dat dit ook effect heeft op de arbeidsmarkt. Het beroep wordt steeds minder aantrekkelijk omdat professionele ruimte wordt gemist en veel energie verloren gaat in het overtuigen en verantwoorden. Hierdoor is ook een personeelstekort ontstaan volgens sommige deelnemers.

De beroepsgroep in de kinder- en jeugdpsychiatrie ervaart weinig erkenning en waardering voor hun specifieke verantwoordelijkheden, zo bleek tijdens een denktanksessie. Dat speelt heel zichtbaar rond de regievraag. In de nieuwe samenwerkingsvormen is steeds meer sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid en regie. De jeugd-GGZ kent hierin echter een andere werkwijze dan de jeugdzorg. De jeugdzorg werkt volgens een deelnemer volgens het escalatiemodel en de GGZ doet een beroep op professionele verantwoordelijkheid. Deze verschillen zitten niet alleen in cultuur, ze zijn ook juridisch verankerd. Bij de doelgroep waar het in deze denktanksessie over gaat, spelen deze vraagstukken een grote rol omdat het gaat om hele kwetsbare kinderen. Bij hoog specialistische zorg is samenwerking en regie extra van belang en worden juridische kwesties nog belangrijker omdat de risico's groter zijn. “En dan is een gebrek aan professionele ruimte soms letterlijk dodelijk”, zo werd gesteld tijdens de sessie. Wanneer het spannend wordt, wordt door het formele systeem (zoals de inspectie en het tuchtrecht) teruggegrepen op de medische beroepscode en zijn professionals ook daadwerkelijk juridisch aansprakelijk. De Jeugdwet valt niet onder de Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz) wat de onduidelijkheid in regie en verantwoording versterkt.

De term jeugd-GGZ is een onduidelijke term die om uitleg vraagt. Voor weinig mensen is duidelijk wat er onder wordt verstaan. De term complexe problematiek doet meer recht aan het werk dat de jeugd-GGZ verricht, zo werd gesteld. De jeugd-GGZ heeft te maken met kindproblematiek en met het hele systeem dat ermee te maken heeft. Gemeentes zitten met deze onduidelijkheid ook met de handen in het haar. Gemeentes kunnen soms het onderscheid niet maken tussen de verschillende typen GGZ. Hoe kunnen gemeentes dan voorzien in de beschikbare middelen?



Het is heel verschillend hoe gemeentes hiermee omgaan. De landelijk werkgroep jeugd-GGZ van de VNG wordt genoemd als goede plek om dit soort thema's te bespreken. Daarnaast wordt genoemd dat er regio's zijn waar het echt al heel goed gaat; "waar er wel veel vertrouwen is".

Vissenberg & Jurrius (2016) constateren een aantal knelpunten: diagnoses worden vaak bijgesteld, gebrek aan continuïteit van zorg, geen onderscheid tussen wonen en behandeling, het op afstand zetten van (pleeg)ouders, wachtlijsten voor vervolghulp en een gebrek aan beschikbare veilige woonplekken. Ze constateren dat financiële prikkels vervolgens de doorstroom belemmeren (Vissenberg & Jurrius, 2016). Ervaringsdeskundigen hebben tijdens denktanksessies aangegeven dat zorg op maat van belang is.

### 6.3 Kosten specialistische jeugd-GGZ voor een individuele gemeente

Naast de onduidelijkheid in terminologie speelt ook onbekendheid met de kosten van de specialistische jeugd-GGZ een rol. De financiële impact van vormen van specialistische jeugd-GGZ kan groot zijn voor gemeentes. Gesteld wordt dat het wel belangrijk is dit in het juiste perspectief te plaatsen: over het algemeen is de inzet van jeugd-GGZ relatief goedkoop en kan dat escalatie voorkomen. Een individuele gemeente kan relatief veel kosten maken voor een beperkt aantal kinderen. De ene gemeente heeft daar wel en de andere gemeente heeft daar niet mee te maken.

### 6.4 Behouden hoog specialistische hulp

Om kinderen goed en snel door te kunnen verwijzen naar de hoog specialistische GGZ wordt vanuit de sector gepleit dat kinderen die deze vorm van hulp nodig hebben in de lokale teams en bij huisartsen worden gesignaleerd. Dit kan door aan deze teams voldoende expertise (van kinder- en jeugdpsychiater en/of BIG-geregistreerde collega) toe te voegen, of doordat kinder- en jeugdpsychiaters laagdrempelig te consulteren zijn (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2018).

