



Samen om het kind

De handen ineen voor specialistische jeugdhulp

Samen om het kind
Deel 5

De handen ineem voor specialistische jeugdhulp



Inhoud

Vooraf	5
1. Achtergrond	6
'Sanne wilde geen kleding meer aan'	18
<i>Interview met Sanne en haar moeder</i>	
2. Integrale jeugdhulp	21
Integrale hulp voor chronisch kwetsbaren	34
<i>Interview met Sanne Verwaaijen en Marion van Binsbergen over JeugdzorgPlus</i>	
3. Aansluiting basiszorg en specialistische jeugdhulp	38
4. Zo normaal mogelijk	51
5. Rol van gemeenten	61
'Het risico is voor de aanbieder'	72
<i>Interview met Ruut van Aniel, regio West-Brabant-West</i>	
Epiloog	78
Bronnen	79





Vooraf

Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten bestuurlijk en financieel verantwoordelijk voor het integrale lokale jeugdbeleid. De daarmee samenhangende transformatie van het jeugdstelsel is echter nog volop in ontwikkeling. Gemeenten en instellingen hebben vernieuwingen in gang gezet die moeten resulteren in (kosten)effectievere jeugdhulp waarvan ouders, kinderen en jongeren de vruchten plukken.

Met de serie publicaties *Samen om het kind* geeft het Nederlands Jeugdinstituut een impressie van de wijze waarop de transformatie van het jeugdstelsel in de praktijk vorm krijgt. Deel 5 van deze serie gaat over de specialistische jeugdhulp.

Specialistische jeugdhulp is hulp die veelal niet vrij toegankelijk is en waarvoor specifieke deskundigheid vereist is die de generalistische zorg in de eerste lijn, zoals huisartsen, wijkteams en Centra voor Jeugd en Gezin, niet kan bieden. Generalistische zorg biedt uitkomst voor de meest voorkomende, enkelvoudige opgroei- en opvoedvragen, terwijl specialistische zorg zich richt op complexe en/of specifieke problemen. Het gaat dan onder andere om hulp aan kinderen met psychiatrische stoornissen, ernstige gedragsproblemen en complexe of meervoudige problematiek en comorbiditeit of bijkomende problematiek zoals een (licht) verstandelijke beperking.

In dit vijfde deel uit de serie *Samen om het kind* laten we zien hoe gemeenten en instellingen invulling geven aan specialistische jeugdhulp. We gaan daarbij in op de vraag hoe zij aansluiten bij de transformatiedoelstellingen om ook deze hulp dicht bij huis, zo gewoon, zo kort en zo integraal mogelijk te bieden. De lopende tekst wordt afgewisseld met interviews en voorbeelden uit de praktijk. De gekozen praktijken zijn slechts een greep uit de vele mooie initiatieven die we zien ontstaan. We zijn de geïnterviewden zeer erkentelijk dat zij hun praktijkervaringen met ons hebben willen delen.

De publicatie *De handen ineen voor specialistische jeugdhulp* is een momentopname van een werkveld in beweging. We hopen professionals, beleidsmedewerkers en bestuurders van gemeenten en organisaties in de jeugdsector ermee te inspireren, aanzetten te geven om van elkaar te leren en de transformatie samen verder te brengen. Want dit kan geen verantwoordelijkheid zijn van individuele gemeenten of instellingen. Een succesvolle transformatie vraagt om een nauwe samenwerking tussen alle betrokken partijen: burgers, cliënten, bestuurders en professionals, gemeenten en instellingen, opleidingen, kennis- en onderzoeksinstellingen. Onder het motto: transformeren doe je samen, doelgericht, met kennis en beleid en al doende lerend.





1. Achtergrond

Als de 9-jarige Kenneth in een gespecialiseerde instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie wordt opgenomen, heeft hij al een jarenlange geschiedenis van hulpverlening achter de rug. Toen hij 3 jaar was, wist zijn moeder al geen raad meer met zijn driftbuien en agressief gedrag. Zijn kleutertijd brengt hij door in een medisch kindertehuis. Vanaf zijn zesde jaar woont hij weer thuis en bezoekt hij na school een Boddaertcentrum. Al snel gaat het thuis weer fout. Volgens de Riagg-psychiater heeft Kenneth een gedragsstoornis waarvoor hij behandeld moet worden in een jeugdpsychiatrische kliniek. De psychiater daar stelt vast dat Kenneth geen gedragsstoornis heeft, maar een aan autisme verwante stoornis. Kenneth begrijpt de wereld om hem heen niet en reageert daarop met angstig en grenzeloos gedrag. Door duidelijke en voorspelbare structuur aan te brengen, kan hij de angst op afstand houden. Na een paar maanden gaat het fout. Kenneth valt niet alleen andere kinderen op de groep aan, hij is ook een gevaar geworden voor de leiding. De instelling zegt niet de juiste hulp te kunnen bieden en start een zoektocht naar een alternatief.

Dat is er niet: ofwel er is een wachtlijst van maanden, ofwel de juiste hulp is niet voorhanden. Kenneth gaat van crisisplek naar crisisplek: twee weken in een psychiatrisch ziekenhuis voor volwassenen, een weekend in een instelling voor volwassen verstandelijk gehandicapten, een paar weken op een jeugdafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, tussendoor is hij een poosje thuis en gaat dan weer naar een jeugdpsychiatrisch centrum. Uiteindelijk is er plaats voor hem in een jeugdhulpverleningsinstelling voor zeer intensieve behandeling. De kinderpsychiater van deze instelling gelooft niet dat Kenneth een autistische stoornis heeft. Volgens hem lijdt Kenneth aan het syndroom van Gilles de la Tourette: hij heeft een ziekelijke, allesoverheersende behoefte aan exclusieve aandacht. Daarmee hoort hij niet thuis in de kinderpsychiatrie en ook niet in een internaat voor zeer intensieve behandeling. Hij heeft een omgeving nodig die minder persoonsgericht is, waar duidelijke regels worden gesteld die consequent worden uitgevoerd. Kenneth hoort thuis in een orthopedagogisch internaat. Zijn voogd – Kenneth staat al jaren onder toezicht – belt tientallen jeugdinstituten. De een heeft geen verblijfsfunctie, de ander heeft de komende twee jaar geen plaats, de derde is niet geschikt voor therapieresistente kinderen en voor de volgende is Kenneth te jong.

Dit verhaal speelde zich af in 1997. Het was een van de schrijnende voorbeelden die aantoonde dat de jeugdzorg niet goed georganiseerd was. Het was onduidelijk wie er verantwoordelijk was voor kinderen zoals Kenneth. Als er voor een kind en/of het gezin meer vormen van hulp nodig waren, werkten de verschillende hulpverleners niet goed samen en instellingen werkten aanbodgericht: kinderen kregen nogal eens de hulp die instellingen in hun aanbod hadden in plaats van dat er gekeken werd welke hulp het kind nodig had en welke instelling die het beste kon geven. De Wet op de Jeugdzorg die in 2005 werd ingevoerd moest daarin verbeteringen aanbrengen. Er kwamen Bureaus Jeugdzorg die onder andere onafhankelijke indicatiestelling regelden, Centra voor Jeugd en Gezin die er onder andere toe moesten leiden dat hulpverleners van verschillende instellingen beter met elkaar gingen samenwerken en er werden programma's ontwikkeld voor samenhangende hulpverlening aan kinderen en gezinnen die meer vormen van hulp nodig hadden. Maar enkele hardnekkige problemen loste de wet niet op. Er werden nog steeds kinderen als hete aardappelen doorgeschoven, de samenwerking liet nog vaak te wensen over, de onafhankelijke indicatiestelling ging gepaard met een enorme bureaucratie én de vraag naar jeugdzorg nam almaar toe, waardoor de overheid zich genoodzaakt zag er elk jaar meer geld aan uit te geven. De inkt van de Wet op de Jeugdzorg was nog niet droog of

er gingen al stemmen op het jeugdstelsel wéér te veranderen.

De gescheiden verantwoordelijkheden van de instellingen die jeugdhulp leverden werden als het grote manco van de jeugdzorg gezien. Jeugd- en opvoedhulp (voorheen jeugdhulpverlening) werd gefinancierd door de provincies, jeugd-ggz door de zorgverzekeraars en een klein deel door de Awbz, de zorg voor (licht) verstandelijk beperkte jeugd (lvb) door de Awbz, gesloten jeugdzorg (JeugdzorgPlus) door het ministerie van VWS, jeugd-bescherming en jeugdreclassering door het ministerie van Veiligheid en Justitie. De gemeenten waren verantwoordelijk voor preventie. De oplossing werd gevonden in een fundamentele stelselwijziging waarbij de verantwoordelijkheid voor de gehele jeugdzorg bij één overheidsorgaan kwam te liggen: de gemeenten. Als gemeenten, zo was het idee, verantwoordelijk zijn voor het hele budget, zullen ze extra veel energie steken in preventie, zodat je kunt voorkomen dat problemen zo ernstig worden dat dure, specialistische hulp nodig is. Met hun inkoopbeleid kunnen ze sturen op goede kwaliteit. Zij kunnen bijvoorbeeld alleen contracten afsluiten met instellingen die aantoonbaar willen samenwerken met andere instellingen. Er is lang over deze stelselwijziging gesteggeld. Met name de jeugd-ggz stelde zich er hard tegen teweer. Zij vreesde dat gemeenten over te weinig deskundigheid beschikten om te kunnen



bepalen welke en hoeveel psychische hulp kinderen nodig hebben. Het belang van goede hulp aan kinderen zou het wel eens kunnen verliezen van het belang van goede straatverlichting of andere gemeentelijke prioriteiten. Die angst werd mede ingegeven door forse bezuinigingen waarmee de overheveling van de jeugdzorg naar gemeenten gepaard ging. Met die bezuinigingen nam de overheid al een voorsprong op het te verwachte effect: besparingen doordat er minder een beroep gedaan zou worden op dure hulp.

In 2015 is de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten ingevoerd. Gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor alle jeugdhulp. Maar om een (kosten)effectiever jeugdstelsel te realiseren met betere hulp voor kinderen en hun opvoeders, is echter meer nodig dan een verschuiving van geld en verantwoordelijkheden. De nieuwe Jeugdwet schrijft dan ook voor dat de jeugdzorg inhoudelijk moet verbeteren, met andere woorden: naast transitie moet er ook transformatie plaatsvinden.

Uitgangspunten in de nieuwe Jeugdwet

In de Jeugdwet zijn de volgende uitgangspunten opgenomen:

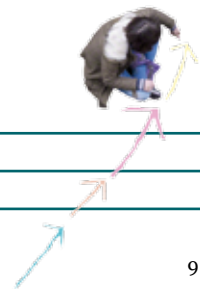
- De hulp wordt zo veel mogelijk in de nabije omgeving van kinderen geboden en de problemen worden zo vroeg mogelijk gesignaleerd en opgepakt.
- De vraag van de cliënt staat centraal.
- De veiligheid van het kind staat voorop.
- Minder snel medicaliseren, meer normaliseren.
- Hulpverleners leggen de regie zo veel mogelijk bij het gezin en maken optimaal gebruik van het probleemoplossend vermogen van jongeren, opvoeders en hun netwerk.
- Als kinderen intensieve en specialistische hulp nodig hebben, wordt die snel en adequaat geleverd.
- Zijn er meer vormen van hulp nodig, bijvoorbeeld van verschillende instellingen, dan worden die in samenhang met elkaar – integraal – geboden.
- Hulpverleners van de eerste lijn en van de verschillende instellingen werken hierin nauw met elkaar samen.
- Het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur moet ervoor zorgen dat een gezin met zo min mogelijk hulpverleners te maken krijgt.
- Gaat het om ernstige kind- of gezinsproblematiek dan proberen hulpverleners het gewone leven zo veel mogelijk te herstellen.
- Meer ruimte en minder regels voor professionals.
- Door continue (bij)scholing blijven professionals op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen.

Wat is specialistische jeugdhulp?

Er is de nodige discussie over de begrippen specialistische en generalistische hulp. Onder specialistische jeugdhulp wordt verstaan hulp waarvoor specifieke deskundigheid is vereist die de zorg in de eerste lijn, zoals huisartsen, wijkteams en Centra voor Jeugd en Gezin, meestal niet kan bieden. Generalistische zorg biedt uitkomst voor de meest voorkomende, enkelvoudige opgroei- en opvoedvragen en wordt wel in de eerste lijn geboden. Specialistische zorg biedt uitkomst voor complexe en/of specifieke problemen. Het gaat dan onder andere om hulp aan kinderen met een psychiatrische stoornis, ernstige gedragsproblemen en complexe of meervoudige problematiek en comorbiditeit of bijkomende problematiek zoals een (licht) verstandelijke beperking. Vormen van specialistische jeugdhulp zijn: consultatie, diagnosestelling, behandeling (ambulant, dagbehandeling of residentieel), crisisopvang, gezinshuizen en pleegzorg. Aanbieders van specialistische jeugdhulp die gefinancierd worden door gemeenten zijn instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie (jeugd-ggz), orthopedische behandelcentra, jeugd-ivb, jeugd- en opvoedhulp en JeugdzorgPlus. Tegenwoordig zijn er wijkteams actief die gespecialiseerde jeugdhulpverleners in dienst hebben. Er is bijvoorbeeld een psycholoog bij betrokken die gespecialiseerd is in de behandeling van angstige kinderen. Of een voormalig medewerker van een instelling voor jeugd- en opvoedhulp die alle expertise

Voor specialistische jeugdhulp is specifieke deskundigheid vereist die de zorg in de eerste lijn meestal niet kan bieden

in huis heeft om opvoedingsondersteuning te geven aan ouders van kinderen met gedragsproblemen. Die 'generalisten' bieden dan wel specialistische hulp, maar die hulp wordt uitgevoerd in de eerste lijn. Er is geen verwijzing voor nodig. De specialistische jeugdhulp waar we het in deze publicatie over hebben, is niet vrij toegankelijk voor cliënten. Het gaat om individuele voorzieningen waarvoor het wijkteam, de huisarts, het gemeentelijke loket of de jeugdbescherming of jeugdreclassering een beschikking moet afgeven. Voor de toegang tot JeugdzorgPlus is bovendien een machtiging van de kinderrechter noodzakelijk. Het is aan



gemeenten om te bepalen welke voorzieningen wel en welke niet vrij toegankelijk zijn. Met uitzondering van JeugdzorgPlus: als de kinderrechter een machtiging afgeeft hebben gemeenten een leveringsplicht.

