



Specifieke zorg voor jeugd in het nieuwe stelsel

Denktank Transformatie Jeugdstelsel ***Joanka Prakken (red.)***

1. Inleiding

Vanaf 2015 is de specialistische zorg voor jeugd een verantwoordelijkheid van de gemeente. Om een (kosten-)effectiever stelsel te realiseren met betere hulp voor jeugdigen en hun opvoeders is echter meer nodig dan een transitie van budget en verantwoordelijkheden. De hele zorg voor jeugd moet transformeren met als resultaat dat jeugdigen en gezinnen in het nieuwe stelsel hulp krijgen die zo dichtbij, zo vroeg en zo kort mogelijk is maar ook zo intensief en specialistisch als nodig. De regio blijft bij het gezin en professionals maken optimaal gebruik van het probleemoplossend vermogen van jongeren, opvoeders en hun netwerk. De hulp stuurt aan op een normalisering van de gezinssituatie. Lichte opvoed- en opgroevragen worden niet onnodig geproblematiseerd en bij ernstige kind- of gezinsproblematiek ligt het accent zoveel mogelijk op herstel van het gewone leven. Het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur moet ervoor zorgen dat een gezin met zo min mogelijk hulpverleners te maken krijgt.

In het debat over de stelselwijziging wordt specialistische zorg vaak geassocieerd met duur en zwaar. Te makkelijk doorverwijzen naar die zorg zou leiden tot onnodige medicalisering en hoge kosten. Deze visie leidt er toe dat de meeste aandacht tot nu toe uitgaat naar de versterking van de eerste lijn. Dat geldt zowel voor het beleid als voor de pilots die in het kader van transitie en transformatie worden uitgevoerd. Het komt vooral tot uitdrukking in de wijkteams waarmee gemeenten overal in het land experimenteren. De praktijk laat zien dat wijkteams zoveel mogelijk zelf oplossen en zo min mogelijk doorverwijzen. Het is echter de vraag of dit een wenselijke ontwikkeling is.

Langzaam maar zeker lijkt er in het debat over het nieuwe jeugdstelsel meer ruimte te komen om verder te kijken dan de eerste lijn. Men begint zich te realiseren dat er een grote groep kinderen en gezinnen is voor wie meer specifieke en specialistische zorg nodig is.

In deze notitie willen we duidelijk maken dat er aanvullend op de generalistische kennis en ondersteuning bij het opgroeien en opvoeden nog steeds behoefte is aan specifieke kennis en zorg die een antwoord geeft op specifieke vragen. Eerste lijn en aanvullende zorg staan niet los van elkaar maar vormen samen een dynamisch zorgcontinuüm. Dat sluit aan bij het gedachtegoed dat de Denktank Transformatie Jeugdstelsel (Transformatie-denktank) verwoordt met zijn aanbevelingen over de eerste lijn in de notitie *De eerste lijn: over wijkteams, generalisten, kansen en dilemma's*.



2. *Wat is specifieke zorg?*

In het debat over de stelselwijziging worden termen gebruikt als specialistische, gespecialiseerde of speciale zorg. De Transformatie-denktank kiest voor de term specifieke zorg, omdat het zorg betreft die voorbijgaat aan het oude onderscheid tussen eerste- en tweedelijnszorg¹. Specifieke zorg betreft zorg die antwoord geeft op een specifiek probleem. Generalistische zorg biedt uitkomst voor de meest voorkomende, enkelvoudige opgroei- en opvoedvragen waarop (de jeugd- en gezinsgeneralist in) de eerste lijn een antwoord moet hebben. Dit generalistische antwoord leidt in de meeste gevallen tot voldoende verbetering van de opvoed- en/of opgroeisituatie. Een voorbeeld is het programma *Triple P* dat voorziet in gerichte opvoedingsondersteuning voor een breed scala aan opvoedvragen. Bij een specifiek probleem of een specifieke vraag waarbij een specifiek antwoord op kortere en langere termijn tot betere resultaten leidt dan de generalistische aanpak, is specifieke zorg nodig. Deze specifieke zorg kan zowel zorg in de 'eerste lijn' als zorg in de 'tweede lijn' betreffen en kan betrekking hebben op het disfunctioneren van zowel kind als opvoeder/gezinssysteem.

- *Voorbeeld 1:* Een kind heeft een fobie voor honden en durft daardoor niet naar buiten. Als er in de eerste lijn een gedragstherapeut zit die het kind in tien sessies kan helpen met cognitieve gedragstherapie dan is dat specifieke zorg maar niet uit de tweede lijn. Het gaat om een specifiek antwoord op een specifieke vraag die met relatief lichte en korte hulp tot een goed resultaat leidt.
- *Voorbeeld 2:* Een wijkteam krijgt te maken met een gezin met een gehandicapt kind. Daarvoor moeten misschien eerst wat dingen op de rails gezet worden maar daarna is zo'n gezin veelal met lichte ondersteuning geholpen. Die specifieke zorg schakel je dan in maar daar is niets 'specialistisch' aan.
- *Voorbeeld 3:* Ouders maken zich zorgen over hun zoon en weten niet meer hoe ze de problemen moeten oplossen. Hij heeft thuis dagelijks driftbuien, in toenemende mate gebeurt dat ook op school waardoor vriendjes niet meer met hem willen spelen. Hij oogt ongelukkig en geeft aan dat hij niet meer wil leven. Deze problemen duren al een aantal maanden. In deze situatie is specifieke zorg nodig in de vorm van diagnostiek en behandeling. Door vroegtijdig specifieke hulp in te schakelen, kan de hulp kort duren en daarna zo nodig weer worden overgedragen aan de eerstelijnszorg.
- *Voorbeeld 4:* Het wijkteam komt in contact met een gezin met twee kinderen. Beide kinderen komen regelmatig op school zonder ontbeten te hebben en ogen 'onverzorgd'. Moeder ziet er erg somber en vermoeid uit, alles lijkt haar te veel. De jeugd- en gezinsgeneralist stelt voor dat moeder samen met een buurvrouw, met wie ze goed contact heeft, naar de huisarts gaat om te kijken wat er nodig is. Moeder wordt voor specifieke zorg doorverwezen. Het gezin krijgt generalistische opvoedondersteuning van de jeugd- en gezinsgeneralist.

Hier dient zich de vergelijking aan met het huisartsenmodel. Een huisarts schakelt immers ook zwaardere en minder zware zorg in. Denk aan thuiszorg of fysiotherapie maar ook aan doorverwijzing naar de ggz of een medisch specialist. Een vergelijkbare spilfunctie kan de jeugd- en gezinsgeneralist in de eerste lijn vervullen.

De Transformatie-denktank kiest voor de term specifieke zorg, omdat de term specialistisch te smal verwijst naar tweedelijnszorg en de connotatie duur en zwaar heeft. Specifieke zorg betreft een breder scala aan ondersteuningsvormen vanuit de eerste lijn tot en met specialistische behandeling

¹ Voor nu hanteren we nog de termen eerste en tweede lijn om verdere begripsverwarring te voorkomen.

die je inzet vanuit de eerste lijn (vaak bij enkelvoudige specifieke problemen), naar de eerste lijn haalt, of inschakelt (bij ernstige problemen of bij meervoudig specifieke problemen). Het betreft specifieke expertise voor een specifiek probleem, die (nog) niet in de eerste lijn zit of waarover niet iedereen in de eerste lijn hoeft te beschikken. Naast generalistische ondersteuning in de eerste lijn blijft er specifieke deskundigheid in de eerste- en tweede lijn (al dan niet in de vorm van programma's) nodig. Samenvattend betekent het dat specifieke zorg niet per definitie niet vrij toegankelijke zorg is, maar juist dat een deel van de specifieke zorg ook vrij toegankelijk moet zijn (zie onderstaande matrix).