Fier<sup>53</sup> (2018) doet in een manifest naar aanleiding van zorgen over de effecten van de transformatie Jeugdhulp de suggestie om op 2 of 3 plaatsen in Nederland *proeftuinen* in te richten om ervaring op te doen met het inrichten van heldere verwijzingsstructuren, met de inbedding van het (zeer) schaarse landelijk specialisme in de regionale en lokale infrastructuur en met de rol en positie als kennis- en onderzoekscentra.

Fier (2018) stelt in haar manifest dat hoog specialistische jeugd-GGZ vraagt om een hoge concentratie van kennis en capaciteitbundeling. Voor behoud van de voorzieningen is het nodig dat er duidelijkheid komt in de financiering en dat de voorzieningen investeren in onderzoek: wat is de beste behandeling voor complexe problematiek? In het manifest wordt daarbij een verbinding gelegd met het verminderen van dwang en opsluiting (Fier, 2018). De NVvP (2018) doet de oproep om hoog specialistische hulp via bovenregionale standaarden/landelijke normen te organiseren. Daarnaast zijn behandeltrajecten noodzakelijk die tijdig op en afschalen naar bijvoorbeeld intensieve ambulante zorgteams of residentiële zorg mogelijk maken. Het landelijk verbinden van initiatieven of het aanbieden van landelijke voorbeelden is van belang zodat niet elke gemeente/regio het wiel zelf hoeft uit te vinden. In het manifest van Fier (2018) wordt dit onderschreven.

---

<sup>53</sup> Fier is een landelijk expertise- en behandelcentrum.

Tijdens een denktanksessie is hier ook over gesproken, en werd het voorstel om de specialistische hulp landelijk te organiseren ondersteund. Er werd gesteld dat veel energie verloren gaat bij gemeentes en aanbieders om vraag en aanbod te matchen voor de groep kinderen met ernstige psychische problemen. Door de versnippering en de knip met de Zorgverzekeringswet raken hoog gespecialiseerde behandelklinieken geïsoleerd en is het steeds moeilijker om op landelijk niveau samen te werken. Een deelnemer maakte de parallel met de transplantatiegeneeskunde. Ook daar heb je landelijke regie nodig om een goede match te kunnen maken tussen vraag en aanbod en het verbinden van de juiste expertises. Het is hiernaast moeilijk om vanuit regionale aansturing deze organisaties goed te laten samenwerken. Een slechte samenwerking en afstemming tussen vraag en aanbod verhoogt de kans op het rondsturen van kinderen, waarvan bekend is dat het heel schadelijk is. En er verdwijnt kennis en ervaring terwijl de sector zich ook inhoudelijk moet blijven ontwikkelen. Ook door de beperkte financiële middelen: gemeentes hebben te weinig oog voor de ontwikkeling van specialistische zorg terwijl in dezelfde ziekenhuizen vanuit de reguliere gezondheidszorg wel degelijk middelen in de ontwikkeling wordt gestoken.

## 6.5 24-uurs zorg

Naast de jeugdigen die behoefte hebben aan hoog specialistische jeugd-GGZ is er nog een andere groep waarvoor de decentralisatie veel gevolgen heeft. Dit zijn de jeugdigen met een behoefte aan zorg op maat. Zij wonen meestal niet thuis en hebben 24-uurs-zorg nodig. Voor het realiseren van deze zorg op maat is samenwerking tussen jeugdhulpaanbieders en de lokale toegang van groot belang om zo de diversiteit aan deskundigheid waar deze groep jeugdigen om vraagt bij elkaar te brengen (HHM, 2018). Daar komt bij dat het belangrijk is dat het aanbod meegroeit met hun ontwikkelbehoefte. Een 12-jarige die instroomt heeft immers een andere behoefte dan een 16-jarige. Daarnaast speelt ook een ingewikkelde overgang bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Ook tijdens denktanksessies werd deze overgangperiode als problematisch ervaren. Voor de transitie leek het gat tussen de jeugd-GGZ en volwassen-GGZ kleiner te worden, maar deze kloof is nu weer groter geworden door de knip in de wetgeving en dit lijkt zich door te zetten. Daarnaast verschaalt door de knip in het stelsel het aanbod voor de brede groep kwetsbare jongeren in transitie naar volwassenheid terwijl daar juist zo veel in ontwikkeld wordt met behulp van de actuele kennis.