Een voorbeeld van generalistische jeugdhulp

Het wijkteam komt in contact met een moeder die zich ernstig zorgen maakt over haar 12-jarige dochter. Het meisje is ziekelijk verlegen, heeft geen vriendinnen, zit het liefst thuis om met haar twee kleine broertjes te spelen, heeft een hekel aan school en haar schoolprestaties gaan de laatste tijd hard achteruit. De ambulante jeugdwerker in het wijkteam weet dat er in het buurthuis opvang is voor kleine kinderen. Hij regelt dat het meisje daar een paar dagen in de week mag komen helpen. Het meisje ontdekt dat ze dat goed kan, waardoor haar zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde groeien. Langzaam maar zeker kruipt ze uit haar schulp, gaat weer met meer plezier naar school en krijgt zelfs vriendinnen van haar eigen leeftijd. Hier gaat het dus om generalistische hulp.

Een voorbeeld van specialistische jeugdhulp

Een moeder van twee jongetjes van 7 en 9 jaar komt via de school bij het wijkteam terecht. Haar kinderen komen vaak op school zonder ontbeten te hebben, ze zien er onverzorgd uit, en ze verzuimen vaak. Het jongste kind is met zijn drukke gedrag in de

klas moeilijk te hanteren. De alleenstaande moeder maakt een overspannen indruk, ligt vaak hele dagen in bed en heeft nauwelijks steun van haar omgeving. Het wijkteam vermoedt dat de moeder ernstig depressief is. Na consultatie bij een ggz-instelling verwijst het wijkteam moeder door voor behandeling van haar depressiviteit. Het jongste jongetje blijkt na consultatie bij een jeugdpsychiatrische instelling te lijden aan ADHD en krijgt daarvoor een behandeling. Tevens schakelt het wijkteam gespecialiseerde gezinsondersteuning in van een instelling voor jeugd- en opvoedhulp. Jeugd- en opvoedhulp en de jeugdpsychiatrische kliniek bieden hier dus specialistische jeugdhulp.

Nieuw zorglandschap

Met de overheveling van de specialistische jeugdhulp naar gemeenten is er in feite een geheel nieuw 'zorglandschap' ontstaan. De afgelopen jaren zijn diverse notities verschenen over hoe dat nieuwe zorglandschap van specialistische jeugdhulp nu zodanig moet gaan werken dat er aan de doelstellingen uit de nieuwe Jeugdwet wordt voldaan. Een daarvan is *Ruimte voor Jeugdhulp* (april 2015), geschreven door een werkgroep van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) waaraan vertegenwoordigers van het Rijk, gemeenten en jeugdzorg deelnamen. De werkgroep maakt onderscheid tussen de specialistische jeugdhulp die lokaal en regionaal wordt geboden en de bovenregionale/landelijke voorzieningen. Onder de bovenregionale/

Om te zorgen voor kwalitatief goede jeugdhulp op lokaal en regionaal niveau moet er fors geïnvesteerd worden in de eerste lijn

landelijke voorzieningen vallen de residentiële voorzieningen van jeugd- en opvoedhulp, JeugdzorgPlus, intramurale jeugd-ggz en jeugd-lvb, orthopedagogische behandelcentra, enkele zeer specialistische centra en jeugd-verslavingszorg.

Lokale en regionale voorzieningen

Om te zorgen voor kwalitatief goede jeugdhulp op lokaal en regionaal niveau zullen gemeenten en instellingen fors moeten investeren in de eerste lijn, schrijft de werkgroep. Om de eerste lijn in staat te stellen meer problemen zelf op te lossen én te beoordelen wanneer verwijzing naar specialistische hulp nodig is, moeten

aanbieders van specialistische hulp hun kennis beschikbaar stellen aan die eerste lijn. Daarnaast moet de integrale jeugdhulp – hulp die door verschillende aanbieders in samenhang met elkaar geleverd wordt – verder ontwikkeld worden. Gemeenten en aanbieders moeten samen bekijken op welke manier ze deze integrale hulpvormen het beste kunnen stimuleren.

Bovenregionale voorzieningen

Voor de bovenregionale voorzieningen luidt de ambitie om de instroom naar deze zware vormen van zorg drastisch te beperken. De klinische capaciteit zou in enkele jaren, uiterlijk in 2018, met 30 procent moeten worden ingekrompen. Dit betekent, zegt de werkgroep, dat een aantal instellingen zal omvallen. Om dat proces zonder ongelukken te laten verlopen – zonder verlies van specialistische kennis, zonder dat kinderen ver buiten hun eigen regio behandeld moeten worden of dat bepaald aanbod helemaal verdwijnt – zal wel eerst het voorveld versterkt moeten worden. Eerstelijnsmedewerkers moeten capabel genoeg zijn om de chroniciteit en complexiteit van de zwaarste problematiek te onderkennen. De bovenregionale instellingen zullen meer moeten samenwerken met de regionale en lokale voorzieningen en zo veel mogelijk proberen in samenwerking met hen ambulante hulpvormen in te zetten. Bovenregionale voorzieningen zouden ook elkaars functies kunnen overnemen.



Een instelling voor jeugd- en opvoedhulp kan bijvoorbeeld expertise in huis halen om kinderen met een licht verstandelijke beperking te helpen.

Om ervoor te zorgen dat schaarse en voornamelijk landelijk georganiseerde specialistische jeugdvoorzieningen voor iedereen bereikbaar blijven, heeft de VNG in 2013 een Landelijk Transitiearrangement opgesteld voor de periode 2015 tot 2017. Hierin staat onder andere welke specialistische functies er in ieder geval behouden moeten blijven en welke instelling die mag aanbieden. En voor alle aanbieders van jeugdhulp geldt: mogen zij in financiële problemen komen, dan kunnen ze voor steun aankloppen bij de Transitie Autoriteit Jeugd.

Hardnekkige problemen

In de praktijk blijkt het realiseren van dat nieuwe zorglandschap nog helemaal niet zo gemakkelijk te gaan. Volgens het Advies kwartiermaker zorglandschap, dat in november 2016 is gepubliceerd onder de titel *Collectief opdrachtgeverschap voor transformatie specialistische jeugdhulp*, is er in het hele land wel veel beweging en ontwikkeling gaande, maar moeten er ook een paar hardnekkige problemen worden opgelost. Het advies is tot stand gekomen na gesprekken tussen de door de VNG aangestelde kwartiermaker Marion Smit en gemeenten, instellingen, het Rijk, onderzoekers, de Transitie Autoriteit Jeugd en cliëntvertegenwoordigers.

Er blijken regio's te zijn waar partijen goed met elkaar in gesprek zijn over de inhoud en samenwerken aan de doelstellingen van de transformatie. Echter, schrijft Smit, 'we zien ook te vaak dat het goede gesprek niet ontstaat. Aanbieders blijven de oorspronkelijke producten aanbieden, en gemeenten blijven deze producten inkopen. Ondanks alle goede bedoelingen lukt het nog niet om tot een gezamenlijke aanpak van de transformatie te komen. Het gesprek in de regio focust nog te veel op de contracten, onderlinge discussie, betwisten van betalingen, financiële knelpunten en budgetplafonds. Dit kost veel energie en gaat ten koste van de sturing op de transformatie.'

Bij een aantal wijkteams ontbreekt het aan voldoende kwaliteit om de hulpvraag adequaat in te schatten en, als dat nodig is, passend door te verwijzen. Kinderen blijven er te lang 'hangen', waardoor de zorg uiteindelijk intensiever en duurder is dan nodig. Er worden nog steeds kinderen van instelling naar instelling doorverwezen. Het aantal crisismeldingen is toegenomen en ook het aantal kinderen met een kindbeschermingsmaatregel. Bij een aantal regio's ligt de nadruk op het verder ontwikkelen van de eerste lijn en komt een efficiënte inkoop van specialistische zorg moeilijk tot stand. Er zijn weinig modellen beschikbaar om hulp goed te kunnen op- en afschalen. En wat er in een aantal regio's vooral ontbreekt, is een gezamenlijk gevoelde verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid

en ontwikkeling van noodzakelijke specialistische hulp. Veel kleine gemeenten willen alleen de prijs betalen die in rekening wordt gebracht en gaan ervan uit dat deze zorg later ook nog wel beschikbaar is, als dat nodig zou zijn. Maar om de garantie te hebben dat er in een bovenregionale of landelijke instelling altijd plaats is, moeten die instellingen lege bedden paraat houden. En daarvoor is extra geld nodig. Een aantal gemeenten wil daar echter niet aan meebetalen.

Marion Smit stelt in haar advies vier afspraken voor om de transformatie van de specialistische jeugdhulp te realiseren. Gemeenten en branches hebben zich aan die afspraken gecommitteerd. Om de betrokken partijen te helpen en aan te sporen die afspraken te realiseren, heeft de VNG een ambassadeur Zorglandschap Jeugd ingesteld. De ambassadeur, José Manshanden, is daarmee vanaf januari 2017 aan de slag gegaan. Die afspraken zijn:

1. Regio's en gemeenten als stevige opdrachtgevers

In stabiele regio's zoeken gemeenten elkaar op, wordt een gezamenlijke visie op de specialistische zorg geformuleerd en wordt daar ook naar gehandeld. Dit moet leiden tot stevig collectief opdrachtgeverschap.

2. Aanbieders en branches als stevige opdrachtnemers

Van de branches wordt verwacht dat er een visie op de jeugdhulp wordt ontwikkeld en gepresenteerd. Naast een zorginhoudelijke

visie, is collectief opdrachtnemerschap van belang, waarin aanbieders bouwen aan een zakelijke relatie met gemeenten.

3. Durven kiezen voor tijdelijke oplossingen

In tijden van grote verandering kunnen aanbieders in de problemen komen, bijvoorbeeld door betalingsachterstanden. Door tijdig met elkaar open het gesprek aan te gaan en ook te durven kiezen voor tijdelijke oplossingen, worden zorgelijke situaties vermeden.

4. Overzicht, ondersteuning en samenwerking

Verandering versnellen kan alleen als er overzicht is over de ontwikkelingen in het zorglandschap en als duidelijk is wat de grote vraagstukken zijn. Toegankelijke, feitelijke informatie is hierbij cruciaal.

Van institutioneel naar gemeenschapsperspectief

Begin 2017 verscheen er een vervolgnotitie over het geambieerde zorglandschap voor de specialistische jeugdhulp, opgesteld door een expertgroep van de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ), genaamd Passende zorg en behandeling voor jeugdigen. De BGZJ bestaat uit Jeugdzorg Nederland, GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC). Veel meer dan voorgaande beleidsnota's legt deze expertgroep de nadruk op het maatschappelijk perspectief. Niet het



perspectief van de jeugdzorginstellingen moet leidend zijn voor de aard van de ondersteuning en behandeling, maar wat de jeugdige nodig heeft om te kunnen participeren in de samenleving. Omdat de omgeving voor elke jeugdige anders is en de samenleving altijd in beweging is, is er een dynamisch speelveld nodig, met professionals die zich voortdurend blijven scholen om de beste ondersteunings- en behandelmethodieken toe te kunnen passen. De experts stellen vast dat de uitgangspunten voor een getransformeerde jeugdzorg zoals die in de nieuwe Jeugdwet zijn geformeerd te weinig houvast bieden, te weinig richtinggevend zijn. Volgens de experts is er een duidelijker model nodig dat concreter aangeeft hoe de jeugdhulp er inhoudelijk uit moet zien, en wat ervoor nodig is om dat te bereiken. Om te beginnen moet het perspectief helder zijn. In de huidige jeugdzorg overheerst het institutioneel perspectief: zorgaanbieders bepalen welke hulp de jeugdige en het gezin krijgen. Kenmerkend hiervoor is de nadruk op symptoomvermindering, op gestandaardiseerde behandelingen, een hiërarchisch beslismodel, behandelaren die het beleid bepalen, behandeling in de instelling. Dit institutionele perspectief moet veranderen in een gemeenschapsperspectief. In dat perspectief start de ontwikkeling en vormgeving van de zorg bij maatschappelijke doelen, op basis van de behoeftes in de samenleving en uitgaande van de publieke verantwoordelijkheid voor hulp die voor alle jeugdigen passend en bereikbaar is. In dat

Er is een dynamisch speelveld nodig met professionals die zich voortdurend blijven scholen om de beste methodieken te kunnen toepassen

perspectief ligt de nadruk van de zorg op versterking van de cliënt. De behoefte aan ondersteuning, in termen van ‘wat heb ik nodig om zelf zo goed mogelijk de regie te kunnen voeren’, staat daarbij centraal. De geboden hulp en/of ondersteuning is dan wel gebaseerd op kennis over wat werkt, maar is nooit standaard. Ze is afgestemd op het individu en wordt mede bepaald door de kracht of de zwakte van de omgeving. De hulp vindt plaats binnen de context van de thuis- en gezinssituatie en wordt zo veel mogelijk outreachend geboden. Het doel van de hulp is verbetering aan te brengen op verschillende domeinen, zowel op het gebied van psychisch en lichamelijk welbevinden, als op het gebied van sociaalmaatschappelijke participatie. Daarvoor worden sociale, psychologische en medische interventies gecombineerd ingezet.