	Generalistische zorg	Specifieke zorg
Vrij toegankelijke zorg VT	Generalistische zorg VT	Specifieke zorg VT
Niet vrij toegankelijke zorg NVT	Generalistische zorg NVT	Specifieke zorg NVT

Het onderscheid tussen generalistisch en specifiek wordt bepaald door de vraag of generalistische zorg hulp kan bieden die op zichzelf tot voldoende resultaat leidt. Specifieke zorg wordt ingezet als dit op kortere en langere termijn tot betere resultaten leidt en dus uiteindelijk kosteneffectiever is. Het onderscheid tussen vrij toegankelijke zorg en niet vrij toegankelijke zorg lijkt vooralsnog vooral bepaald te kunnen worden op basis van de prijs van de zorg (Eijgenraam & Ligtermoet, *Afbakening lichte en intensieve zorg voor jeugd*, concept).

Voorbeelden:

- Generalistische zorg VT: kortdurende opvoedondersteuning.
- Generalistische zorg NVT: langdurige ondersteuning en activering van multiproblemegezinnen
- Specifieke zorg VT: online hulp bij sombere gevoelens
- Specifieke zorg NVT: MST

De transformatie van specifieke zorg heeft ook betrekking op het systemisch kijken naar de problematiek van een kind en dit te expliciteren. De aanpak kan beginnen bij de problematiek van het kind of bij het disfunctioneren van de opvoeder(s) maar de totale aanpak heeft betrekking op het hele gezinssysteem. Zeker bij thema's over sociale veiligheid is dit van belang. Dat wordt dan ook het spanningsveld bij bijvoorbeeld het samenvoegen van de Steunpunten Huiselijk Geweld en de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling tot Advies- en Meldpunten Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Zijn we voldoende in staat om de problematiek van een kind binnen de context van het gezinssysteem te plaatsen? Dat geldt ook voor specifieke vragen, zoals diagnostisch onderzoek met betrekking tot ADD, autisme e.d. Het disfunctioneren van een individu kan immers ook verklaard worden door gezinsomstandigheden en maatschappelijke factoren. Sommige problemen, zoals huiselijk geweld en kindermishandeling, vragen om een combinatie van deze verklaringsmodellen.

Het verlenen van de verschillende vormen van zorg hoeft niet per se bij een bepaald type functionaris of organisatie belegd te zijn. Zo kan een jeugd- en gezinsgeneralist zich naast de generalistische aanpak gespecialiseerd hebben in de specifieke aanpak van angst bij kinderen en in de aanpak van sombere gevoelens. Een collega in het wijkteam kan bijvoorbeeld zijn generalistische kennis en vaardigheden combineren met specifieke kennis en vaardigheden in specifieke opvoedondersteuning van ouders met kinderen met gedragsproblemen. Zo kan een generalistisch wijkteam gezamenlijk de meest voorkomende opvoed- en opgroei problemen in die betreffende wijk

zelf met vrij toegankelijke specifieke hulp oplossen. Daarnaast is het niet per se zo dat vrij toegankelijke hulp altijd door een wijkteam verzorgd hoeft te worden. Dit kan ook online hulp betreffen of hulp door vrijgevestigde psychologen of pedagogen.

Ook is het zo dat voor bepaalde problemen die weinig voorkomen de hulp specifiek is terwijl bij veel voorkomende wat zwaardere problemen de aanpak al zo uitgekristalliseerd is dat deze in het pakket van de jeugd- en gezinsgeneralist zit. Denk bijvoorbeeld aan hulp bij beginnende gedragsproblemen. De meest voorkomende opvoed- en opgroeioproblemen kunnen per wijk verschillen, wat consequenties heeft voor de invulling van de generalistische zorg en de specifieke zorg. Zo zal een wijk in Staphorst om een ander zorgaanbod vragen dan een achterstandswijk in Rotterdam. Om te komen tot lokale zorg die aansluit bij de behoeften van de bevolking, is het van belang dat een gemeente een probleemanalyse maakt op wijkniveau, daaraan gerelateerd doelen stelt en op grond daarvan afspraken maakt met zorgaanbieders. Zo'n analyse maakt inzichtelijk welke voorzieningen op wijkniveau beschikbaar moeten zijn en wat gemeentelijk dan wel regionaal georganiseerd kan worden. Met behulp van monitoring kunnen gemeenten de effecten van hun beleid in kaart brengen, het ontstaan en verdwijnen van problematieken signaleren om op grond daarvan het aanbod bij te stellen. Het onderscheid tussen generalistische en specifieke zorg is dus niet statisch. De onderverdeling die we in het huidige stelsel maken tussen eerste en tweede lijn waarbij generalistische zorg kenmerkend is voor de eerste lijn en specialistische zorg voor de tweede lijn, is niet langer houdbaar. Naar het zich laat aanzien zal de toekomstige onderverdeling bestaan uit vrij toegankelijke en niet vrij toegankelijke zorg. Het is aan de gemeente om te bepalen wat straks vrij toegankelijke zorg is en voor welke zorg een verleningsbeslissing nodig is. Het onderscheid tussen vrij en niet vrij toegankelijke zorg zal in de praktijk veelal gebaseerd worden op financiële criteria. Daarnaast kunnen overwegingen een rol spelen die te maken hebben met de mate van ingrijpendheid en de beschikbaarheid van de hulp. De Transformatie-denktank pleit ervoor deze nieuwe toegang zo laagdrempelig mogelijk te houden en dus geen nieuwe ingewikkelde procedures te ontwikkelen of hiervoor aparte ambtenaren aan te stellen. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat de betrokken professional 'aan de voorkant' het mandaat heeft om namens de gemeente een besluit af te geven. De gemeente kan dan periodiek en steekproefsgewijs checken of deze besluiten integer en verantwoord genomen zijn.

Dat specifieke zorg lang niet altijd duur hoeft te zijn, blijkt al uit het voorbeeld van het gezin met het gehandicapte kind. Maar ook niet vrij toegankelijke specifieke zorg voor kinderen met een psychische stoornis hoeft niet duur te zijn of kan op termijn kostenbesparend zijn. Zo kun je voorkomen dat een kind op latere leeftijd (zwaardere en duurdere) hulp nodig heeft, als je in een vroeg stadium problemen met specifieke hulp oplost. Een kind met dyslexie bijvoorbeeld kan door vroeginterventie een betere opleiding volgen en zal minder vaak doubleren. Met andere woorden: specifieke zorg kan ervoor zorgen dat je het leven van een kind niet alleen normaliseert maar ook optimaliseert.

- *Voorbeeld 5:* In jeugdgevangenis Het Poortje zitten veel kinderen die in het verleden te lichte hulp hebben gehad. Vaak komen ze uit sociaal zwakkere gezinnen met lvb-problematiek. Als er een goede gezinsanalyse wordt gemaakt door een professional die bijvoorbeeld ADHD kan diagnosticeren, kun je wat aan ADHD doen en het gezin ondersteuning bieden. Ouders blijken dan beter in staat dat kind te hanteren.