Onderzoek van Tranzo (2018) beschrijft dat er een spanning is over de doelen van de wet: maatwerk wat kosten met zich meebrengt, versus bezuinigingen. Hierdoor lijken gemeentes de gespecialiseerde jeugdhulp minder in te zetten (Tranzo, 2018)

In een bijeenkomst over de doelgroep jeugdigen met psychische stoornissen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, geeft een ervaringsdeskundige het volgende aan: *“Gemeentes kopen niet altijd de zorg die ingrijpt op de échte oorzaak. Vaak gebeurt dit vanwege de te hoge kosten die met de zorg gepaard gaan. Ook gebeurt het dat een gemeente weigert zorg in te kopen bij een zorgaanbieder die zich in een andere gemeente bevindt. Ook dit heeft te maken met de kosten van die niet gecontracteerde zorg”*. Gemeentes stellen dat kosten alléén nooit de reden mogen zijn dat geen passende zorg wordt ingekocht. Gemeentes wijzen er echter wel opnieuw op dat de kosten die voor de zorg voor deze kinderen gemaakt moeten worden een aanzienlijk beslag leggen op het beschikbare budget. Zorgvragen van deze jeugdigen kunnen niet alleen worden opgelost met GGZ-zorg maar vragen om inzet van meerdere expertises via een integrale aanpak. Gemeentes geven ook aan dat om de mogelijkheden van de Jeugdwet ten volle te kunnen benutten er wel aanvullende financiering binnen de Jeugdwet nodig is (Verslag bijeenkomst Jeugdigen met psychische stoornissen, 2019).



## 7 Leren

### In het kort

Met de veranderingen als gevolg van de invoering van de Jeugdwet verandert ook de aandacht voor het thema leren. Leren kan op verschillende niveaus: tussen hulpverlener en cliënt, binnen lokale teams, binnen een gemeente, in de samenwerking van gemeentes met aanbieders, tussen gemeentes binnen een regio, en bovenregionaal. Enerzijds wordt geconstateerd dat de invoering van de Jeugdwet ertoe heeft geleid dat partijen, zoals gemeentes en de verschillende professionals, elkaar op regionaal niveau meer ontmoeten en dat er een behoefte en een praktijk is ontstaan van samen te leren. Daarbij wordt vooral gedacht in termen van kennisuitwisseling.

Met de decentralisatie staan ook de vanzelfsprekendheden van de bestaande structuren ter discussie. De academische centra zijn van mening dat de bekostiging van de bestaande academische infrastructuur sinds de decentralisatie kwetsbaar is. Er lijkt sprake te zijn van verschillende culturen van leren. In de regio lijkt het accent te liggen op het leren middels onderzoeksvormen zoals actieonderzoek, gericht op de effecten van samenwerken en de effecten van interventies waarbij oog is voor de context. In de academische centra staat de vraag naar het ontwikkelen van innovatieve interventies centraal. Tenslotte is, als gevolg van de decentralisatie, ook de informatievoorziening op landelijk niveau veranderd, waardoor het lastiger is om een gedegen getalsmatig inzicht te krijgen in de ontwikkelingen op dit terrein (VNG, 2018).

### 7.1 Andere kennisinfrastructuren

De kennisinfrastructuur in de jeugdsector verandert. Dit lijkt te leiden tot een versnippering van het aanbod: er zijn meerdere (online) richtlijnen op meerdere thema's en verschillende kennisinstituten die deze kennis aanbieden. Dit werd bevestigd in de denktanks. Ook kennisinstellingen moeten zich aanpassen, aan de vraag naar kennis over integrale thema's. Het KJP, NJI en anderen werken samen om daarmee een slag te maken.