Dynamisch veld

De jeugdzorg wordt onderscheiden in drie domeinen: de eerstelijns hulp die dicht bij huis wordt geboden, de specialistische hulp die veel voorkomt en daarom ook goed dichtbij, in de regio, geboden kan worden, en de specialistische hulp die weinig voorkomt en vaak bovenregionaal/landelijk wordt geleverd. De specialistische hulp vormt een tijdelijke aanvulling op de eerstelijns-, generieke hulp. De hulp die in deze drie domeinen geleverd wordt is dynamisch, het aanbod is voortdurend in beweging. Zij is afhankelijk van de vraag. Door stijging van het aantal kinderen van gescheiden ouders kan de vraag naar hulp bijvoorbeeld toenemen. Zij is ook afhankelijk van de ontwikkeling van de expertise. Een specialistische behandeling kan bijvoorbeeld digitaal worden uitgevoerd door de eerste lijn. Zo is er inmiddels een online versie van het opvoedprogramma *Triple P*, waarmee ouders zelf aan de gang kunnen. Ten slotte kan het aanbod per regio verschillen.

Om in te kunnen spelen op die voortdurend veranderende omgeving is continue kennisontwikkeling nodig. Organisaties en hulpverleners van de ene regio moeten kennis en ervaring uitwisselen met die van andere regio's, bijvoorbeeld met academische werkplaatsen. Hulpverleners moeten niet alleen goed opgeleid zijn – de opleidingen van hulpverleners zullen daarop moeten worden aangepast –, maar ook een 'leven lang' blijven leren, zodat iedere hulpverlener over actuele

kennis beschikt en 'evidence based' werkt. En er moet meer geïnvesteerd worden in wetenschappelijk onderzoek naar de beste vormen van jeugdhulp en de organisatie daarvan moet versterkt worden.

Wat het vraagt van hulpverleners

Werken vanuit dat maatschappelijke perspectief stelt ook eisen aan de hulpverleners. Hulpverleners die specialistische jeugdhulp leveren, werken vraaggericht. Ze werken ook in de wijk. Ze laten de regie bij het gezin, waarbij ze ondersteund worden door hulpverleners uit de eerste lijn. Ze maken hun eigen expertise duidelijk en erkennen die van de ander. Ze hebben goed contact met verschillende verwijzers in de wijk en stemmen hun hulp met hen af. Ze werken samen met hulpverleners van andere zorgaanbieders en gemeenten in de regio. En ze willen graag nieuwe kennis en vaardigheden opdoen en die ook overdragen aan anderen. Van de hulpverleners in de eerste lijn vraagt werken vanuit het maatschappelijk perspectief onder andere dat ze vanaf het eerste contact aansluiten op de jongere en/of het gezin, ongeacht diens achtergrond en sociale klasse. Eerstelijnsmedewerkers kennen de wijk goed en benutten het sociale netwerk voor jongeren, zoals scholen, sportclubs, welzijnsvoorzieningen en huisarts. Om goed te kunnen indiceren is er in het team hoogwaardige specialistische kennis aanwezig en kan het team, als dat nodig is, met specialisten samen



bepalen welke behandeling passend is. Professionals van een wijkteam beoefenen een eigen specialisme: voor hen is er een relevant opleidingsaanbod nodig. Zowel de professionals als het wijkteam zelf moeten aan bepaalde competenties voldoen.

Net zoals het Advies kwartiermaker zorg-landschap zegt ook de expertgroep dat, om dit alles te verwezenlijken, het noodzakelijk is dat zorgaanbieders en overheden in de regio samen de verantwoordelijkheid op zich nemen voor een goed functionerend jeugdhulplandschap.

Resumerend: al decennialang worden pogingen ondernomen om de hulp aan kinderen en gezinnen met ernstige problemen te verbeteren. Om te voorkomen dat er geleurd wordt met kinderen zoals Kenneth, dat er twintig hulpverleners bij een gezin betrokken zijn zonder dat zij van elkaar weten wat ze doen, dat kinderen onnodig zware zorg krijgen en dat kinderen die specialistische zorg nodig hebben deze zorg te laat of helemaal niet krijgen, zijn er heel wat veranderingen ingevoerd. Met als laatste grote stap de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten in 2015. Hiermee is in ieder geval een eind gekomen aan de gescheiden financieringsstromen van de jeugdhulp. Maar voor de verdere inhoudelijke verbetering van de jeugdhulp is er meer nodig. Om naast een transitie ook een verdere transformatie te laten plaatsvinden, zal de kwaliteit van de

hulp ook moeten verbeteren. De hulp aan kinderen en gezinnen die meer vormen van specialistische hulp nodig hebben, moet in samenhang – integraal – worden geboden, die hulp moet snel op- en afgeschaald kunnen worden, en kinderen die niet thuis kunnen blijven wonen moeten zo normaal mogelijk kunnen leven. In de volgende hoofdstukken beschrijven we hoe die ambities voor de specialistische jeugdhulp in de praktijk vorm krijgen en hoe gemeenten daarop kunnen sturen. We beginnen met integrale jeugdhulp: wat is er voor nodig om passende en samenhangende jeugdhulp te bieden?

Hoeveel kinderen krijgen jeugdhulp?*

Aantal kinderen

Ruim 287 duizend jongeren hebben in het eerste halfjaar van 2016 jeugdhulp gehad. Dat is 6,5 procent van de jongeren tot 23 jaar. Van de jongeren tot 18 jaar kreeg 8,2 procent jeugdhulp. 9 procent van de jongeren ontving jeugdhulp van een wijk- of buurtteam van de gemeente. Bijna 75 procent kreeg ambulante jeugdhulp van een jeugdzorgaanbieder, ruim 36.000 jongeren kregen jeugdhulp met verblijf. Hiervan waren bijna 19.000 jongeren in een pleeggezin opgenomen en 3.615 ondergebracht in gezinsgerichte opvang en 1.145 met een rechterlijke machtiging in de JeugdzorgPlus. In vergelijking met het eerste halfjaar van 2015 is het aantal jongeren met jeugdhulp nagenoeg gelijk gebleven. De toename bedroeg minder dan een kwart procent. Ten opzichte van 2013 bedroeg de toename ruim 0,75 procent.

Aantal jeugdhulptrajecten

Het aantal jeugdhulptrajecten is wel beduidend toegenomen. Een hulptraject bestaat uit een combinatie van hulpvorm en aanvangsdatum. Omdat een jongere meerdere trajecten tegelijk kan doorlopen, komt het aantal jeugdhulptrajecten hoger uit dan het aantal jongeren. Ten opzichte van het eerste halfjaar van 2015 is in het eerste halfjaar van 2016 het aantal jeugdhulptrajecten met 1,6 procent gestegen tot bijna 377.000 trajecten. Het overgrote merendeel hiervan betrof specialistische jeugdhulp, bij 28.000 trajecten ging het om vrij toegankelijke hulp. Het aantal trajecten voor jeugdhulp met verblijf nam met ruim 4 procent toe.

Verwijzingen

De huisarts verzorgde 41 procent van alle verwijzingen naar jeugdhulp. Een kwart kwam bij de jeugdhulp-aanbieders binnen via de gemeente. Het gaat dan om verwijzingen van de wijk- of buurtteams, maar ook van de politie of vanuit het onderwijs. Het aantal verwijzingen via de gemeente is meer dan een jaar eerder, toen nog 12 procent daarvandaan kwam. Ruim 12 procent van de verwijzingen verliep via gecertificeerde instellingen.

Meer jongens

In de eerste helft van 2016 ontvingen veel meer jongens dan meisjes jeugdhulp. Dit gold zowel voor jeugdhulp met verblijf als voor jeugdhulp zonder verblijf. In totaal kregen 118.000 meisjes en 169.000 jongens jeugdhulp. Een jeugdhulptraject duurde gemiddeld 267 dagen. Ruim driekwart van de hulptrajecten werd volgens plan beëindigd. 12 procent werd voortijdig afgesloten in overeenstemming met cliënt en aanbieder. Eenzijdige beëindiging door de jeugdige of de aanbieder kwam veel minder vaak voor: respectievelijk in 4 en 2 procent van de gevallen.

*Uit: Jeugdhulp 1e halfjaar 2016, CBS



Interview met Sanne en haar moeder



‘Sanne wilde geen kleding meer aan’

Wat haar ouders ook probeerden, de 8-jarige Sanne bleef weigeren kleding aan te trekken. Gewikkeld in een enkel laken brachten ze haar naar de jeugd-ggz. Het duurde ruim twee jaar eer de problemen waren opgelost. ‘Er is slecht naar ons geluisterd.’

Sanne zat in groep 5 toen ze op een ochtend weigerde zich aan te kleden. Sanne: ‘Alles irriteerde. Ik voelde alle naden. Ik werd er heel bang van, ik wilde geen kleding voelen.’ Sannes moeder Angelique: ‘Ze was niet te vermurwen. We hebben haar die dag thuis gehouden. De volgende dag zou ze bruid-meisje zijn op het huwelijk van vrienden van ons. De bruidstoet zou vanaf ons huis vertrekken, het bruidspaar stond op de stoep, maar Sanne weigerde haar bruidsjurk aan te trekken. Een geweldige consternatie. De dag erna zijn we naar de huisarts gegaan. De huisarts zei: Sanne is koppig, laat haar maar op haar kamer zitten tot ze toegeeft.’

Weken van strijd volgden. ‘Als ze in haar blootje naar beneden kwam, stuurden we haar weer naar boven. Daar raakte ze over haar toeren. Huilen, schreeuwen. Zo kon ze niet naar school. De huisarts verwees ons naar de Riagg. We hebben Sanne bloot in een laken gewikkeld en zo zaten we in de wachtkamer. De psychiatrisch verpleegkundige van de Riagg kwam een aantal keren bij ons thuis om te observeren hoe de situatie thuis was. Van

dat bezoek raakte Sanne nog meer in paniek. Ze weigerde met hem te praten. De psychiater van de Riagg dacht aan seksueel misbruik, volgens haar verkeerde Sanne in een psychose. Ze kreeg medicatie – Risperidon – een antipsychoticum om haar angsten te bedwingen. Daar werd ze wel rustiger van, maar zich aankleden wilde ze niet. Ze kon niet naar school. Ik moest naar mijn werk en zij kleepte zich niet aan. Daar stond ik dan. Wat moest ik doen?! Mijn werk is vlak bij huis. In de pauze kwam ik dan even poolshoogte nemen, maar het was een verschrikkelijke periode.’

Geen opname

‘De psychiater adviseerde opname in een jeugdpsychiatrische kliniek. De kliniek die haar onderzocht, was het daar niet mee eens. Volgens de kliniek had Sanne MCDD, een vorm van autisme. Ik werk in het speciaal onderwijs en zie veel kinderen met MCDD. Ik herkende Sanne daar niet in. Ik heb bij de belangenorganisatie voor autisme Balans de kenmerken van MCDD opgezocht. De belangrijkste daarvan zijn

het door elkaar halen van fantasie en werkelijkheid, emotieregulatiestoornis en angst. Die kenmerken heb ik voorgelegd aan een aantal mensen die Sanne goed kennen, en hun gevraagd of ze die bij haar vonden passen. Ook zij herkenden Sanne daar niet in. De kliniek zei toen: laten we deze diagnose maar als werkvorm gebruiken, want zonder diagnose kunnen we haar niet behandelen. Sanne kreeg psychomotorische therapie. Maar ze wilde vaak niet naar de kliniek toe voor die behandeling.'

Sanne: 'Ik wilde niet over mezelf praten. Ze deden net alsof ik een klein kind was. Ik was heel bang dat ik in de kliniek zou moeten blijven.' Angélique: 'Dan belde ik af. En dat vonden ze best. Nooit vroeg iemand waarom Sanne niet kwam, wat er aan de hand was. Ook de school liet het allemaal maar gebeuren. Ze heeft maandenlang verzuimd, maar we hebben nooit een leerplichtambtenaar gezien.'