In dit kader zou een debat gevoerd moeten worden over de termen normaliseren en medicaliseren. De vraag is of het onderkennen van specifieke problemen alleen maar leidt tot medicalisering en problematisering van het gewone leven. Is specifieke zorg niet juist ook zorg om het leven van een

kind met een specifiek probleem zo veel mogelijk te normaliseren of beter nog: te optimaliseren? Vanuit dat perspectief is de vraag legitiem of specifieke zorg wel zo duur is. Wanneer kinderen problemen hebben, moeten we dan vooral vertrouwen op hun eigen kracht om deze problemen zelf het hoofd te bieden, ervan uitgaande dat problemen bij het normale leven horen, of kan zorg er juist toe leiden dat ze zich sneller en beter ontwikkelen? Wat zijn de grenzen aan behandelen? Moet je er in sommige situaties niet voor kiezen om een probleem of afwijking te accepteren en ernaar te streven dat een kind met die afwijking een zo normaal mogelijk leven kan leiden?

- Vragen die beantwoord moeten worden voor de verdere invulling van specifieke zorg in relatie tot generalistische zorg, zijn:
- Voor welke specifieke problemen is specifieke zorg nodig?
 - Welke specifieke zorg kan in de eerste lijn worden gegeven en wanneer is specifieke zorg vanuit tweede- of derdelijns voorzieningen nodig?
 - Waaruit bestaat een kosteneffectieve invulling van integrale zorgprogramma's of zorgpaden vanuit de eerste en tweede lijn op het terrein van jeugd- en opvoedhulp/ggz/lvb/verslavingszorg voor deze specifieke problemen?

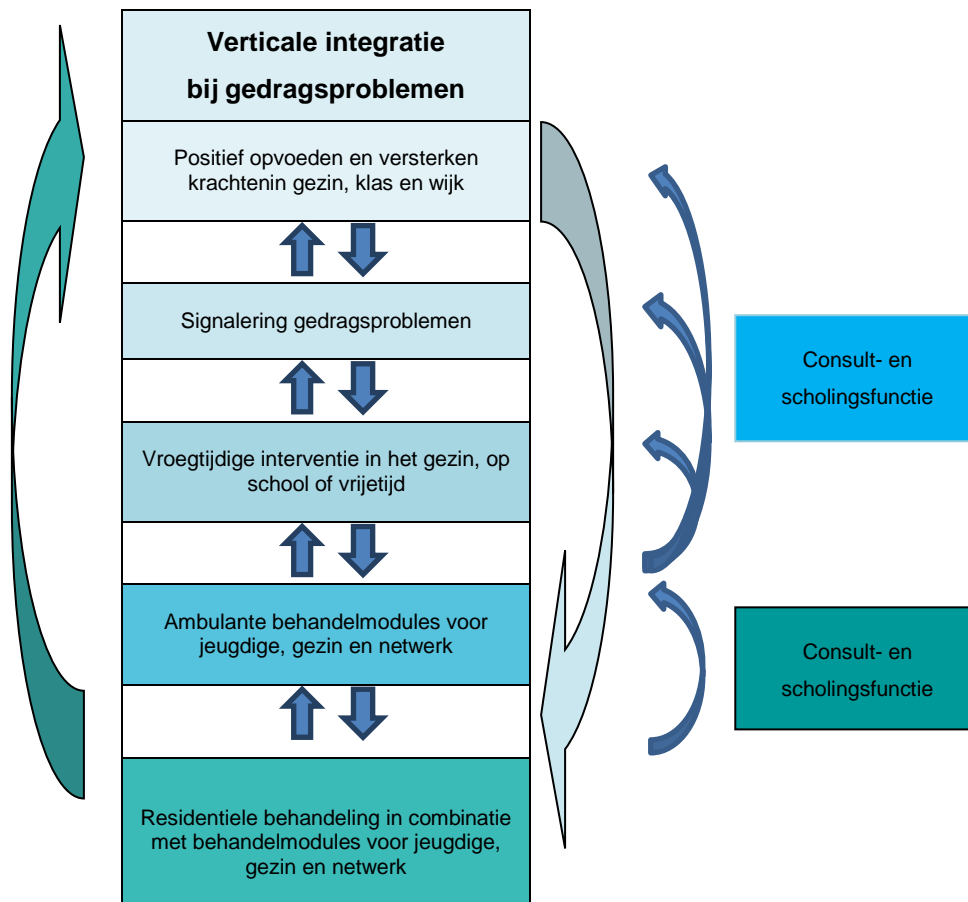
3. Verticale en horizontale integratie van generalistische en specifieke vormen van zorg

Verticale integratie

De transformatie is erop gericht het verkokerde stelsel te ontschotten. Omwille van de continuïteit van zorg, het streven zo min mogelijk hulpverleners in een gezin te hebben en de zorg zo dichtbij het gezin als mogelijk te brengen, is het van belang dat eerste lijn en specifieke zorg een manier vinden om goed met elkaar samen te werken. Dit betekent dat de specifieke zorg beter moet aansluiten bij de reguliere zorg van de eerste lijn (verticale integratie).

Verticale integratie betreft de samenwerking in de verticale keten van wijk- en welzijnsorganisaties en zorgvoorzieningen uit de eerste en de tweede lijn en biedt de mogelijkheid van *stepped care* (Van Yperen, 2009).² Het opschalen naar zwaardere zorg leidt daarbij altijd weer tot afschalen naar lichtere zorg. Bijgaande figuur toont een voorbeeld van deze verticale integratie bij gedragsproblemen.

² In het individuele geval is het bij *stepped care* niet altijd nodig alle stappen te doorlopen. Indien bij aanvang duidelijk is dat zwaardere zorg nodig is, kan daar meteen toe worden overgegaan. Men spreekt in dat verband ook wel van *matched care*.



Figuur 1. Verticale integratie in de zorg voor gedragsproblemen

De figuur laat zien dat het voorkomen van gedragsproblemen start met een sterke pedagogische basis in gezin, klas en wijk. Signalering en vroegtijdige interventie zijn gericht op het tijdig en kort ondersteunen van gezin en omgeving. Indien nodig kan specifieke hulp worden bijgeschakeld. De grote pijlen om de kolom laten zien dat specifieke tweedelijnszorg direct kan worden bijgeschakeld (*matched care*), maar ook dat er altijd weer teruggeschakeld wordt naar de eerste lijn en/of basisvoorzieningen. Daarnaast is in het model de consultatiefunctie opgenomen voor overdracht van specifieke kennis aan de eerste lijn of basisvoorzieningen.

De transformatie moet ertoe bijdragen dat je op een intelligente manier verschillende vormen van zorg aan elkaar kunt schakelen zonder dat er barrières opgeworpen worden door financiers of indicaties.

- *Voorbeeld 6:* een jeugdteam in Zaanstad krijgt via de politie een zorgmelding over een gezin bestaande uit een moeder met drie kinderen. Ze komen uit een blijfhuis en volgens de politie is er van alles aan de hand. Het jeugdteam gaat erop af en treft een zwaar getraumatiseerd gezin aan. De kinderen waren er getuige van hoe hun moeder door de vader van een van hen in elkaar geslagen werd. Omdat de school niet weet wat het met deze kinderen aan moet, wordt er deskundigheid uit het jeugdteam op de school gedetacheerd om klassenobservatie te doen, de mentoren te begeleiden en de docenten te trainen zodat ze kinderen met deze en vergelijkbare problematiek kunnen begeleiden. Voor de moeder wordt psychiatrische hulp ingeschakeld om haar een traumabehandeling te geven. Tegelijkertijd levert ook de dragende kracht van de

samenleving een bijdrage aan het functioneren van het gezin. Zo regelt de school fietsen voor de kinderen en komt ook de kledingbank in actie.