Ook is er een brede behoefte aan meer data. Door o.a. het wegvallen van de dbc-systematiek zijn er minder cijfers voorhanden. Ook werd in denktanksessies aangegeven dat data onvoldoende worden benut, bijeengebracht, geanalyseerd en geduid. Aandachtspunt is wel dat de behoefte aan meer informatie niet leidt tot een stijging van administratieve lasten voor de aanbieders en professionals. Voor het beleid geldt dat het lastig is om een goed inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in het gebruik van jeugdzorg. Er zijn verschillende pogingen ondernomen om dit beeld te verkrijgen, zonder dat hier een goed landelijk overzicht uit voortkomt. Ook in het kader van dit onderzoek kon een dergelijk overzicht niet worden gegenereerd. Dit ligt bijvoorbeeld aan het feit dat het CBS geen aparte gegevens meer registreert over de productie in de jeugd-GGZ. Een recent onderzoek van Significant in 26 gemeentes levert wel inzicht op in het aantal unieke jeugdigen dat een beroep doet op jeugdzorg. Voor informatie over de 'intensiteit' van de jeugdhulp moest Significant gebruik maken van cijfers van 10 individuele gemeentes (Batterink, Geurts, Reitsma, & Tazelaar, 2019).

Daarnaast wordt veel kennis lokaal ontwikkeld, terwijl die niet als vanzelf wordt gedeeld met andere regio's. Er blijkt een behoefte aan een agenda die zowel lokaal als landelijk leidend is voor het doen van onderzoek (KJP, 2019; Significant, 2017). Een complicerende factor daarbij is dat gemeentes, en de betrokken professionals, verschillende kennisbehoeftes hebben, omdat de vraagstukken waar zij mee kampen verschillend zijn van elkaar.

De verschillen in de inrichting van het zorglandschap per regio zijn hier zeker debet aan (KJP, 2019).

Ook de toenemende verschillen per gemeente maken gezamenlijk leren binnen een regio moeilijker, zo blijkt uit een denktanksessie. Sinds 2019 loopt het onderzoeksprogramma 'Wat werkt voor de jeugd' van ZonMw, die mogelijk aan de kennisbehoefte van verschillende partijen kan voldoen.<sup>54</sup>

Gemeentes pakken de laatste jaren steeds meer een rol als stimulator en facilitator voor innovaties. Zij willen aanbieders stimuleren onderling samen te werken om te komen tot innovatie in de jeugdsector. De onderlinge samenwerking zorgt voor meer wederzijds begrip en overdracht van expertise. Op deze manier investeren in kennis heeft dus een dubbelfunctie: het genereren van kennis *en* elkaar in de regio beter leren kennen. Gemeentes hebben daarbij behoefte aan inzicht in de manier waarop ze om moeten gaan met de vrijheid die nodig is om te kunnen leren en de eigen behoefte aan sturing en beheersing van processen. Dit speelt zeker ook omdat in de samenwerking ook organisatiebelangen een rol spelen (Significant, 2017).

## 7.2 Het belang van leren op lokaal niveau

Het voordeel van met elkaar in gesprek zijn en samen onderzoeken hoe de veranderingen (transformatie) vorm te geven, is dat het zorgt voor het samen verantwoordelijk voelen voor de verandering (commitment). Gemeentes zijn nog zoekende hoe zij zelf kunnen leren van goede voorbeelden en hoe zij partijen in de positie kunnen brengen om te leren, ook van elkaar, zo blijkt uit de denktanks. Vooralsnog proberen gemeentes zelf dingen uit of stuiten bij toeval op goede voorbeelden. De vraag is ook wat op de lange termijn werkt.

Leren lijkt vooral ad-hoc te gebeuren, zo blijkt uit de denktanks. Daarbij spelen nog veel vragen. Bijvoorbeeld: Hoe breng je partijen in de positie om te leren, ook van elkaar? Hoe gaan aanbieders, academische werkplaatsen, gemeentes en kenniscentra er samen voor zorgen dat praktijkkennis- en onderzoek structureel een plek gaat krijgen in de kennisinfrastructuur? Nu is het zo dat een bepaalde regio met een POH werkt, een andere regio dit oppikt en implementeert, maar de eerstgenoemde regio het besluit alweer terug draait (vanwege financiering, onvoldoende inzicht in behaalde resultaten etc.). Vanuit een gemeente werd opgemerkt dat het nog te veel op toeval berust, dat je goede voorbeelden tegenkomt, en ook nog te veel op zelf uitproberen is gebaseerd. En wanneer weet je dat iets goed werkt? Iets kan op korte termijn goede resultaten opleveren, maar op langere termijn misschien niet. Leren moet samen, in interactie gebeuren, ook binnen de regio. Maar dat is soms moeilijk, met gemeentes die steeds meer hun eigen weg gaan en eigen beleid maken.