Overbelasting

Toen er na driekwart jaar geen verbetering optrad, wilden de ouders van Sanne een second opinion aanvragen. Angélique: 'Wij dachten dat de problemen van Sanne te maken hadden met overbelasting. Sanne is heel slim. Ze had groep 4 al overgeslagen en zat in een verdiepingsklas. Maar haar cognitieve begaafdheid liep niet gelijk op met haar sociaal-emotionele ontwikkeling. Ze praatte als een volwassene maar gevoelsmatig was ze gewoon een kind van 9. Ze moest zich te veel aanpassen aan haar klasgenootjes en dat

zou die stress kunnen veroorzaken. Sanne zat volgens ons niet goed in haar vel. Maar de kliniek hield het bij MCDD. De psychiater raadde een second opinion dan ook af. Hij zei: "Als ik het niet weet, weet een andere psychiater het ook niet."

Via de huisarts zijn ze toch naar het UMC in Utrecht gegaan. Twee dagen na het eerste gesprek werd Sanne opgenomen. Overdag ging ze naar de ziekenhuisschool. In de overige uren werd ze behandeld met onder andere speltherapie en beeldende therapie. Sanne: 'Als ik niet was aangekleed mocht ik niet van mijn kamer. Dat was een heel klein kamertje, zonder speelgoed. Toen moest ik wel.' Angélique: 'Vreemde ogen dwingen. Maar in het weekend thuis reageerde ze zich af. Ze was volledig over haar toeren en zat maar in angst voor de maandag, als ze weer weg moest. Het werd angst om de angst: ze was bang dat het dan weer niet zou lukken om kleding aan te trekken.'

Intelligentietoets

Toch ging het na verloop van tijd wel beter. Vooral de beeldende therapie sloeg aan. Met deze therapeute wilde Sanne wel praten. En Sanne ging naar AntrAciet, een organisatie die advies en begeleiding biedt aan hoogbegaafde kinderen. Angélique: 'Maar daarmee moesten we stoppen van het UMC. Het UMC geloofde niet in haar hoogbegaafdheid. Ze hadden bij haar een intelligentietoets afgenomen en daaruit kwam een gemiddelde IQ-score. Net voor die test werd afgenomen, hadden ze



Sanne echter bepaalde vragen gesteld die haar totaal van de wijs hadden gebracht. Daardoor scoorde ze zo laag.'

Na zestien weken mocht de opname niet verlengd worden. Het UMC stuurde Sanne naar een psycholoog. Ook werd de medicatie stopgezet, want die hielp niet. De psycholoog had geen vat op Sanne. Inmiddels zat Sanne in groep 7. Toen ze weer thuis was, ging ze alleen naar school om de Cito-toets te doen. Ondanks dat ze maanden verzuimd had, kreeg ze een vwo/havo-advies. Op enkele onderdelen zaten hiaten in haar kennis. Angelique: 'Wij wilden dat het UMC doorging met behandeling. Ook onze huisarts vond dat het UMC de behandeling moest afronden, hij wist het UMC daarvan te overtuigen. Het UMC besloot toen te kijken of antidepressiva zouden helpen. Omdat antidepressiva bijwerkingen kunnen hebben, moest ze wel opgenomen worden. Ik wilde niet dat Sanne tijdens haar opname naar de ziekenhuisschool ging, want daar leerde ze niets. De ziekenhuisschool heeft toen een arrangement bij het Samenwerkingsverband geregeld, waarmee Sanne een uur per week thuisonderwijs zou krijgen. De opname begon direct na de grote vakantie, Sanne begon aan groep 8. Die antidepressiva werkten echter direct. Vanaf het moment dat ze die slikte heeft ze zich gewoon aangekleed en kon ze weer naar school. Het arrangement hebben we aangewend voor extra bijlessen om de hiaten in haar kennis op te vullen.' Sanne ging wel weer naar AntrAciet. Dat deed ze graag. Sanne: 'Daar kwamen dezelfde kinderen als

ik. Iedereen had problemen gekregen op school.' Angelique: 'De kinderen leerden hoe ze daarmee om konden gaan.'

Had sneller gekund

Inmiddels zit Sanne in de eerste klas van het gymnasium. Daar functioneert ze uitstekend. Terugkijkend op de behandeling van Sanne zegt Angelique: 'Het had veel sneller gekund als er beter naar ons was geluisterd. We hebben van het begin af aan aangegeven dat Sanne volgens ons niet lekker in haar vel zat vanwege die disbalans tussen haar cognitieve en emotionele ontwikkeling. Maar mensen trokken snel hun conclusies en straalden naar ons uit: laat die ouders maar lullen. De jeugdpsychiatrische kliniek deed niets. We hebben één keer een advies gekregen. We moesten Sannes kleding strijken, dan zou die minder irriteren. Maar daar zat het probleem niet. Toen de huisarts eens opperde Sanne een "blij-pilletje" te geven, vroegen we om andere medicatie. Daar werd niet op ingegaan. Wij zijn wel tevreden over het UMC. De mensen daar toonden grote betrokkenheid. Het probleem was alleen dat ze zo vasthielden aan die intelligentietoets, waardoor haar hoogbegaafdheid niet naar boven kwam.' Sanne: 'In het UMC wilden ze me gewoon helpen, ze wilden me beter maken. Als ik me dan heel angstig voelde, vroegen ze bijvoorbeeld: "wil je een glaasje water drinken?".'

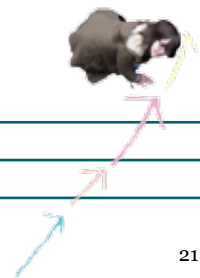


2. Integrale jeugdhulp

Een jeugdteam in Zaanstad krijgt via de politie een zorgmelding van een gezin bestaande uit een moeder met twee kinderen. Ze komen uit de vrouwenopvang en volgens de politie is er van alles aan de hand. Twee hulpverleners van het jeugdteam gaan erop af en treffen forse problemen aan. Zowel de moeder als de kinderen, die meerdere malen getuige waren van mishandeling van hun moeder door hun vader, zijn zwaar getraumatiseerd. Bovendien kampt de moeder met grote schulden en staat het gezin binnenkort weer op straat. De kinderen en de moeder moeten voor hun trauma behandeld worden, de schuldhulpverlening moet worden ingeschakeld, er moet huisvesting worden geregeld en de leerkrachten op school moeten adviezen krijgen over hoe ze het beste met deze kinderen kunnen omgaan. Het jeugdteam roept de betrokken hulpverleners van de verschillende instanties bij elkaar en formeert een team rondom het gezin. Gezamenlijk, met de moeder erbij, stellen ze een hulpplan op. Daarin staat wie welke hulp levert, wie die hulp coördineert, wie het aanspreekpunt is voor het gezin en waartoe de hulp moet leiden. Op gezette tijden komt het team bij elkaar om de voortgang van de hulp te bespreken en zo nodig aan te passen.

De hulp aan dit gezin is een voorbeeld van integrale jeugdhulp. Het gezin kampt met een aantal problemen tegelijkertijd waarvoor hulp nodig is van verschillende instanties. De hulpverleners vormen een team, stemmen de hulp op elkaar af en werken naar gezamenlijk vastgesteld doelen. Zo levert het team continuïteit van hulp. De gezamenlijke aanpak voorkomt dat er verschillende hulpverleners in een gezin bezig zijn, zonder dat ze van elkaar weten wie wat doet. Integrale jeugdhulp richt zich op kinderen en gezinnen met complexe problemen, waarbij meer dan één partij betrokken is bij de hulpverlening. Het gaat

vaak om gezinnen met kinderen die ernstig belemmerd worden in hun ontwikkeling door een combinatie van opvoedings- of gezinsproblematiek, psychische problemen, leerproblemen of een verstandelijke beperking. Voorgaande behandelingen hebben hier onvoldoende geholpen. Het gaat om ongeveer een half procent van alle jeugdigen in Nederland. De hulp richt zich meestal op zowel het kind als het gezin. Uit onderzoek blijkt dat als de hulpverlening aan deze gezinnen of kinderen misloopt dat vaak gebeurt op het moment dat er van de



ene soort hulp moet worden overgeschakeld op de andere soort hulp. Een hulpverlener uit de eerste lijn heeft bijvoorbeeld een kind verwezen naar een jeugdpsychiatrische kliniek en achteraf blijkt dat het kind daar nooit naartoe is gegaan, of dat de behandeling voortijdig is gestopt zonder dat de eerstelijns hulpverlener daarover is geïnformeerd. Of de jeugd-ggz besluit de behandeling van een kind af te ronden in de veronderstelling dat de ouders de opvoeding nu zelf aankunnen met ondersteuning van opvoedhulp, terwijl die opvoedhulp nog helemaal niet is geregeld. Een belangrijke ambitie van de transformatie van de jeugdzorg is om integrale jeugdhulp te stimuleren en verder te ontwikkelen.

Verschillende vormen van integrale jeugdhulp

De afgelopen jaren zijn er al heel wat jeugdzorginstellingen aan de gang gegaan met integrale jeugdhulp. Een voorbeeld daarvan zijn de ambulante multifocale teams van Kenter Jeugdhulp in Zuid-Kennemerland. Hulpverleners vanuit de jeugd-ggz en

hulpverleners vanuit jeugd- en opvoedhulp werken hierin samen voor één gezin, met één dossier en één plan. Ze combineren de expertise van jeugd- en opvoedwerkers die veel ervaring hebben met gezinsbehandeling en begeleiding thuis met de expertise van jeugd-ggz-medewerkers die zijn gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van psychische en psychiatrische klachten of systeemtherapie.

Integrale zorg Yulius en Horizon

Een voorbeeld van integrale jeugdhulp in de residentiële jeugdzorg bieden de Rotterdamse instellingen Yulius (kinder- en jeugdpsychiatrie) en Horizon (jeugd- en opvoeding en onderwijs) met de behandeling van kinderen tussen 8 en 14 jaar die kampen met autisme en ernstige gedragsstoornissen. Gedurende drie tot zes maanden bieden zij deze kinderen een integrale, intensieve behandeling voor zowel psychiatrische als gedragsproblemen op school, thuis en in hun vrije tijd. De zorg is gericht op terugkeer naar een zo normaal mogelijk leven thuis, zo nodig met steun van het wijkteam en ambulante hulpverlening. Yulius en Horizon

Dossier Integrale jeugdhulp

In het dossier Integrale jeugdhulp van het Nederlands Jeugdinstituut is alle informatie rondom het thema verzameld. Er staan inspirerende praktijkvoorbeelden beschreven, de definitie wordt toegelicht aan de hand van een filmpje en werkzame elementen worden voor diverse onderdelen belicht.

Zie: www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Integrale-jeugdhulp

beschikken op dit moment over twee behandelgroepen voor Integrale Zorg, met elk tien kinderen. Deze groepen worden begeleid door pedagogisch medewerkers; de helft is in dienst van Horizon, de andere helft werkt voor Yulius. Daarnaast bestaat het team uit een gedragswetenschapper van Horizon, een psychiater van Yulius en een systeemtherapeut van Horizon of Yulius. Cliënten worden bij Yulius en Horizon aangemeld door de jeugdbescherming, een wijkteam of een huisarts. Vervolgens vindt een opnamegesprek plaats met het kind, de ouders en een medewerker van Yulius en Horizon. Gezamenlijk stellen ze de doelen vast, maken ze afspraken en kijken ze alvast naar het nazorgtraject.

School2Care

Een andere vorm van integrale jeugdhulp is School2Care. School2Care in Amsterdam is een geïntegreerd onderwijs-zorgprogramma voor jongeren van 12 tot 18 jaar die niet of nauwelijks nog naar school gaan. School2Care biedt deze jongeren een alternatief waarbij zij thuis kunnen blijven wonen, in plaats van in een residentiële of justitiële voorziening. Ze worden op alle leefgebieden intensief ondersteund. School2Care is ontwikkeld door Spirit (jeugd- en opvoedhulp), Altra (onderwijs en jeugdhulp), Esprit Scholen en het Samenwerkingsverband voortgezet onderwijs Amsterdam. Sinds 2013 is het programma ondergebracht bij Altra. De jongeren krijgen gedurende de eerste drie

Bij School2Care kunnen jongeren thuis blijven wonen, in plaats van in een residentiële of justitiële voorziening

maanden lessen en begeleiding vanaf acht uur 's ochtends tot acht uur 's avonds. Ze volgen dan lessen die zo veel mogelijk aansluiten bij het programma op hun oude school. Buiten het lesprogramma om sporten, koken en eten de leerlingen samen. Er zijn workshops en andere activiteiten. Als de doelen zijn behaald, worden de leerlingen stap voor stap begeleid naar nuttige vrijetijdsbesteding. Iedere leerling wordt gekoppeld aan een coach. Deze coach helpt hen de draad weer op te pakken en hun schoolloopbaan te vervolgen en heeft veelvuldig contact met ouders en betrokken hulpverlening. De coaches werken samen in een team. Elk team krijgt ondersteuning van twee pedagogisch medewerkers voor de groepsbegeleiding, een gedragswetenschapper voor het uitzetten van de onderwijsleerlijn en



de hulpverleningslijn, een intern begeleider voor ondersteuning bij het onderwijskundig programma, een supervisor met focus op de veiligheid en het groepsklimaat, en een schooldirecteur. Daarnaast is er één dag per week een gz-psycholoog verbonden aan School2Care, voor diagnostiek, advies en behandeling.