- *Voorbeeld 7:* er komt een melding van de politie over een moeder die in het bijzijn van haar drie kleine kinderen betrappt is op het stelen van drank. Het jeugdteam gaat op huisbezoek. De vader blijkt chronische ontstekingen aan zijn been te hebben en niet meer van de bank af te komen. Het zootje van vier heeft een sterk verwaarloosd gebit. Na enige tijd wordt duidelijk dat de ouders een lichte verstandelijke beperking hebben. Het jeugdteam zorgt ervoor dat de acute problemen opgelost worden. Zo wordt de tandarts ingeschakeld voor het kind met het verwaarloosde gebit, schulphulpverlening betrokken en langdurige stut en steun geregeld. Met een zus van vader wordt afgesproken dat ze eens in de twee weken langs gaat om aandacht aan de kinderen te besteden (voorlezen, samen spelen), zodat ouders hiervan kunnen leren en tante een oogje in het zeil kan houden.

In de gesloten jeugdzorg vind je veel kinderen met een vergelijkbare achtergrond. Deze voorbeelden laten zien hoe je kunt voorkomen dat kinderen daar terecht komen door tijdig specifieke hulp bij te schakelen. In die zin draagt verticale integratie ook bij aan herstel van het gewone leven.

De komende jaren staan we voor de uitdaging om de kennis aan de achterkant (specifieke vormen van ondersteuning en behandeling) beter te verbinden met kennis aan de voorkant (eerste lijn en basisvoorzieningen) en te voorkomen dat er weer een knip ontstaat. Een goed voorbeeld van hoe dit te doen is, is de aanpak *Alert4You* waarbij specifieke kennis uit bijvoorbeeld een Medisch Kinderdagverblijf (MKD) wordt ingezet in de kinderopvang met als doel problemen tijdig te signaleren en aan te pakken. De specialist fungeert als coach en adviseur van werkers in de kinderopvang. Het effect is tweeledig: voorkomen dat kinderen doorstromen naar het MKD én zorgen dat kinderen eerder de specifieke hulp krijgen die ze nodig hebben. Bovendien vindt er kennisoverdracht plaats.

- *Voorbeeld 8:* een organisatie als Spirit voorziet in psychiatrie en gesloten jeugdzorg maar zit ook in de wijkteams. Professionals in een wijkteam leren waarop ze moeten letten zodat ze eerder kunnen bijsturen en voorkomen dat mensen afglijden. Een dergelijke verbinding zou je voor het hele stelsel moeten organiseren.
- *Voorbeeld 9:* sinds enige tijd schuift een psychiater structureel aan bij het teamoverleg in Het Poortje en wordt dus niet alleen geconsulteerd op casusniveau. Hierdoor wordt al werkende weg kennis overgedragen. Het resultaat: medewerkers die 'meer durven' en minder separaties.

Het inschakelen van een specialist kan op consultbasis, in de vorm van *wrap around care* of voor een enkelvoudige behandeling. Aandachtspunt bij vooral de consultfunctie is de financiering. De consultfunctie is geen product en wordt niet gezien als onderdeel van het primaire proces. Door de effecten zichtbaar te maken, moet de financier ervan overtuigd worden dat dit een vorm van 'preventie' is waarin je moet investeren om duurdere specialistische zorg uit te sparen.

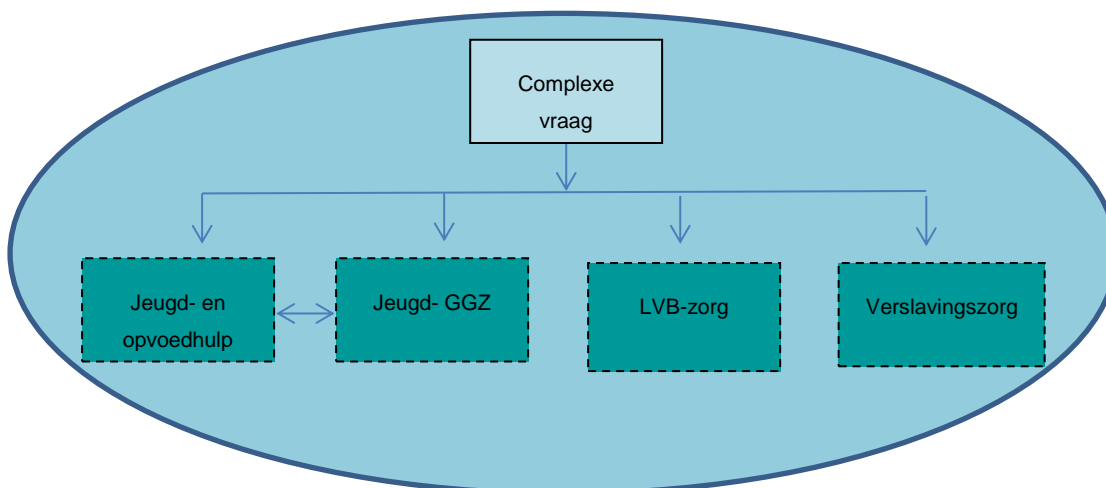
Echter, in lang niet alle gevallen kan een kind thuis blijven wonen. Dan moet er een alternatieve opvoedingssituatie komen. Dat is meer dan wonen, maar niet per se behandeling. Over de verschillende functies is vaak spraakverwarring. Vuistregel verblijf: je woont ergens anders omdat je niet thuis kunt wonen. Je woont residentieel en krijgt daar een behandeling omdat die behandeling alleen daar uitgevoerd kan worden. Verblijf is niet alleen wonen, maar ook specifiek opvoeden. Als je

het hebt over normaliseren, moet je ook in een instelling de opvoeding zo normaal mogelijk doorzetten en de normale ontwikkeling stimuleren onder bijzondere omstandigheden. Hiervoor is in de praktijk en in het huidige debat nog weinig aandacht.

- Om verticale integratie te realiseren is antwoord nodig op de volgende vragen:
 - In hoeverre kunnen professionals in de eerste lijn de afweging maken wanneer ze de specifieke zorg moeten consulteren? Wat is daar eventueel voor nodig? Moet er bijvoorbeeld diagnostische kennis over specifieke zorg in de eerste lijn beschikbaar zijn?
 - Hoe zien taakafbakening en taakverdeling van eerste lijn en specifieke zorg eruit? Wie besluit over op- en afschalen? Wie heeft wanneer de regie? Wanneer houdt de beslissingsbevoegdheid van de eerste lijn op (autonomie van de specialist) en welke betrokkenheid rest er nog voor de eerste lijn?
 - Het uitgangspunt van de transformatie is de regie bij jeugdigen, gezin en netwerk te laten en zoveel mogelijk hun mogelijkheden te benutten om oplossingen te vinden. Welk aandeel hebben jeugdigen, gezin en netwerk in dit samenspel tussen eerste lijn en specifieke zorg?

Horizontale integratie

Naast verticale is ook horizontale integratie nodig. De schotten tussen jeugd- en opvoedhulp, jeugd-ggz en jeugd-lvb moeten hiervoor doorbroken worden.



Figuur 2: Horizontale integratie

In de praktijk kennen we inmiddels initiatieven als de Verbindingsteams (een initiatief van onder andere Youké en Altrecht waarbinnen specialisten van verschillende disciplines samenwerken met informele steunfiguren om jongeren en gezinnen te begeleiden) terwijl bij de FACT-teams (ggz) en Multifocale Zorg (o.a. Spirit) professionals met verschillende specialismen in een team samenwerken om gezinnen met zwaardere en multiproblematiek ondersteuning te bieden. Onderzoek zou moeten uitwijzen wat de werkzame factoren van deze initiatieven zijn en of verbreding wenselijk is.