Leren kost ook tijd. Het kost tijd om te leren hoe je anders kan inkopen om je doelen te realiseren. Door langdurige samenwerking in het zorglandschap leren verschillende veldpartijen elkaar beter kennen en kan er overeenstemming over doelen ontstaan. Alleen al om elkaars taal te leren begrijpen is tijd nodig. Bovendien komen de opbrengsten van een aanpak van nu pas later.

Budget is mede bepalend voor wat mogelijk is, merkten deelnemers vanuit gemeentes op. Zonder bezuinigingen was meer mogelijk geweest. Leren kost tijd en dus geld. Maar co-creatie hoeft niet altijd duurder te zijn, werd opgemerkt. Gemeenteraden lijken vooral te sturen op budgetten, gebruikmakend van hun budgetrecht. Ze sturen minder op de inhoud. Dat wordt geweten aan hun achterstand in kennis van de jeugdzorg (beleid). Daarom is het van belang de gemeenteraad te voorzien van relevante informatie. Door stress over tekorten is het vaak moeilijk om te kijken naar de inhoud, en is de wens om grip te krijgen via budgettering groot.

---

<sup>54</sup> <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/programma-detail/wat-werkt-voor-de-jeugd/>

Uit onderzoek van Venrooij e.a. (2017) komt de wens van huisartsen naar voren om samen met jeugdprofessionals te leren en te streven naar betere zorg.

Volgens hen kan dit door regelmatig bijeenkomsten te organiseren waarin met behulp van casuïstiekbesprekingen kan worden besproken wat er goed ging en beter kan. Dit draagt bij aan een inhoudelijk verbetering van de hulp die geboden wordt en aan het verstevigen van de samenwerkingsrelaties, wat de hulp ook ten goede komt.

Ook de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018) adviseert jeugdhulpaanbieders om meer samen te werken en van elkaar te leren, ook bij methodiekontwikkeling (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018).

Om te komen tot verbetering in de sector wordt in het Rondetafel jeugd-GGZ gesprek een aantal suggesties gedaan:

- Uitwisseling goede voorbeelden lokale teams gaat niet vanzelf. Dit zou landelijk gefaciliteerd moeten worden.
- Goed om juist ook te kijken hoe een cliënt tegen een wijkteam aankijkt. Er is voor de cliënt sprake van “ongelijkheid” wanneer deze toevallig in een wijk woont waar een lokaal team minder goed functioneert en in een andere wijk beter.
- Enkele wijkteams jeugd verbinden aan scholen (Amsterdam en het project Extra Utrecht doen hiermee ervaring op (Verslag Rondetafel Jeugd GGZ 8 maart 2018, 2018).

### 7.3 Verschillende vormen van onderzoek

De NVvP (2018) geeft aan dat om de juiste hulp te kunnen bieden kennis over evidence-based aanpakken in de jeugdsector essentieel is. Het is volgens hen dan ook noodzakelijk dat het vakgebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie zich kan blijven ontwikkelen om landelijk tot effectieve zorg op maat te komen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2018). Er wordt dan ook een pleidooi gehouden om hier onderzoeksgeld voor beschikbaar te stellen. De hoogleraren die verbonden zijn aan de vier academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie geven aan dat de huidige onderzoeksgelden niet afdoende zijn om het geheel van de wetenschappelijke infrastructuur in stand te houden en de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek te borgen. Zij pleiten voor een landelijke bekostiging van het onderzoek waardoor innovatieve concepten kunnen worden doorontwikkeld en daarmee de zorg een stap verder wordt gebracht. Enkele voorbeelden van innovaties zijn: de inzet van specialistisch/praktijk ondersteuner huisarts (S/POH), de High Intensive Care & Intensive Home Treatment concepten (HIC/IHT), medicatiecontrole voor ADHD door de huisarts, gezinstraumabehandeling o.a. ter voorkoming uithuisplaatsing en ontwikkeling van gevalideerde (trauma)screeningslijsten voor de wijkteams en trainingen (Bestuurders/hoogleraren KJP Currium, 2018). Ook de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018) meldt het belang van kennisontwikkeling op het gebied van effectieve hulpverlening (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018).