Vliegende Brigade

En weer een andere vorm van integrale jeugdhulp is de Vliegende Brigade in Amsterdam. De Vliegende Brigade, een team van de jeugdpsychiatrische instelling de Bascule, gaat naar de woongroepen van Spirit (jeugd- en opvoedhulp) toe om de kinderen te behandelen en de medewerkers te ondersteunen en te coachen. Het team werd enkele jaren geleden opgericht nadat de orthopedagogische leefgroepen, waarvoor Spirit en de Bascule samenwerkten, uit bezuinigingsoverwegingen werden opgeheven. Deze leefgroepen bestonden uit 6- tot 23-jarigen die kampen met ernstige psychiatrische en/of gedragsproblemen. Deze kinderen en jongeren moesten nu naar de Bascule voor behandeling, en dat bleek een te hoge drempel. Vaak gingen ze niet – ‘ik ben echt niet gek’, vonden de jongeren – of de behandeling stopte voortijdig. Een oplossing werd gevonden in de oprichting van de Vliegende Brigade. Het team bestaat uit een kinder- en jeugdpsychiater, een basispsycholoog, een gz-psycholoog, een orthopedagoog en een gz-psycholoog van

Lijn 5, een instelling voor verstandelijk gehandicapten. In plaats van de kinderen naar het gebouw van de Bascule te laten gaan, ‘vliegen’ de teamleden van groep naar groep om kinderen te behandelen, maar ook om advies te geven aan de pedagogisch medewerkers van Spirit.

Bovenstaande voorbeelden tonen aan dat er allerlei verschillende vormen van integrale jeugdhulp zijn. Er kan om één casus een team geformeerd worden van alle disciplines die nodig zijn. ‘Maar vaker’, zegt Cécile Chênevert, adviseur en projectleider bij het Nederlands Jeugdinstituut, ‘richten organisaties samen een team op voor alle multiprobleemgevallen. In zo’n team zitten dan hulpverleners uit meerdere sectoren zoals de jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp en jeugd-lvb. Soms zijn ook het wijkteam en de politie erin vertegenwoordigd, of zij schuiven alleen aan als dat nodig is. Dat geldt ook voor bijvoorbeeld de verslavingszorg en de schuldhulpverlening.’

Cultuurverschillen in het team

Het opzetten van integrale jeugdhulp gaat lang niet altijd makkelijk. Een van de obstakels die instellingen die integrale jeugdhulp willen gaan bieden uit de weg moeten zien te ruimen, is het overbruggen van cultuurverschillen. Zo zegt Hella van de Beek, regiomanager bij Kenter jeugdhulp: ‘Medewerkers van jeugd- en opvoedhulp zijn bijvoorbeeld gewend om solistisch te werken. Nu moesten ze leren om van andermans expertise te profiteren. Dus

niet te lang in hun eentje doorhobbelen maar er een ander bij halen om mee te kijken.’ De vraag bij de multifocale teams was ook hoe je van een visie van integraal werken tot de praktijk komt. ‘In het concretiseren van onze visie heeft het Nederlands Jeugdinstituut ons eveneens zeer geholpen.’ Er werden interviews gedaan met medewerkers over de beoogde doelgroep en de vraag wat integraal werken moest gaan inhouden. Daarnaast organiseerde het instituut vijf ontwerp-sessies met vertegenwoordigers van de beide fusie-organisaties; over doelgroep en doel, de te gebruiken werkprocessen en in te zetten methodes en interventies. ‘Dit alles’, zo zegt Van de Beek, ‘hielp om intern een transformatie op gang te brengen. De nieuwe werkwijze ging er echt door leven.’ Het team van de Vliegende Brigade had minder last van cultuurverschillen. Dat komt onder andere doordat de twee belangrijkste medewerkers van het team elkaars werkgebied goed kennen. Margreet Ooms, orthopedagoog en de enige ggz-behandelaar die fulltime bij het team betrokken is, werkte voorheen als groepsleider bij Spirit. ‘Ik weet wat de groepsleiding soms doormaakt, hoe moeilijk het is om resultaten te bereiken en hoe langzaam gedragsverandering kan gaan. Als we dan iets positiefs bewerkstelligen, zijn we al heel blij.’ Zij werkt nauw samen met Lea Keizer, orthopedagoog en jeugdspecialist bij Spirit, die een aantal jaren geleden nog bij de Bascule werkte. Lea Keizer komt regelmatig op de woongroepen om de groepsleiding

Definitie

Binnen de jeugdsector bestaan verschillende termen voor ‘integrale jeugdhulp’. Zo wordt integrale jeugdhulp ook aangeduid met ‘ketenzorg’, ‘integrale samenwerking’, ‘multifocale jeugdhulp’, ‘multidisciplinaire jeugdzorg’, ‘samenhangende hulp’ of ‘passende hulp’. Het belangrijkste kenmerk is dat verschillende betrokken partijen met elkaar samenwerken en dat de hulp wordt vormgegeven vanuit de specifieke situatie van het kind en zijn gezin. Deskundigen op het gebied van jeugdhulp hanteren de volgende definitie van integrale jeugdhulp: Integrale jeugdhulp is jeugdhulp die passend en samenhangend is. De hulp is passend als die zo licht mogelijk is, maar ook direct intensief als dat nodig is. Passende hulp vraagt om een goede verbinding en snelle schakeling tussen generalistische basiszorg en specialistische jeugdhulp. De hulp is samenhangend wanneer de deskundigheid vanuit verschillende specialismen en sectoren optimaal benut wordt en de hulp in samenhang wordt geboden vanuit het principe ‘één gezin, één plan’.



te ondersteunen en te kijken of een kind psychiatrische behandeling nodig heeft. Zij zorgt ervoor dat wat de ggz-behandelaar heeft aangegeven, wordt vertaald in de werkwijze op de groep. ‘Tussen de medewerkers van Spirit en die van de Bascule is er vrijwel altijd overeenstemming over de te volgen behandelwijze.’

Het belang van samenwerken

Een team dat integrale hulp biedt, moet goed kunnen samenwerken. Cécile Chênevert: ‘Disciplines moeten elkaar aanvullen. Teamleden stellen samen het doel van de hulp vast en delen hun visie daarop, zodat ze daarop kunnen teruggrijpen als er meningsverschillen ontstaan. Ze realiseren zich dat ze samen

Marco van 't Wout, jeugdhulpverlener ambulant multifocaal team Kenter

‘Juist als je het verschil tussen disciplines behoudt, vul je elkaar aan’

‘Ik heb altijd gewerkt op de jeugdafdeling van de voormalige Riagg, dus het psychiatriedeel. Sinds vorig jaar zomer werk ik in een multifocaal team. We zijn nog in een pioniersfase, maar de grote verandering is nu al dat ik de psychiatrische behandeling van jongeren goed kan integreren met de opvoedondersteuning aan ouders. Neem dat 14-jarige meisje dat niet meer naar school gaat. Dat geeft veel onmacht bij haar ouders. Maar het is tevens onduidelijk hoe het komt dat ze niet meer naar school wil. Ik start met diagnostiek, en mijn collega van jeugd- en opvoedhulp start tegelijkertijd met de ouderbegeleiding. Vroeger zat daar een schot tussen. Er waren twee organisaties, je moest je apart aanmelden, het was lastig om een locatie te regelen. Nu is het schot zo goed als weg. Ik kan gemakkelijker terugkoppelen naar degene die de opvoedhulp doet, en andersom. We kunnen samen de gesprekken doen. De communicatie is veel gemakkelijker. Kortom: we zitten veel dichter bij elkaar en kunnen dus letterlijk meer geïntegreerde zorg aanbieden. We moeten nog wel uitvinden wat dit van mij als professional precies vraagt. We komen uit twee gebieden, en dan spreek je bijvoorbeeld niet automatisch elkaars taal. Wij werken vanuit het medisch model, en jeugd- en opvoedhulp werkt meer vanuit een gezinsgericht model. Dat heeft gevolgen voor de verslaglegging. Jeugd- en opvoedhulp is gewend om samen met de ouders het verslag te maken. Dat hoeft dan niet nog eens besproken te worden. Het medisch model vereist dat wel. Wij moeten ons ook meer aan richtlijnen houden. Zo moet er een hoofdbehandelaar meekijken bij de anamnese en moet er een psychiater aanwezig zijn bij de bespreking van het ziektebeeld. Hoe je dat samenvoegt is zowel administratief als qua verslaglegging best lastig.

Als het echter gaat om de zorg op zich, dan vinden we elkaar heel gemakkelijk. Natuurlijk is er discussie, wat weegt bijvoorbeeld zwaarder: het psychiatrische deel of de opvoedhulp? Maar die discussie is zinvol, die is nodig om tot een goed geïntegreerd plan te komen. Juist als je het verschil tussen beide disciplines in stand houdt, ben je aanvullend op elkaar. Dan krijg je het beste van beide.’

verantwoordelijk zijn voor een goede afloop van de hulp en dat ze daarvoor van elkaar afhankelijk zijn. Ze weten wat hun eigen expertise is, waar die stopt, en welke expertises de anderen hebben. Om vertrouwen in en respect voor elkaars expertise te krijgen, is het nodig om te investeren in persoonlijke kennis-making en te leren van elkaars werkwijze. Ook moet er ruimte zijn voor reflectie en feedback. Het team moet ook buiten kantooruren bereikbaar zijn. Crisissen vinden nu eenmaal niet altijd tussen negen en vijf uur plaats, vaker 's avonds en in het weekend.'

Hella van de Beek onderschrijft dit. Het ideale multifocale team bestaat volgens haar uit hulpverleners die werken vanuit hun eigen kennisgebied, maar wel bereid zijn om goed samen te werken, kennis te delen, en de hulpvraag van de klant te vertalen naar de expertises binnen het team. Van de Beek: 'Dus niet alleen nadenken over wat je zelf kunt doen voor een gezin, maar ook wat je collega's daarin kunnen betekenen. Je moet van elkaar weten waar de ander goed in is.'

De teams bevinden zich nog in een beginfase. 'De meeste teams zijn nog maar een paar maanden bezig, dus het duurt nog wel een tijd voordat de werkwijze erin zit. Sommige medewerkers komen bijvoorbeeld een team binnen met een oude caseload waarin ze alles in hun eentje deden, op de oude manier. Dat structureel samen met elkaar kijken, is nog pril.' Toch ziet Van de Beek al welke elementen cruciaal zijn om de samenwerking tussen 'de twee bloedgroepen' te laten slagen. 'Je moet

elkaar respecteren. En aan elkaar duidelijk maken wat je wel en wat je niet kunt. Je moet bovendien bereid zijn breed en vanuit meerdere perspectieven te kijken naar de problematiek die zich voordoet. En je moet dezelfde visie delen.'

Openstaan voor andermans ideeën

Ook voor Margreet Ooms van de Vliegende Brigade is het voor het slagen van integraal werken het belangrijkste dat iedereen kan en oprecht wil samenwerken. 'Je moet elkaars kwaliteiten zien, erkennen en er gebruik van willen maken. Dus niet: ik ben de expert, maar elkaars visie bespreken en openstaan voor ideeën die anderen inbrengen.' De zes woongroepen van Spirit zijn verspreid over Amsterdam. Margreet Ooms komt in alle woongroepen om kinderen te diagnosticeren, te behandelen en te observeren. 'Op de groep leg ik aan de groepsleiding uit wat er met een kind dat ik behandel aan de hand is, en hoe ze het beste met het kind kunnen omgaan. Er is bijvoorbeeld een meisje dat haar emoties niet in de hand heeft, ze is depressief en vertoont zelfbeschadigend gedrag. Vanwege conflicten met haar moeder kan ze niet thuis wonen. Ik behandel haar met cognitieve gedragstherapie. Dan vertel ik de groepsleiding wat die behandeling inhoudt, ik geef een stukje psycho-educatie over automutilatie en bespreek met hen hoe zij de bejegening van het meisje daarop kunnen aanpassen. De groepsleiders kennen de kinderen goed. Zij weten



hoe de patronen lopen in het gezin waaruit het kind komt. Zij zien bijvoorbeeld dat een 14-jarig meisje zich opeens als een 4-jarig kind gaat gedragen als ze haar moeder aan de telefoon heeft. Ik heb de groepsleiding nodig om een goede behandeling te kunnen geven. Zonder hen staat mijn behandeling op losse schroeven. Ik leer van hun observaties, maar ook van de vragen die zij stellen, want zo kom ik erachter waar zij tegenaan lopen.’

Lea Keizer is net zo enthousiast over de samenwerking. ‘Vroeger stonden de behandeling op de Bascule en die op de woongroep los van elkaar. Maar je hebt elkaar nodig. Omdat de ggz-behandelaar vanaf het begin meekijkt, de groepsleiding ondersteunt en altijd vraagt hoe het met een kind gaat, voelt de groepsleiding zich serieus genomen en gewaardeerd. Nu is het een gezamenlijke zoektocht naar hoe het kind het beste geholpen kan worden. De behandelaars van het team en ik moeten ook altijd bereikbaar zijn voor de groepsleiding. Want er gebeuren vaak onverwachte dingen. Maar het allerbelangrijkste is misschien wel de basishouding van de leden van de Vliegende Brigade. Zij stralen uit: wij voegen ons bij jullie in, wij horen jullie, wij vinden jullie deskundigen. Zij willen de groepsleiding en de opvoedouders in hun kracht zetten en doen dat zo ook.’