Intermetzo kiest er in dit kader voor om te werken met kennisdomeinen/*-clouds*, teams waarin verschillende vormen van deskundigheid aanwezig zijn zodat de leden van het team weten bij wie ze moeten zijn als ze voor een bepaalde problematiek niet de expertise in huis hebben. Ook hier speelt van elkaar leren een rol.

Een bijzondere vorm van integratie c.q. ontschotten is de verbreding van specialismen. Accare doet dat bijvoorbeeld door de ontwikkeling van zorglijnen waarbinnen een professional verondersteld wordt de eigen kennis te verbreden. Zo is er in Groningen een zorglijn angst. Een professional die daarin zit, pakt er ook depressie en wat dwang bij. Hierdoor kun je voorkomen dat een kind met

meer problemen met verschillende specialisten te maken krijgt. De vraag is wat een dergelijke generalistische aanpak binnen de specifieke zorg betekent voor de effectiviteit van interventies.

De voorbeelden uit de praktijk laten de ontwikkeling zien van generalistisch specialisme of meervoudig specialisme, een *T-shaped* specialist die breder gespecialiseerd is en systemisch kan werken. Dit vraagt wel om verdere scholing van de huidige specialisten waarbij het verder doorgronden van een specialisme ertoe leidt dat een professional meer problematieken kan behandelen. Denk aan een gedragstherapeut die niet alleen een angststoornis maar ook ADHD kan hanteren. De vraag is in hoeverre ieder specialist moet verbreden, denk aan de PMTO-specialist. In die zin zou er naast de *T-shaped* specialist ook nog ruimte moeten zijn voor enkelvoudige specialisten.

Ontschotten en samenwerken

Wanneer we het hebben over ontschotten spitst de discussie zich meestal toe op de schotten die worden opgeworpen door de verschillende financieringsstromen, maar daarmee ben je er niet. In de samenwerking binnen en tussen organisaties zijn ook schotten die te maken hebben met verantwoordelijkheden (mogen en durven) nemen en vertrouwen op elkaars oordeel/expertise. Nu is het eerder regel dan uitzondering dat een hulpverlener die een cliënt overgedragen krijgt, uit angst afgerekend te worden op andermans fouten onderzoek en diagnostiek van zijn voorganger overdoet. Hieraan moet meer aandacht besteed worden in opleidingen terwijl professionals in de praktijk hierop gecoacht zouden moeten worden. Voor een sanering van het aantal hulpverleners in een gezin en samenwerking die echt gericht is op de doelen van ouders en kinderen is het nodig om in coaching aandacht te besteden aan 'wij/zij'-gevoelens, het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal en kennis, behandelonzekerheid, mandaat en het leren vertrouwen op wat de ander heeft gedaan. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een reflectieve praktijk waarbij casuïstiek gebruikt wordt om te leren en verder te professionaliseren

Verticale en horizontale kennisoverdracht

Het invliegen van specifieke kennis op een school, door een wijkteam of een aanpalende gespecialiseerde voorziening moet gepaard gaan met kennisoverdracht zodat niet alleen dat ene kind geholpen is maar ook een volgend kind met vergelijkbare problematiek er de vruchten van plukt. Een belangrijk neveneffect van een meer integrale manier van werken binnen een ongedeeld primair proces is dus dat professionals van elkaar kunnen leren. Om kennis in de sector verder te ontwikkelen, zou dit een leidend principe in de transformatie moeten zijn.

Integrale zorg, maar ook kennisoverdracht vraagt dus om vertrouwen/gelijkwaardigheid en een lerende houding van alle professionals. Dat betekent dat organisaties een reflectieve praktijk moeten faciliteren. Kennis kan dan stromen en kwaliteit toevoegen aan de eerste lijn. Dit kan er op termijn toe leiden dat een behandeling die nu nog voorbehouden is aan een specialist, straks door een professional van bijvoorbeeld een wijkteam uitgevoerd kan worden en dus veel meer in het alledaagse. Tegelijkertijd zorgt kennisontwikkeling er ook voor dat we vaardiger worden en bepaalde problemen 'lichter' kunnen oplossen. Goede voorbeelden hiervan zijn de enorm verkorte opnameduur in de residentiële zorg en de verwachting dat op termijn een angststoornis door eerstelijnsprofessionals behandeld kan worden.

4. *Het nieuwe stelsel: naar één ongedeeld primair proces*

Voor de indeling van de verschillende vormen van zorg (generalistisch versus specifieke, eerstelijns- versus tweedelijnszorg) zijn een aantal ordeningsprincipes onderzocht. Zo heeft het Nederlands Jeugdinstituut gezocht naar mogelijkheden om een afbakening te maken tussen lichte en intensieve zorg (Eijgenraam & Ligtermoet, *Afbakening lichte en intensieve zorg voor jeugd*, concept). Inhoudelijke kenmerken van de doelgroep die zouden kunnen bijdragen aan het maken van een onderscheid, zijn onder andere de ernst van de problematiek, de balans tussen draagkracht/draaglast en het functioneren van het gezin. Voor het maken van een onderscheid kan een clustering gemaakt worden op grond van het functioneren van een jeugdige in combinatie met de kwaliteit van de omgeving:

		Kwaliteit Omgeving		
		Goede kwaliteit	Matige kwaliteit	Slechte kwaliteit
Functioneren Jeugdige	Geen problemen in functioneren	Redelijk tot goed functioneren jeugdige en kwaliteit omgeving	Redelijk tot goed functioneren jeugdige en matige kwaliteit omgeving	Redelijk tot goed functioneren jeugdige en slechte kwaliteit omgeving
	Matige problemen in functioneren	Matige problemen jeugdige en redelijk tot goede kwaliteit omgeving	Matige problemen jeugdige en matige kwaliteit omgeving	Matige problemen jeugdige en slechte kwaliteit omgeving
	Aanzienlijke tot zware problemen	Ernstige problemen jeugdige en redelijk tot goede kwaliteit omgeving	Ernstige problemen jeugdige en matige kwaliteit omgeving	Ernstige problemen jeugdige en slechte kwaliteit omgeving

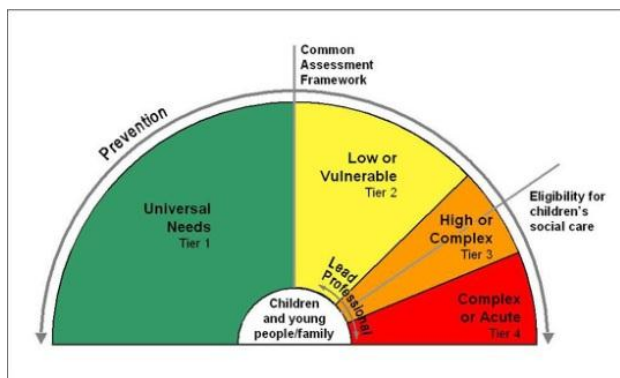
Generalistische hulp zou dan vooral ingezet kunnen worden in de lichtgekleurde vakken, terwijl aanvullende specifieke hulp nodig zou kunnen zijn in de donkergekleurde vakken (met diagonaal de 'midden'-groene vakken als overgangsgebied). Een derde as die aan dit model toegevoegd zou kunnen worden is de zorgbehoefte-as. De zorgbehoefte wordt onder meer beïnvloed door de motivatie en leerbaarheid van de omgeving en de jeugdige en is mede bepalend voor de inzet van hulp.