Naast deze academische oriëntatie op innovatie binnen het vak kinder- en jeugdpsychiatrie zijn er 13 Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd. Deze academische werkplaatsen genereren kennis om gemeentes te ondersteunen bij hun taken rond de jeugdzorg. De 13 Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd verbinden de werelden van praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs, met structurele inbreng van ouders en jongeren. Deze partijen organiseren zich veelal regionaal in een kennisinfrastructuur. Zo brengen academische werkplaatsen kennis samen die nodig is voor de aanpak van lokale en regionale vraagstukken van beleid en praktijk bij de transformatie in de jeugdsector.

De werkplaatsen houden zich bezig met een divers aantal thema's, met de focus op gezinnen in armoede, kindermishandeling en de samenwerking tussen school en jeugdhulp.<sup>55</sup> Tegelijk zijn er ook projecten die zich richten op bijvoorbeeld de toegang of de impact van de transformatie.

In de denktanksessies is verschillende malen gepleit voor onderzoek naar de jeugdhulp waarbij nadrukkelijk rekening wordt gehouden en aandacht is voor de context. Deze vormen van onderzoek maken het mogelijk om kennis op te halen, te leren, en aanpakken bij te stellen binnen een specifieke context. Dit type onderzoek gebeurt ook in academische werkplaatsen.

Vanuit de gemeentes werd vooral gepleit voor kennis op verschillende niveaus, zowel gericht op de effecten van beleid en beleidskeuzes alsook onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde interventies. Ze benadrukken het belang dat dat kennis vooral moet helpen om goede hulp te realiseren.

---

<sup>55</sup> <https://www.werkplaatsenjeugd.nl/>, geraadpleegd op 16-05-2019

## Referenties

- Akwa ggz. Generieke module: Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGz.
- Akwa ggz. Generieke module: Organisatie van zorg voor kind en jongere.
- Batterink, M., Geurts, B., Reitsma, J., & Tazelaar, P. (2019). Analyse volume jeugdhulp Eindrapportage. Significant.
- Bernaards, C., Wind, D., van Dongen, S., Boendermaker, L. (2017). Vraagverheldering bij ouder- en kindteams Amsterdam. Amsterdam: Ketja.
- Bestuurders/hoogleraren KJP Currium, A., De Bascule en Karakter,. (2018). Brief Meerwaarde onderzoeksfunctie kinder- en jeugdpsychiatrie.
- de Beurs, D., Magnée, T., de Bakker, D., & Verhaak, P. . (2016). Analyse van de inzet van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk over de periode 2010-2015. . Utrecht: Nivel.
- Expertgroep BGZJ. (2017). Passende zorg en behandeling voor jeugdigen.
- Fier. (2018). Manifest Effecten van de transformatie Jeugdhulp. Positionering van (zeer) schaarse specialistische functies in het 'zorglandschap'. Retrieved from <https://www.fier.nl/mediadepot/164254b1d462/Manifest-EffectenvandeTransformatieJeugdhulp-Positioneringvanschaarsespecialistishefunctiesinhetzorglandschap.pdf>.
- GGZ Nederland. (2016). Manifest jeugdhulp. Investeren in de toekomst van kwetsbare kinderen. Wat mag u van de jeugd-GGZ verwachten? . Retrieved from [https://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/GGZ1608-01%20Manifest%20Jeugdhulp\\_digitaal.pdf](https://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/GGZ1608-01%20Manifest%20Jeugdhulp_digitaal.pdf).
- HHM, B. (2018). Notitie - Jeugdigen met ggz-problematiek en een blijvende behoefte aan verblijf. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2018/12/15/jeugdigen-met-ggz-%E2%80%90problematiek-en-een-blijvende-behoefte-aan-verblijf/jeugdigen-met-ggz-%E2%80%90problematiek-en-een-blijvende-behoefte-aan-verblijf.pdf>.
- Hospers, S., & van der Zijden, Q. (2018). Wijkgericht werken versterken vanuit de transformatiegedachte. Een aanzet tot een gedeelde visie, versie 2, oktober 2018.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). De kwaliteit van de gespecialiseerde jeugdhulp aan slachtoffers van loverboys. Utrecht: IGJ.
- Jonker, T., Knot-Dickscheit, J., & Huyghen, A.-M. (2018). De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd. Een verkennende studie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen Retrieved from [https://www.nvo.nl/bestanden/Bestanden\\_nieuwe\\_website\\_2015\\_-\\_2016/Berichten/7571-1/Onderzoek\\_POHJ\\_febr\\_2018.pdf](https://www.nvo.nl/bestanden/Bestanden_nieuwe_website_2015_-_2016/Berichten/7571-1/Onderzoek_POHJ_febr_2018.pdf).
- KJP. (2018). Integrale specialistische jeugdhulp. Opdracht formulering om te komen tot een kennisagenda op het thema integrale specialistische jeugdhulp.
- KJP. (2019). Kennis voor de transformatie. Uitkomsten van een brede inventarisatie onder gemeenten en jeugdzorgregio's naar knelpunten en vraagstukken rondom de specialistische jeugd-ggz. CONCEPT.
- KJP, Curium-LUMC, & de Bascule. Staalkaart triage.