Eén aanspreekpunt voor gezinnen

Hulpverleners moeten niet alleen onderling goed kunnen samenwerken, minstens zo belangrijk is dat ze goed met de cliënten

samenwerken. Cécile Chênevert: ‘Als je in de literatuur kijkt naar wat er inhoudelijk nodig is om integraal werken te doen slagen, dan blijkt de wijze waarop hulpverleners samenwerken met de gezinsleden een van de belangrijkste succesfactoren. Hulpverleners die de regie zo veel mogelijk bij de gezinsleden leggen en zich aansluiten bij hoe de gezinsleden hun problemen ervaren, behalen het meeste resultaat. Gezinnen willen één aanspreekpunt hebben en stellen het op prijs als hulpverleners bij hen thuis komen, dus outreachend werken.’

Competenties van hulpverleners

Integraal werken vraagt ook om inventieve hulpverleners met lef. Margreet Ooms zegt het zo: ‘Je moet flexibel en creatief zijn, want deze kinderen passen niet in een protocollaire behandeling.’ Cécile Chênevert: ‘Er gebeuren nogal eens onverwachte dingen die gemaakte afspraken op hun kop zetten. Hulpverleners moeten dan creatief naar oplossingen zoeken, ‘out of the box’ kunnen denken en openstaan voor andere manieren van werken dan ze gewend zijn. Ze moeten ook eigenwijs durven zijn, lef hebben en tot op zekere hoogte risico’s durven nemen.’ Ze geeft het voorbeeld van de InVerbindingsteams in de regio Utrecht waar zij bij betrokken is. Die teams combineren integrale en outreachende hulp met informele hulp en gebruiken daarbij de JIM-methodiek, die in hoofdstuk 4 wordt beschreven. Bij de JIM-methodiek krijgt een persoon in het netwerk van de cliënt, bijvoorbeeld een

Het welzijn van kind en gezin moet uitstijgen boven het eigenbelang van de organisaties

buurvrouw, een prominente rol. De buurvrouw wordt een soort samenwerkingspartner van de hulpverlener en het gezin. ‘Ze wordt daarin wel ondersteund door het team, maar je weet niet altijd hoe dat precies uitpakt. Dat kan spannend zijn, het gaat vaak om dreigende uithuisplaatsingen.’

Het eigenwijs mogen zijn kan nog wel eens een spanningsveld opleveren in relatie tot het werken volgens richtlijnen en protocollen. ‘Maar’, zegt Cécile Chênevert, ‘hulpverleners moeten de ruimte krijgen om nieuwe dingen uit te proberen en daarvan te leren. Meestal bieden de richtlijnen wel de ruimte om daar beredeneerd van af te wijken. Bovendien spreken de richtlijnen van de ggz en jeugd- en opvoedhulp elkaar niet tegen.’

Rol van organisaties

Integraal werken vraagt van de betrokken organisaties niet alleen dat ze hun medewerkers de ruimte geven om te pionieren, ze moeten ook de randvoorwaarden scheppen om integraal werken te laten slagen. Cécile Chênevert: ‘Ze moeten investeren in goede werkomstandigheden. Maar het begint ermee dat de betrokken organisaties het welzijn van het kind en het gezin vooropstellen. Dat belang moet uitstijgen boven het eigenbelang van de organisaties. Vervolgens bepalen ze welke samenwerkingspartners er nodig zijn om dit gezamenlijke belang te bereiken. Ze maken afspraken over wie de regie voert, de zorg coördineert, over de inzet van mensen en middelen en over wie de eindverantwoordelijkheid draagt. Dat uitstijgen boven het eigenbelang is niet altijd makkelijk, want organisaties kunnen elkaars concurrenten zijn. Hulpverleners moeten zich dan kwetsbaar durven opstellen en erkennen dat een andere organisatie de hulp wellicht beter kan geven dan de eigen organisatie. Sommige organisaties stellen een stuurgroep in die belangenkwesties aanpakt en toeziet op de voortgang. Het blijkt ook succesvol te zijn om een onafhankelijke regievoerder aan te stellen die verantwoordelijk is voor de opzet van het team. De verantwoordelijkheid voor het welslagen van de hulp ligt idealiter bij alle samenwerkende partijen vanuit het principe van gelijkwaardige inzet. In de praktijk zie je verschillen. De ene keer is



het de taak van de teamleider om de voortgang in de gaten te houden, de andere keer ligt die taak bij de regievoerder. Je ziet vaak dat de teamleider verantwoordelijk is voor de inhoud van de hulp. De regievoerder zet het team op, jaagt het team aan en is verantwoordelijk voor het proces en de randvoorwaarden, bijvoorbeeld voor goede registratiesystemen.'

Juridische knelpunten

Sanne Verwaaijen, bestuurder van de CONRISQ Groep die veel integrale zorg biedt in de forensische sector en JeugdzorgPlus (zie het interview aan het einde van dit hoofdstuk), wijst erop dat een gelijkwaardige inzet en het dragen van gezamenlijke verantwoordelijkheid juridisch lastig is. Verwaaijen: 'Kort door de bocht zou je kunnen zeggen dat het doel

van samenwerking toch wel belemmerd wordt doordat juridische kaders nog geënt zijn op enkelvoudige instanties, contracten en verantwoordelijkheden en dat vormt een aparte belemmering waar eigenlijk niemand wat aan kan doen.' Ze licht toe: 'Integrale samenwerking werkt het beste als medewerkers van verschillende disciplines van verschillende organisaties gezamenlijk optrekken volgens één plan. Maar de financier wil slechts één contractpartner. De andere kunnen dan alleen onderaannemer worden. Dat levert problemen op met dossiervorming en registratie op één plan. Of de medewerkers moeten worden gedetacheerd. En dat kan problemen opleveren met kennisvergaring vanuit de moederorganisatie. Het ligt ook vaak lastig op het gebied van de btw. Als

Privacy

Wanneer professionals vanuit verschillende voorzieningen meer met elkaar samenwerken, komt de kwestie van privacybescherming aan de orde. Sommige ouders maken zich hier zorgen over. Met wie deelt de jongerenwerker of pedagogisch medewerker de gegevens van mijn kind? En als de CJG-consulent de casus van ons gezin wil bespreken met een psycholoog, moet ik daar als ouder dan niet eerst toestemming voor geven? Gemeenten en professionals vinden het vaak lastig om met privacy om te gaan. Het staat haaks op efficiëntie, vinden gemeenten. Het staat je zorgplicht in de weg, roepen sociaal werkers. En andere professionals delen alleen nog maar informatie als hun klant daarmee instemt. Volgens Tom van Yperen van het Nederlands Jeugdinstituut moet je daarin de balans zien te vinden. 'Als er sprake is van een behandelrelatie of je hebt bepaalde kennis nodig om besluiten te kunnen nemen in het belang van een cliënt, dan is het delen van kennis met specifieke professionals geoorloofd. Uitgangspunt is dat dit in overleg met de cliënt gebeurt. Bij andere casuïstiekbesprekingen moet een professional de privacy van zijn cliënt hoe dan ook waarborgen. De vraag is ook wat het nut ervan is om iemand bij naam en toenaam te noemen. Soms is het net zo gemakkelijk om te zorgen dat een casus niet herleidbaar is.'

medewerkers niet gedetacheerd worden en iedereen in de eigen organisatie blijft werken, moet je ieders verantwoordelijkheid goed regelen en afbakenen: wie is waarvoor verantwoordelijk, bijvoorbeeld bij aansprakelijkheidsstelling of datalekken? En hoe registreer je dan in één systeem? Wie is verantwoordelijk voor de verzamelde data per cliënt? Een gezamenlijke database met een gezamenlijke verantwoordelijkheid zou een oplossing kunnen zijn, maar kost geld. En hoe zit het met de privacy? De samenwerkende partijen zijn “derden” voor elkaar, dus mogen niet zomaar gegevens uitwisselen. Daarvoor moet er expliciete toestemming van de cliënt zijn. Dit onderdeel is met een gemotiveerde cliënt nog wel te regelen, maar ligt soms lastiger bij een dwangkader.’

Verwaaijen licht toe dat medewerkers best integraal willen samenwerken, maar dat er tussen droom en daad wetten in de weg staan en praktische bezwaren. Om deze juridische knelpunten te omzeilen, gaan veel wijkteams over tot een stichtingsvorm en werken FACT-teams in de regel met één partij die contracten afsluit, terwijl de rest gedetacheerd is bij die ene partij.

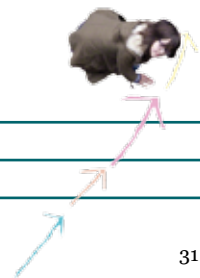
Registratiesystemen knelpunt

Ook Cécile Chênevert wijst erop dat het beschikken over goede registratiesystemen in de praktijk nogal eens voor knelpunten blijkt te zorgen: ‘Om het principe van één-gezin-één-plan uit te kunnen voeren, is het handig om met een digitaal dossier te werken dat toegankelijk is voor alle

Goede registratiesystemen blijken in de praktijk nogal eens voor knelpunten te zorgen

disciplines. Maar elke instelling heeft een eigen systeem van dossiervorming. Vanwege de privacybescherming is het voor hulpverleners vaak lastig om inzage te krijgen in het dossier van een cliënt van een andere instelling. De technische ondersteuning voor integraal werken is nog niet overal beschikbaar. Sommige instellingen kiezen dan maar pragmatisch voor dubbele registratie. Sommige zetten er een geheel nieuw systeem voor op. Maar het is vaak nog een zoektocht naar wat het beste is.’

Dat geldt ook voor de multifocale teams. Hella van de Beek erkent dat nog niet alles van een leien dakje loopt. ‘Er zijn nog wel wat flinke



praktische belemmeringen. Zo werken we nog in twee registratiesystemen. Het nieuwe elektronisch cliëntendossier is nog niet klaar.' Tot die tijd gaat men bij Kenter pragmatisch met dit euvel om. 'We werken –net als de FACT-teams – met een digibord. Alle kwesties rondom nieuwe intakes worden twee keer per week in een multifocaal team besproken. Op zo'n digibord zie je precies wat er nog met een cliënt moet gebeuren en wie er waar mee bezig is, ook op administratief niveau.'

Wat werkt bij integrale jeugdhulp?

Hoewel de medewerkers van de multifocale teams en van de Vliegende Brigade enthousiast zijn over het integrale werken, is er nog weinig bekend over de effectiviteit ervan. Het Nederlands Jeugdinstituut heeft een uitgebreid (inter)nationaal literatuuronderzoek uitgevoerd naar werkzame factoren bij het vormgeven en uitvoeren van integrale jeugdhulp aan gezinnen. Er is geen onderzoek gevonden dat bewijs levert voor de werkzaamheid van bepaalde factoren die kenmerkend zijn voor integrale jeugdhulp. Wel zijn er bepaalde studies die een eerste aanzet doen tot het beschrijven van werkzame factoren bij het bieden van integrale jeugdhulp. Deze moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De werkzame factoren voor integrale jeugdhulp zijn uitgesplitst naar de inhoud van de hulp, de kenmerken van professionals en teamsamenwerking en de wijze van organisatie.

Werkzame factoren bij de inhoud van hulp zijn:

- continuïteit van zorg: langdurige samenwerkingsrelatie met gezinsleden
- regie bij de ouders/opvoeders (actieve rol bij overleg, planvorming en uitvoering)
- duidelijke afspraken over wie het aanspreekpunt is voor gezinnen
- gezamenlijke probleemanalyse, visie, doelen en aanpak (met alle professionals en het gezin)
- hulp op meerdere leefgebieden (thuis, school, vrije tijd)
- concrete afspraken over werkwijze en werkprocessen (minimale bureaucratie)
- gebruik van effectieve interventies en richtlijnen
- systematische evaluatie, monitoring en verbetering van de hulp.

Werkzame factoren bij de competenties van professionals zijn:

- boven hun eigen specialisme kunnen staan
- betrouwbaar zijn en open communiceren
- inventief zijn en lef hebben.

Werkzame factoren bij samenwerking in het team zijn:

- gedeelde urgentie en onderlinge afhankelijkheid
- gedeelde visie en doelen
- investeren in goede persoonlijke verhoudingen
- open communicatie en reflectie op de samenwerking
- kleinschalige teams met stevig mandaat.

Werkzame factoren bij de organisatie zijn:

- ❖ eigen belang van organisaties omzetten naar gezamenlijk belang
- ❖ samenwerkingsafspraken maken over vorm en inzet van mensen en middelen
- ❖ regie/coördinatie op verschillende niveaus (jeugdigen en gezinnen, samenwerking, gezamenlijke sturing en regierol overheden en financiers)
- ❖ duidelijke afspraken over eindverantwoordelijkheid
- ❖ eenheid van taal (dezelfde definitie van de doelgroep)
- ❖ investeren in goede werkomstandigheden voor professionals
- ❖ goed georganiseerd zorgcontinuüm van zo licht als mogelijk tot zo zwaar als nodig.