Kenmerken van het aanbod die onderscheidend zouden kunnen zijn, zijn de complexiteit van de hulp, de mate van ingrijpendheid, de intensiteit en de duur. Het NJi komt tot de conclusie dat geen van deze kenmerken scherp aangeeft wanneer er aanleiding is voor specifieke zorg. Eigenlijk zijn alleen de kenmerken 'intensiteit/duur' en 'kosten' bruikbaar en in theorie te operationaliseren in toetsbare criteria. Een vraag die hiermee samenhangt, is wat bepalender zou moeten zijn voor het vaststellen van specifieke zorg: kenmerken van de doelgroep of die van het aanbod?

In de provincie Friesland is een ordeningsprincipe ontwikkeld voor een soepele aansluiting tussen de eerste en tweede lijn (Van Oijen, Boneschansker & Anthonio, 2013). Daarbij wordt de hulp gekoppeld aan de opvoedingssituatie en de rol van de opvoeders daarin. De opvoedingssituatie kan daarbij oplopen van gewone opvoedvragen, via opvoedingsspanning en opvoedingscrisis naar opvoedingsnood met daaraan gekoppeld ondersteuningsvragen die variëren van inhoudelijk

eenvoudig tot inhoudelijk complex. De in te zetten ondersteuning is lokaal georganiseerd bij opvoedingsspanning tot gemeentelijke, regionale of zelfs landelijk bij opvoedingsnood en neemt organisatorisch toe in complexiteit (zie bijlage 1.)

Voor de ordening van zorg kiest de Transformatie-denktank voor de principes³ achter het uit Engeland afkomstige zogeheten ruitenwissermodel. Dit model brengt de relatie tussen algemene voorzieningen, zogeheten eerstelijns-ondersteuning en complexe, intensieve zorg in beeld. In principe bestaan deze niveaus naast elkaar en zijn met elkaar verbonden (de ruitenwisser gaat ook weer terug naar zijn uitgangspositie).



Globaal werkt het model in de gemeente als volgt:

Niveau 1:

Voorzieningen voor alle kinderen en jongeren, niet alleen kinderopvang en school maar ook vrijetijdsvoorzieningen. In veel gemeenten is er ook een link naar andere voorzieningen in het sociale domein.

Niveau 2:

Hierbij gaat het om kinderen en gezinnen die op enig moment extra ondersteuning nodig hebben met als doel sociale uitval en uitsluiting te voorkomen en participatie te versterken. Dit betreft gezinsinterventies zoals ondersteuning bij het krijgen van werk, maar ook vragen die met het kind te maken hebben, bijvoorbeeld in relatie tot school. Ondersteuning vindt zoveel mogelijk plaats in of in samenhang met universele voorzieningen. De aanpak is vergelijkbaar met de Nederlandse ontwikkeling van wijkteams jeugd en gezin. Er wordt in Engeland gebruik gemaakt van een standaard *common assessment framework* om samen met kind en ouders de zorgvraag in kaart te brengen.

Niveau 3:

Dit is specifieke zorg voor kinderen met een complexe zorgvraag. Uitgangspunt is dat de ontwikkeling van het kind in gevaar komt, als voorzieningen en hulp niet worden geboden. Deze zorg vindt zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader plaats.

Niveau 4:

Niet alle Engelse gemeenten definiëren dit niveau maar het lijkt vooral gebruikt te worden om kinderen in te delen die acute zorg nodig hebben of bij wie de veiligheid in het geding is (hier gaat de ruitenwisser meteen op *full speed*). Dit niveau gaat ook over kinderen die uit huis worden geplaatst en de gemeente verantwoordelijk is voor de in te zetten zorg.

³ De vergelijking met een ruitenwisser vraagt om enige nuancering omdat een ruitenwisser snel heen en weer gaat/blijft gaan. Dat is niet het beeld dat ons aanspreekt. Het gaat hier om hier om het beeld dat er snel opgeschaald kan worden maar vervolgens ook weer afgeschaald wordt.

Terminologie:

Eligibility for children's social care betekent indiceerbaarheid, een kind komt voor bepaalde hulp in aanmerking maar hoeft die hulp niet te krijgen als het goed kan leven met het achterliggende probleem.

Common assesment frame is een model dat ook door een leraar op school gebruikt kan worden om het gesprek met een kind aan te gaan om in kaart te brengen wat er aan de hand is.

Lead professional is niet een casemanager maar één van de betrokken professionals die de lead krijgt. Wie dat is hangt af van de casus, niet van opleidingsniveau of functie.

De Transformatie-tank geeft de voorkeur aan de principes achter dit model, al is enige nuancering op zijn plaats. De metafoor gaat mank in de zin dat een ruitenwisser snel heen en weer blijft gaan, dat is niet wat we beogen. Belangrijk is het beeld dat je snel kunt opschalen maar daarna ook weer afschaalt. In het Engelse model zijn de verschillende niveaus met elkaar verbonden door de ruitenwisser en daarmee wordt de dynamiek weergegeven, die typerend is voor de inzet van specifieke zorg zoals we hiervoor beschreven. Het voorziet in de optie om specifieke hulp en intensieve hulp tijdelijk bij te schakelen, waarna de ruitenwisser zo mogelijk weer teruggaat naar de uitgangspositie. Daarnaast laat het zien hoe je kennis meer naar voren kunt inzetten. In die zin is het niet alleen een model dat gaat over de inzet van zorg maar ook over de ontwikkeling van kennis. Het model bevordert de integratie tussen de 'voor- en achterkant' van de zorg. Bovendien is met behulp van dit model inzichtelijk te maken hoe de huidige financieringsstromen verdeeld zijn over de verschillende niveaus en welke investeringen nodig zijn om bijvoorbeeld een gezin uit het rood te halen. Het biedt de gemeente aanknopingspunten om een integraal, samenhangend beleid te ontwikkelen. Je kunt aan de verschillende zones doelgroepen koppelen, de omvang ervan aangeven en kosten in kaart brengen om op grond daarvan *benchmarks* te maken en te kijken waarom er in de ene gemeente bijvoorbeeld meer gezinnen in het rood zitten dan in een andere gemeente. In die zin is het interessant inzichtelijk te maken wat de samenleving investeert in het gewone leven, zoals onderwijs, opvang en vrijetijdsbesteding (groen) en te zien hoe zich dat verhoudt tot de investeringen in generalistische en specifieke zorg in het wijkteam en de eerste lijn (geel), in specifieke zorg (oranje) en in acute en intensieve specifieke zorg (rood). Op die manier kun je ook uitspraken doen over de kosteneffectiviteit. Kortom, het is een model dat je verder kunt invullen, waarin ook de hiervoor genoemde modellen van het NJi en Friesland zijn te laden en waarmee je het gesprek kunt aangaan met de gemeente.

De Transformatie-denktank maakt bij het model de volgende opmerkingen:

Groen:

Het is belangrijk om aan universele voorzieningen specifieke kennis toe te voegen. Een voorbeeld waarin dit nu al gebeurt, is *Alert4You*. Door specifieke kennis aan deze universele voorzieningen toe te voegen kan specifieke hulp voorkomen worden of kan indien nodig specifieke hulp vroegtijdig bijgeschakeld worden, zodat een korte inzet van hulp voldoende is. De Transformatie-denktank prefereert het om te spreken over 'de versterking van de pedagogische basis en vroegsignalering' in plaats van over 'preventie'. De ruitenwisser haalt immers specifieke kennis naar de algemene voorzieningen om uitval te voorkomen en dat is wat anders dan preventie. In feite voeg je kwaliteit toe aan het reguliere zorgdomein. Hierdoor kun je op termijn kosten besparen maar dat is een andere benadering dan de gedachte die achter de stelselwijziging lijkt te zitten, namelijk 'dat er nu zoveel "geopereerd" wordt zodat er geen geld meer is om vroeg te helpen'. Met alleen preventie los je de echte problemen niet op.