KJP, Currium, & de Bascule. Verwijskaart Specialistische Jeugd-GGZ

Lambregtse, C. (2018). 'HUISARTS MOET DIRECT KUNNEN VERWIJZEN NAAR SPECIALISTISCHE ZORG' LHV EN VNG PRESENTEREN DEZE ZOMER LEIDRAAD ROND SAMENWERKING JEUGDWET. Jeugdzorg en gemeente, juni.

LHV. (2017). Ggz in de huisartsenpraktijk.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2018). Input debat evaluatie Jeugdwet/Programma zorg voor de jeugd. Retrieved from <https://www.nvvp.net/stream/2896-vaste-cie-vws-input-debat-evaluatie-jeugdwet/programma-zorg-voor-de-jeugd-180618>.

NHG, L. e. (2011). NHG/LHV-Standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening.

Otten, E., Geuijen, P., Zwaanswijk, M., & Koopman, I. (2018). Specialistische ondersteuner huisartsenzorg jeugd-GGZ (SOH-JGGZ). *Bijblijven*, 34(8), 596-615. doi:10.1007/s12414-018-0347-x

Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten. (2019). eindrapportage Pilots Ondersteuning Jeugd en Gezin. Groningen Retrieved from [file:///C:/Users/user161/Downloads/Definitieve%20eindrapportage%20Project%20Ondersteuning%20jeugd\\_25jan2019%20versie%202.pdf](file:///C:/Users/user161/Downloads/Definitieve%20eindrapportage%20Project%20Ondersteuning%20jeugd_25jan2019%20versie%202.pdf).

Significant. (2017). Sturing op specialistische jeugdhulp. Exploratief onderzoek naar het zorglandschap specialistische jeugdhulp. Barneveld: Significant Retrieved from [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2017/20170302\\_eindrapportage-zorglandschap-jeugd-def-concept-22-12.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2017/20170302_eindrapportage-zorglandschap-jeugd-def-concept-22-12.pdf).

Tranzo. (2018). TOEGANG OM DE HOEK DE GEMEENTELIJKE TOEGANG EN DE INZET VAN GESPECIALISEERDE JEUGDHULP.

Venrooij, L. T. v., Barnhoorn, P. C., Crone, M. R., Barnhoorn-Bos, M. A., & Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Onderzoeksrapport: huisarts & jeugdzorg anno 2017. Holland-Rijnland Retrieved from <https://hollandrijnland.nl/wp-content/uploads/2017/11/03b1-Onderzoeksrapport-Huisarts-en-jeugdzorg-anno-2017.pdf>.

Verslag bijeenkomst Jeugdigen met psychische stoornissen. (2019). Verslag bijeenkomst 7-1-2019. Jeugdigen met psychische stoornissen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Deze bijeenkomst vond plaats met de gemeenten Amsterdam, Haarlem, Almere en Utrecht, VNG, ervaringsdeskundige (via LOC) en VWS.

Verslag Rondetafel Jeugd GGZ 8 maart 2018. (2018).

Vissenberg, C., & Jurrius, K. (2016). Action learning - Uistroom 24-uurszorg. Almere: Windesheim Flevoland.

VNG. (2018). MEMO Academische (onderzoeks)functie – werkwijze tussen gemeenten en instellingen.