Lerend ontwikkelen

Omdat de kennis over wat werkt bij integrale jeugdhulp (vanuit het perspectief van de wetenschap, de professionals en de cliënten) nog beperkt is, is het van belang dat gemeenten, instellingen, professionals en cliënten 'lerend en ontwikkelend doen wat werkt'. Dit kan met de volgende stappen. Ze beginnen met het gezamenlijk bepalen wat het probleem is dat ze willen aanpakken (voor de individuele cliënt/gezin of voor een bepaalde groep cliënten/gezinnen). Vervolgens gaan ze na welke kennis over de aard en oorzaak van het probleem en over wat werkt bij het aanpakken van het probleem al beschikbaar is en welke niet. Ze monitoren of de doelen worden bereikt, of cliënten tevreden zijn en of

de behandeling of begeleiding wordt afgerond. Tot slot reflecteren ze op systematische wijze op de uitkomsten van de zorg en stellen deze zo nodig bij (voor de individuele cliënt/gezin of voor groepen cliënten/gezinnen). Door dit 'lerend en ontwikkelend doen wat werkt' te begeleiden met onderzoek, wordt de kennis over wat werkt bij integrale jeugdhulp geleidelijk aan verder uitgebreid.

Belemmerende factoren

In dit hoofdstuk staat beschreven wat er nodig is om een van de doelstellingen van de transformatie – het bieden van integrale jeugdhulp – te doen slagen. Er zijn ook belemmerende factoren. In een onderzoek uit 2012 van Van der Zijden en Diephuis noemden organisaties en professionals als belangrijkste knelpunt voor het vormgeven van integrale hulp de financiering. Toen werd de jeugdzorg nog door verschillende bronnen gefinancierd. Inmiddels zijn gemeenten de enige financiers. Desalniettemin zorgt de financiering van integrale jeugdzorg nog steeds voor de nodige problemen. In hoofdstuk 5 gaan we hier uitgebreid op in. Een andere belemmering voor het vormgeven van integrale jeugdhulp is het ontbreken van coördinatie en het niet goed verlopen van regievoering en samenwerking met verschillende hulpverleners. In het volgende hoofdstuk staat beschreven hoe de continuïteit, coördinatie en regievoering van jeugdhulp geregeld moeten worden als de generalistische hulp moet worden opgeschaald en kinderen en/of gezinnen specialistische hulp nodig hebben.



Interview met Sanne Verwaaijen en Marion van Binsbergen over JeugdzorgPlus



Integrale jeugdhulp voor chronisch kwetsbaren

In JeugdzorgPlus wordt zorg en ondersteuning geboden aan de meest kwetsbare jongeren. Zij hebben niet alleen integrale zorg nodig, ze zouden ook hun leven lang gevolgd moeten worden, vinden Sanne Verwaaijen, bestuurder van de CONRISQ Groep, en Marion van Binsbergen, directeur van de Heldringstichting.

Een kleine groep mensen is hun leven lang, gedurende bepaalde periodes, aangewezen op de zwaarste vormen van hulp, al dan niet in een gedwongen kader. Deze groep bestaat uit jongeren en volwassenen met ernstige gedragsproblemen die vanwege onderliggende chronische problematiek en kwetsbaarheid in de zwaarste vormen van zorg binnen de verschillende sectoren – justitie, verslavingszorg, (forensische) psychiatrie, dwang- en drangkader – terecht komen. Deze mensen hebben niet alleen gecombineerde vormen van hulp nodig, ze zouden ook hun leven lang gevolgd moeten worden, en zeker niet losgelaten mogen worden op hun achttiende jaar. Hun levenslange kwetsbaarheid vraagt om een levenslang vangnet. Niet continue zorg en bemoeienis, maar wel een hulpsysteem dat klaarstaat als het nodig is en liefst tijdig, zodat escalatie wordt voorkomen. Om die visie – de levensloopbenadering – in praktijk te kunnen brengen, is zes jaar geleden in

Gelderland de CONRISQ Groep opgericht. De holding bestaat uit forensisch psychiatrisch centrum De Rooyse Wissel, de Ottho Gerhard Heldringstichting (JeugdzorgPlus), Bijzonder Jeugdwerk (JeugdzorgPlus en reguliere jeugdzorg) en Pactum Jeugd- en Opvoedhulp. Sanne Verwaaijen, bestuurder van CONRISQ: ‘Wij hebben vaak moeten uitleggen waarom wij een zo diverse problematiek in één holding onderbrengen. Maar wij vinden het juist een voordeel dat hoogspecialistische kennis beschikbaar is in eerdere levensfasen. De belangrijkste lessen uit de calamiteiten in de jeugdzorg, zo blijkt uit het inspectierapport *Leren van calamiteiten*, zijn bovendien dat in kwetsbare gezinnen kindproblematiek en volwassenproblematiek ten onrechte gescheiden wordt, dat chronische problematiek onderschat wordt, en dat slecht wordt op- en afgeschaald. Binnen de CONRISQ Groep zijn we gewend om risicogestuurde zorg te verlenen en op en af te schalen, zonder dat we hulptrajecten moeten afbreken.’

Marion van Binsbergen vult aan: ‘Het zijn mensen die in hun jeugd te maken hebben gehad met complexe traumatische gebeurtenissen, zoals lichamelijk en seksueel misbruik, ernstige verwaarlozing, huiselijk geweld, gebrek aan ouderlijke bescherming. Gedurende hun hele leven blijven ze kwetsbaar voor verslaving, lichamelijke ongezondheid, depressie, zelfbeschadigend gedrag en andere psychiatrische stoornissen. Bovendien is er een groot risico dat hun kinderen diezelfde kwetsbaarheid gaan vertonen.’ Verwaaijen: ‘Wij vinden het ook pertinent onjuist dat de jeugdzorg stopt bij het achttiende jaar. Vanuit de neurobiologie weten we dat de hersenen pas op 26-jarige leeftijd zijn gerijpt. We worden steeds vaker geconfronteerd met problematiek die specifiek is voor de leeftijd 16 tot 26 jaar, zoals schulden, verslaving, zwerven, werkloosheid. En veel psychiatrische ziektebeelden ontwikkelen zich pas in de late adolescentie vanaf het achttiende jaar. Het is een groot probleem dat het gedwongen kader van de jeugdzorg eindigt op het achttiende jaar en niet aansluit op dat van de wet BOPZ. Door met elkaar in een holding samen te werken, kunnen we enerzijds een continuüm aan zorg leveren. Anderzijds kunnen we de expertise die in de ene instelling is ontwikkeld gebruiken voor de andere instelling.’

Voorveld

Om dat levenslange continuüm van zorg efficiënt te laten werken, moet volgens Verwaaijen en Binsbergen de specialistische

(jeugd)forensische kennis en kunde ingezet worden in de eerste lijn, bij de wijkteams. Van Binsbergen: ‘Tot nu toe spelen wij als specialistische instelling alleen een rol als het gaat om een bovenregionale en landelijke voorziening. Maar wij willen al in het voorveld betrokken worden bij de jeugdzorg, zowel voor de continuïteit, terugval en nazorg, als ook voor de juiste triage aan de voorkant. Wij willen ook beschikbaar zijn voor de eerste lijn, zoals wijkteams, die ons kunnen benaderen voor overleg of consult. In expertiseteams of consultatieteams die de wijkteams kunnen raadplegen, is de professionele expertise van een psycholoog of psychiater wel geborgd, maar ontbreekt forensische kennis en kennis van het gedwongen kader. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het aanvragen van een machtiging bij de Kinderrechter indien er geen sprake is van een beschermingsmaatregel. Wij kunnen onze specialistische en forensische expertise inzetten om samen met de eerste lijn te bepalen of een gedwongen kader nodig is en of bepaald ontwrichtend gedrag van kinderen kan leiden tot antisociaal gedrag later. Hoe vroeger je daarmee bent, hoe beter je het kind gericht kunt behandelen en hoe meer schade je kunt vermijden. Daarnaast helpt onze expertise bij het bepalen of de zorg voldoende intensief is, gelet op de risico’s. Wij zien nu nog te vaak dat aan de voorkant ‘stepped care’ – het stapelen van lichtere zorg – ingezet wordt, waar ‘matched care’ – meteen het juiste inzetten en dan afschalen – gewenst zou zijn. Het gaat binnen de JeugdzorgPlus



echt om hulpvragen van zeer bijzondere en complexe aard. Doorgaans is alle andere hulp al ingezet, zonder het beoogde resultaat. Natuurlijk zijn wij het er helemaal mee eens dat opvoed- en opgroei-problematiek niet onnodig geproblematiseerd wordt, maar in veel dossiers in de JeugdzorgPlus speelt te laat gesignaleerde mishandeling en verwaarlozing in de voorgeschiedenis een rol. Dat probleem wordt vaak te laat onderkend. Dit werkt risico verhogend, de ernst van de problematiek verergert en de schade als gevolg daarvan neemt toe. Wij pleiten voor een nauwere samenwerking waarbij specialistische expertise beschikbaar gesteld wordt voor de wijkteams en er integraal kan worden samengewerkt aan de voor- én aan de achterkant.'

Hechtingsproblematiek

De brede expertise die binnen de CONRISQ Groep beschikbaar is, leidt ook tot nieuwe vormen van integrale zorg. Verwaaijen geeft het voorbeeld van adoptiekinderen met ernstige hechtingsproblematiek, waar CONRISQ een behandeling voor aan het ontwikkelen is. 'Een hechtingsstoornis uit zich steeds anders in de verschillende levensfasen. Een kleuter heeft andere problemen dan een 12-jarige en op 16-jarige leeftijd zijn de problemen ook weer anders. Vanaf het eerste moment dat de problemen zich voordoen, willen wij een vast contact met de ouders. Als ze het dan even niet meer weten, hoeven ze niet het hele verhaal opnieuw te vertellen. Ons

aanbod bestaat dan uit verschillende soorten zorg van de bij ons aangesloten organisaties. De ene keer kan dat opvoedingsondersteuning van Bijzonder Jeugdwerk zijn, de andere keer respijtzorg van Pactum of een bootcamp van de Heldringstichting.'

Ook het onderzoek op het gebied van risicotaxatie, diagnostiek en effectieve behandelmethoden biedt veel meer mogelijkheden wanneer dit gezamenlijk, integraal, wordt opgepakt. Zo wordt de expertise die is ontwikkeld in de volwassen forensische psychiatrie ingezet voor de jeugdzorg. Van Binsbergen wijst erop dat binnen de Heldringstichting de START-AV, een risicotaxatieinstrument van de forensische psychiatrie, vertaald is voor jongeren in JeugdzorgPlus. Verwaaijen: 'Daarbij kijken we niet alleen naar hoe groot het risico is dat de jongere zich agressief of crimineel gaat gedragen, maar ook naar hoe groot het risico is op slachtofferschap. Je krijgt een heel gebalanceerd profiel van de gebieden waar deze kinderen risico op lopen, en van de richting van de behandeling om te zorgen dat de jongere straks veilig zijn leven weer kan oppakken.' Ze noemt nog een voorbeeld. 'Een jongen bij de Heldringstichting vertoonde vreemd seksueel gedrag. De groepsleiding vond het heel ingewikkeld om daarmee om te gaan. Toen heeft een sociotherapeut van de Rooyse Wissel een tijdje meegedraaid op de groep en de groepsleiding handvatten gegeven zodat de behandeling voortgezet kon worden. Met de inzet van de expertise die binnen de

holding aanwezig is, kunnen we ook moeilijke hulptrajecten voortzetten en voorkomen we ontsporing.’

Crime Out

Een ander voorbeeld is het project *Crime Out*, waarbij de kennis en kunde van de forensische sector en JeugdzorgPlus worden gecombineerd met het straathoekachtige werk van Pactum. Het project is gericht op jongeren en jongvolwassenen die een hoog risico lopen op crimineel gedrag. Met hun gedragsproblemen veroorzaken ze veel overlast, ze hebben weinig binding met de maatschappij, zijn bekend bij de politie, komen uit problematische gezinnen en willen van hulp niets weten. Het doel van het project is de jongere (en zijn gezin) normaal te laten functioneren en het risico op terugval in delinquent gedrag te verminderen door het versterken en leren toepassen van competenties voor het verkrijgen en/of houden van werk en/of scholing, en het verbeteren van omgevingsfactoren. De aanpak bestaat uit een integrale begeleiding van het gezin én intensieve individuele begeleiding van de jongere. De jongere krijgt een vaste coach die altijd bereikbaar is en hem of haar cognitieve gedragstherapeutische interventies aanbiedt. Er wordt hierbij nauw samengewerkt met ketenpartners als de gemeente, politie en het Veiligheidshuis. Het project heeft als pilot gedraaid in Tiel en Culemborg. Op basis van de ervaringen is het doorontwikkeld en inmiddels wordt het door de gemeente ingekocht.