Geel:

Bij niveau 2 in het model kan het zowel gaan om generalistische zorg als om eerstelijns specifieke hulp. In dit vak is aandacht voor tijdige vroegbehandeling nodig om te voorkomen dat problemen

verergeren. Door gegevens in te voeren kun je dat inzichtelijk maken en ook de discussie aangaan over wat je wilt met welke middelen.

Oranje/rood:

Het is van belang om kinderen en gezinnen in de oranje/rode zone via de ruitenwisser zo snel mogelijk weer terug te laten keren naar de gele en groene zone. Kinderen met complexe problemen kunnen terug naar de gele zone, wanneer met specifieke hulp en overdracht van specifieke kennis de omgeving (gezin/onderwijs) voldoende is toegerust om beter aan te sluiten bij de specifieke behoeften van het kind. Complexe (gezins- of kind) problematiek kan daarmee teruggebracht worden naar een kwetsbare gezinssituatie/kwetsbaar kind. De complexiteit van sommige gezinsproblemen, waarbij sprake is van intergenerationele overdracht vragen soms om een langere periode van specifieke intensieve hulp.

Voorbeeld 10: Veel gezinnen in Amsterdam die nu specifieke zorg ontvangen zitten in de rode zone van het ruitenwissersmodel. Preventie of vroeginterventie hebben dan geen zin meer. Het is veel meer de kunst ze uit dat rood te krijgen. De realiteit is dat dit niet zomaar te realiseren is, ook niet door de transformatie. Al jaren zijn professionals daarmee bezig en die hebben misschien wat over het hoofd gezien maar niet in die mate dat je het aantal 'even' kunt halveren. Het gaat om hele ingewikkelde gezinnen. Daar moet je wel realistisch in zijn.

Ook in het geval van chronische problematiek zal het afhankelijk van de ernst van de problematiek in sommige gevallen nodig zijn dat een jongere langduriger zorg in het oranje vlak nodig heeft. Ook daar is de zorg echter gericht op het onderzoeken en versterken van mogelijkheden om te werken aan optimalisering en deelname aan zo normaal mogelijk leven.

Het ruitenwissersmodel werkt met een leadprofessional die het hulpverleningsproces stuurt en coördineert, de overige professionals beperken zich tot de uitoefening van hun expertise. Anders dan bij het casemanagement dat we in Nederland kennen, wordt hiervoor geen aparte functionaris ingezet. Het is een functie die de voor die casus meest aangewezen professional uitoefent. De Transformatie-denktank vindt dit een betere benadering dan het betrekken van een casemanager, wat voor het gezin weer een nieuw gezicht en in de hulpverlening extra ruis met zich meebrengt.

5. Acht aanbevelingen voor de inzet en positionering van specifieke zorg

De verwachting is dat de transformatie kan resulteren in een (kosten)effectiever stelsel door enerzijds een gedeeltelijke verschuiving van 'achteren' (tweede- en derdelijns zorg) naar 'voren' (de algemene voorzieningen en de eerste lijn) en anderzijds de effectiviteit en professionaliteit in de hele keten te verbeteren. Kortom: de juiste hulp op de juiste tijd en plaats. In de (experimenten en debatten over de) transformatie van de zorg voor jeugd gaat de aandacht tot nu toe vooral uit naar een versterking van de eerste lijn. De Transformatie-denktank benadrukt dat er aanvullend op de generalistische kennis en ondersteuning bij het opgroeien en opvoeden nog steeds behoefte is aan specifieke kennis en zorg die een antwoord geeft op specifieke vragen. Eerste lijn en aanvullende zorg staan niet los van elkaar, het uitgangspunt moet zijn dat ze samen een dynamisch zorgcontinuüm vormen.

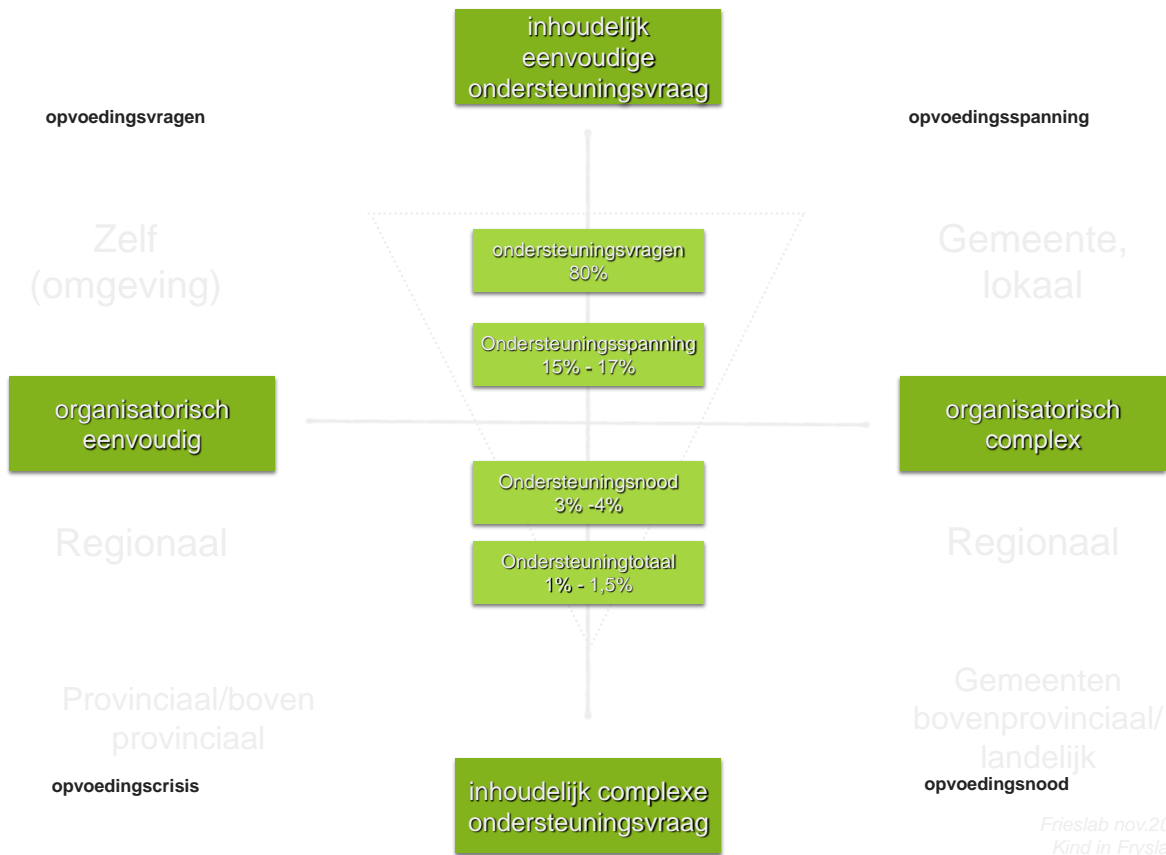
Met het oog daarop doet de Transformatie-denktank de volgende aanbevelingen over de positionering en inzet van specifieke zorg.

1. De Transformatie-denktank kiest voor de term **specifieke zorg** omdat het zorg betreft die voorbijgaat aan het oude onderscheid tussen eerste- en tweedelijnszorg. Het onderscheid tussen generalistisch en specifiek wordt bepaald door de vraag of generalistische zorg hulp kan bieden die op zichzelf tot voldoende resultaat leidt. Deze zorg is niet per definitie zwaar of duur. Specifieke zorg wordt ingezet als dit op kortere en langere termijn tot betere resultaten leidt en dus uiteindelijk kosteneffectiever is. Specifieke zorg kan zowel zorg in de ‘eerste lijn’ als zorg in de ‘tweede lijn’ betreffen. Het veronderstelt specifieke expertise, die (nog) niet in de eerste lijn zit of waarover niet iedereen in de eerste lijn hoeft te beschikken.
2. De transformatie van specifieke zorg heeft ook betrekking op het systemisch kijken naar de problematiek van een kind en dit te expliciteren. De aanpak kan beginnen bij de problematiek van het kind of bij het disfunctioneren van de opvoeder(s) maar de totale aanpak heeft betrekking op het hele gezinssysteem. Zeker bij thema’s over sociale veiligheid is dit van belang. Dat wordt dan ook het spanningsveld bij bijvoorbeeld het samenvoegen van de Steunpunten Huiselijk Geweld en de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling tot Advies- en Meldpunten Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Zijn we voldoende in staat om de problematiek van een kind binnen de context van het gezinssysteem te plaatsen? Dat geldt ook voor specifieke vragen, zoals diagnostisch onderzoek met betrekking tot ADD, autisme e.d. Het disfunctioneren van een individu kan immers ook verklaard worden door gezinsomstandigheden en maatschappelijke factoren. Sommige problemen, zoals huiselijk geweld en kindermishandeling, vragen om een combinatie van deze verklaringsmodellen.
3. De transformatie moet ertoe bijdragen dat je op een intelligente manier verschillende vormen van zorg aan elkaar kunt schakelen zonder dat er barrières opgeworpen worden door financiers of indicaties. De komende jaren staan we voor de uitdaging om de kennis aan de achterkant (specifieke vormen van ondersteuning en behandeling) beter te verbinden met kennis aan de voorkant (eerste lijn en basisvoorzieningen) en te voorkomen dat er weer een knip ontstaat. Deze verticale integratie van zorg draagt bij aan herstel van het gewone leven. Het inschakelen van een specialist kan op consultbasis, in de vorm van *wrap around care* of voor een enkelvoudige behandeling. Aandachtspunt bij vooral de consultfunctie is de financiering. Ook de schotten tussen jeugd- en opvoedhulp, jeugd-ggz en jeugd-lvb moeten hiervoor doorbroken worden (horizontale integratie). Voorbeelden uit de praktijk laten de ontwikkeling zien van generalistisch specialisme of meervoudig specialisme, een *T-shaped* specialist die breder gespecialiseerd is en systemisch kan werken. Dit vraagt om verdere scholing van de huidige specialisten waarbij het verder doorgronden van een specialisme ertoe leidt dat een professional meer problematieken kan behandelen. Naast de *T-shaped* specialist moet er ruimte blijven voor enkelvoudige specialisten.
4. Niet alleen de verschillende financieringsstromen zorgen voor schotten, ook in de samenwerking binnen en tussen organisaties worden schotten opgeworpen die te maken hebben met verantwoordelijkheden (mogen en durven) nemen en vertrouwen op elkaars oordeel/expertise. Voor een **sanering** van het aantal hulpverleners in een gezin **en samenwerking** die echt gericht is op de doelen van ouders en kinderen is het nodig om in coaching aandacht te besteden aan ‘wij/zij’-gevoelens, het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal en kennis, behandelonzekerheid, mandaat en het leren vertrouwen op wat de ander heeft gedaan. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een reflectieve praktijk waarbij casuïstiek gebruikt wordt om te leren en verder te professionaliseren.

5. Het invliegen van specifieke kennis op een school, door een wijkteam of een aanpalende specifieke voorziening moet gepaard gaan met kennisoverdracht zodat ook een volgend kind met vergelijkbare problematiek er de vruchten van plukt. Een belangrijk neveneffect van een meer integrale manier van werken binnen een ongedeeld primair proces is dus dat professionals van elkaar kunnen leren. Om kennis in de sector verder te ontwikkelen, zou dit een leidend principe in de transformatie moeten zijn.
6. De meest voorkomende opvoed- en opgroei problemen kunnen per wijk verschillen, wat consequenties heeft voor de invulling van de generieke zorg en de specifieke zorg. Om te komen tot lokale zorg die aansluit bij de behoeften van de bevolking, is het van belang dat een gemeente een probleemanalyse maakt op wijkniveau, daaraan gerelateerd doelen stelt, op grond daarvan afspraken maakt met zorgaanbieders, de effecten monitort en zo nodig de afspraken bijstelt. Zo'n analyse maakt inzichtelijk welke voorzieningen op wijkniveau beschikbaar moeten zijn en wat gemeentelijk dan wel regionaal georganiseerd kan worden. Het verlenen van de verschillende vormen van zorg hoeft niet per se bij een bepaald type functionaris of organisatie belegd te zijn.
7. De gangbare onderverdeling tussen eerste en tweede lijn voor respectievelijk generalistische en specialistische zorg is niet langer houdbaar. Naar het zich laat aanzien zal de toekomstige onderverdeling bestaan uit vrij toegankelijke en niet vrij toegankelijke zorg. Het is aan de gemeente om te bepalen wat straks vrij toegankelijke zorg is en voor welke zorg een verleningsbeslissing nodig is. Transformatie-denktank pleit ervoor deze nieuwe toegang zo laagdrempelig mogelijk te houden en dus geen nieuwe ingewikkelde procedures te ontwikkelen of hiervoor aparte ambtenaren aan te stellen. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat de betrokken professional 'aan de voorkant' het mandaat heeft om namens de gemeente een besluit af te geven. De gemeente kan dan periodiek en steekproefsgewijs checken of deze besluiten integer en verantwoord genomen zijn.
8. Voor de ordening van zorg kiest de Transformatie-denktank voor de principes achter het uit Engeland afkomstige ruitenwissermodel. De metafoer gaat mank in de zin dat een ruitenwisser snel heen en weer blijft gaan, dat is niet wat we beogen. Waar het om gaat is het beeld dat je snel op kunt schalen maar daarna ook weer afschaalt. Het model brengt de relatie tussen algemene voorzieningen, zogeheten eerstelijns ondersteuning en complexe, intensieve zorg in beeld. Het model geeft de dynamiek weer die de inzet van specifieke zorg zou moeten typeren. Het voorziet in de optie om specifieke hulp en intensieve hulp tijdelijk bij te schakelen, waarna de ruitenwisser zo mogelijk weer teruggaat naar de uitgangspositie. Daarnaast laat het zien hoe je kennis meer naar voren kunt inzetten. Met dit model is inzichtelijk te maken hoe de huidige financieringsstromen verdeeld zijn over de verschillende niveaus en welke investeringen nodig zijn om op die niveaus te werken aan het herstel van het gewone leven. Daarmee biedt het de gemeente aanknopingspunten om een integraal, samenhangend beleid te ontwikkelen.



Bijlage 1: Fries ordeningsprincipe: Jeugdzorg in kwadranten



Frieslab nov.2013
Kind in Fryslan
2012