Gedetineerde ouders

Tot teleurstelling van Verwaaijen en Van Binsbergen krijgen ze voor Vesta, een ander project dat CONRISQ heeft ontwikkeld, minder gemeenten enthousiast. Vesta is bedoeld voor gedetineerde ouders die terugkeren naar het gezin. Al in de gevangenis, en later in de thuissituatie, worden de gedetineerde en het gezin actief begeleid om ontwrichting, terugval, overlast en recidive te voorkomen. De forensische expertise en de expertise op het gebied van jeugdzorg en gezinsbegeleiding worden samengevoegd tot een integrale begeleidingsvorm met één hulpverlener en één plan. Daarnaast wordt er samengewerkt met het Veiligheidshuis. Gedurende drie maanden wordt het gezin begeleid door één gezinsregisseur, die in het begin drie keer per week het gezin bezoekt, later minder. De gezinsregisseur stemt de begeleiding af met het wijkteam en andere betrokken professionals om de terugkeer in de wijk goed voor te bereiden en de overdracht naar de generalisten soepel te laten verlopen. Verwaaijen: ‘Misschien gaat het project binnenkort draaien in Limburg, maar tot nu toe heeft niet een gemeente het ingekocht. Gemeenten zien blijkbaar het belang er niet van in, justitie vindt dat het niet op haar terrein ligt. Met dat integrale werk val je wel buiten alle hokjes.’





3. Aansluiting basiszorg en specialistische jeugdhulp

Onder de kop 'Een beetje hulp tot het te laat is' (*NRC Handelsblad*, 23 juli 2016) uiten verschillende aanbieders van specialistische jeugdhulp hun zorgen over dralende wijkteams. De teams, zeggen zij, proberen kinderen te lang met lichte hulp op de been te houden. Medewerkers van Pluryn, die hulp biedt aan jongeren met complexe problemen, noemen het voorbeeld van een autistische jongen met een gedragsstoornis. Het wijkteam probeert de jongen met een lichte interventie te helpen en verwijst hem pas door als de situatie thuis onhoudbaar is geworden. Pluryn ziet geen andere oplossing dan onmiddellijke plaatsing in haar crisisopvang. 'We krijgen wanhopige, huilende ouders aan de lijn', zeggen de medewerkers. Ook andere jeugdhulpaanbieders zien een toename van acute aanvragen, waarbij ze een kind snel uit huis moeten halen om ongelukken te voorkomen. Zo is het aantal spoedgevallen bij de Helderstichting, die hulp biedt aan jongeren met gedragsstoornissen, gestegen van 56 procent in 2014 naar 71 procent in 2016. 'Laatst nog', zegt directeur Marion van Binsbergen in het *NRC*-artikel: 'Een jongen met autisme en pedoseksuele neigingen. Komt uit een gezin dat zich niet kon voorstellen dat zoiets zou spelen. Het gezin was in beeld bij een wijkteam. Maar die miste de deskundigheid.' Toen de jongen uiteindelijk gezien werd door specialisten, bleek plaatsing in gesloten jeugdzorg nodig. Kamerdeur op slot, hekken om het terrein. 'Waren we er eerder bij geweest, dan hadden we dat kunnen voorkomen.'

De *NRC* is niet de enige krant die dergelijke signalen oppikt. Ook in andere media wordt de noodklok geluid. Deskundigen uit het veld noemen verschillende mogelijke oorzaken voor de toename van het aantal crisisplaatsingen. Zo zouden (jeugd)wijkteams onvoldoende expertise hebben om de ernst van de hulpvragen goed te kunnen beoordelen. Vanuit het idee dat problemen zo veel mogelijk in de eigen omgeving met lichte ondersteuning moeten worden opgelost,

zouden ze terughoudend zijn bij het inzetten van specialistische hulp. Residentiële plaatsen zouden te snel worden afgebouwd, terwijl er nog onvoldoende alternatieve vormen van ambulante hulp zijn ontwikkeld. Andere mogelijke oorzaken die genoemd worden zijn handelingsverlegenheid in de jeugdhulp, de neiging om in complexe situaties toch sneller crisisinterventies in te zetten en risico's te vermijden, het ontbreken van goede nazorg na residentiële hulp en de toename van het

aantal voorlopige onderzoekstellingen in de jeugdbescherming. Ook blijken veel crisisplaatsingen voort te komen uit de problematiek van de ouders: er worden weinig verbindingen gelegd tussen de hulp aan jeugdigen en die aan hun ouders, bijvoorbeeld als ouders psychische hulp krijgen, of hulp vanuit de Wmo of de verslavingszorg.

Hulpverleners in de volwassenenzorg staan te weinig stil bij het feit dat hun cliënten kinderen hebben die gevolgen ondervinden van de problematiek van hun ouders.

Daarnaast blijkt in de jeugdhulp geen eenduidige definitie voor het begrip ‘crisis’ te bestaan. Het landelijk beeld van het aantal crisissituaties is daarom diffuus.

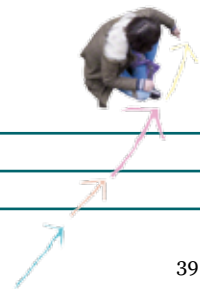
Toch zijn er ook andere geluiden. Zo zegt Erik Vermathen, manager van de jeugdteams in Veenendaal, dat er juist te weinig kinderen worden aangemeld bij de jeugd- en wijk- of gebiedsteams. ‘Dat komt vooral’, zegt hij, ‘door het verwijsgedrag van huisartsen. Zij hebben weinig tijd, kennen of vertrouwen wijkteams onvoldoende en sturen dan maar snel door naar de jeugd-ggz. Ook scholen raden ouders al snel aan naar de huisarts te gaan. Daardoor gaat een aantal kinderen te snel naar de specialistische jeugdhulp, terwijl wij die zelf goed zouden kunnen helpen.’

Feit is dat de samenwerking tussen de eerste lijn en de specialistische jeugdhulp zoals die met de transformatie wordt beoogd, nog niet overal goed tot stand is gekomen. De Transitiecommissie Sociaal Domein vat in haar vijfde en tevens laatste rapportage aan de

overheid (november 2016) de problematiek als volgt samen. ‘Als het gaat om de samenwerking tussen de wijkteams en de gespecialiseerde professionals constateren wij dat er nog veel inzet gepleegd moet worden om tot goede resultaten te komen. Het valt op dat er weinig voorbeelden van goede samenwerking genoemd werden. Wijkteams houden, in de ogen van zorginstellingen, soms te lang cliënten in behandeling waardoor in een later stadium meer en langduriger inzet van gespecialiseerde hulp nodig is. Soms wordt te snel doorverwezen, terwijl met de inbreng van wat specialistische kennis de zorg juist vanuit het wijkteam vorm had kunnen krijgen. Onvoldoende kennis van elkaar, verschillende werkwijzen van wijkteams en veelal gebrek aan adequate afspraken over de financiering van die samenwerking liggen aan die achterblijvende samenwerking ten grondslag.’

Fries model voor op- en afschalen

Toch zijn er in de praktijk wel goede aanzetten te vinden voor verbetering van de samenwerking tussen de eerste lijn en de specialistische hulp. Bijvoorbeeld in Friesland. Al enkele jaren voor de transitie is daar, op initiatief van de provincie en in samenwerking met het veld, een model ontwikkeld voor een soepele aansluiting tussen vrij toegankelijke hulp en specialistische hulp. Het Friese ordeningsmodel geeft eerste- en tweedelijns hulpverleners handvatten om



Fries model voor op- en afschalen van (specialistische) jeugdhulp

- Vragen van ouders/kind zijn naar tevredenheid op te lossen
- Ouders/kind voelen zich competent
- Ouders/kind hebben behoefte aan informatie en uitwisselen van ervaringen
- De steun en het eigen netwerk voldoet
- Er kunnen vragen zijn rondom de ontwikkeling van het kind 'is het normaal dat ik/mijn kind zo doe(t)?'
- De draagkracht-draaglastverhouding in het gezin is in balans
- Advies vanuit preventie of lichte opvoedingsondersteuning kan gewenst zijn

- Opvoedings- en/of opgroeivragen zijn niet soepel oplosbaar, er is sprake van beginnende problemen
- Er kan sprake zijn van spanning rond de ontwikkeling van het kind, bijvoorbeeld 'waarom wordt mijn kind toch steeds gepest?'
- Ouders/kind twijfelen soms aan de eigen vaardigheden en competenties
- De ondersteuning van het eigen netwerk komt soms tekort
- De draagkracht-draaglastverhouding in het gezin raakt soms uit balans
- Ouders/kind hebben behoefte aan vrijblijvende begeleiding en ondersteuning, bij voorkeur door een professional
- Ondersteuning met kortdurende interventies en/of begeleiding kan gewenst zijn

Ondersteuningsvragen

Ondersteuningsspanning

1 gezin
1 plan

Ondersteuningscrisis

Ondersteuningsnood

- Opvoedings- en/of opgroei problemen worden acuut - escaleren in snel tempo
- Het gevoel bij ouders/kind van competentie is (tijdelijk) verdwenen
- Ouders hebben direct behoefte aan intensieve ondersteuning en/of behandeling
- De steun vanuit het eigen netwerk is onvoldoende
- Er kunnen vragen zijn vanuit een gezinscrisis; 'Moeder heeft een ernstige depressie, kunnen de kinderen op dit moment thuis veilig opgroeien?'
- De draagkracht-draaglastverhouding in het gezin is per acuut ernstig in disbalans
- Er is behoefte aan in te zetten spoedzorg door een specialist

- Opvoedings- en/of opgroei problemen zijn hardnekkig en complex
- Ouders/kind voelen zich machteloos en incompetent
- De steun vanuit het eigen netwerk is onvoldoende of niet aanwezig
- Er kunnen vragen zijn rondom de ontwikkeling van het kind; 'wat is er toch met mij/mijn kind aan de hand, is er sprake van een psychische aandoening?'
- De draagkracht-draaglastverhouding is ernstig verstoord
- Ouders/kind hebben behoefte aan intensieve opvoedingsondersteuning/behandeling
- De behandeling wordt over het algemeen vormgegeven door een specialist

specialistische jeugdhulp op het juiste moment op of af te schalen.

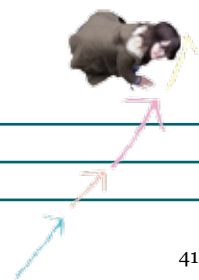
In het model wordt de ondersteuningsbehoefte van cliënten opgedeeld in vier kwadranten: ondersteuningsvragen, ondersteuningsspanning, ondersteuningsnood en ondersteuningscrisis (zie hiernaast). Ondersteuningsvragen zijn opvoedingsvragen die iedereen weleens heeft; het kind ontwikkelt zich normaal, ouders kunnen oplossingen vinden in het eigen netwerk. Bij ondersteuningsspanning zijn er regelmatig problemen met het kind thuis, op school of op straat. Er zijn vragen over de psychische en gedragsontwikkeling van het kind. Ouders vinden de opvoeding vaak moeilijk, voelen zich onzeker en hebben maar af en toe steun uit hun eigen netwerk. Bij opvoedingsnood heeft het kind voortdurend problemen. Het toont merkwaardig gedrag of heeft onbegrijpelijke emoties. De relatie tussen kind en ouder is ernstig verstoord. De ouder voelt zich machteloos, de situatie lijkt onoplosbaar. Het netwerk rond het gezin functioneert niet meer. Bij ondersteuningscrisis is er sprake van een noodsituatie. Het kind is een gevaar voor zichzelf of anderen. De ouders kunnen het niet meer aan, geven het op of kunnen de veiligheid van het kind niet meer garanderen. Het eigen netwerk kan niet bijspringen. Bij de vier opvoedingsfasen in de kwadranten past een bepaalde interventievorm. Bij opvoedingsvragen is geen hulp nodig. Bij opvoedingsspanning is er wel een lichte vorm van hulp nodig, bijvoorbeeld een persoonlijk

advies of een vorm van begeleiding, in beginsel door de eerste lijn. Bij opvoedingsnood en opvoedingscrisis is specialistische hulp noodzakelijk. De zorgcoördinatie ligt zo veel als mogelijk is bij het gezin of bij de eerste lijn. Bij inschakeling van specialistische hulp ligt de behandelcoördinatie bij de specialistische hulp, maar de procescoördinatie blijft bij de eerste lijn. De eerstelijns hulpverlener blijft betrokken bij het gezin. De specialistische hulp schakelt gedurende de behandeling altijd de eerste lijn in en draagt zodra er geen opvoedingsnood of -crisis meer is de regie weer over aan de eerste lijn.

‘Het is’, zegt Jeroen van Oijen, die als bestuurder van jeugd- en opvoedhulpinstelling Jeugdhulp Friesland vanaf het begin betrokken was bij de ontwikkeling van het model, ‘eigenlijk de situatie zoals die ook is bij de huisarts en specialistische medische zorg. De huisarts geeft zorg zolang hij dat kan, maar verwijst door als specialistische zorg nodig is. De huisarts is echter niet uit beeld; hij krijgt de resultaten van onderzoeken en behandelingen en bespreekt die ook weer met zijn patiënt.’

Balans draaglast-draagkracht belangrijkste factor

De indeling in vier kwadranten is gebaseerd op het opvoedingsondersteuningsschema van Kousemaker en Timmers, waarin de hulp wordt gekoppeld aan de opvoedingssituatie en de rol van ouders daarin. De belangrijkste bepalende factor in dat schema is de draaglast-



draagkrachtverhouding van het gezin. Van Oijen: 'Bij het bepalen of specialistische hulp ingeschakeld moet worden, staat niet zozeer de problematiek van het kind voorop, maar in hoeverre de verhouding tussen de draagkracht en draaglast van het gezin in balans is. Een kind met een complexe autismespectrumstoornis hoeft niet per definitie door een specialist behandeld te worden als de ouders goed weten hoe ze met het probleem van het kind moeten omgaan. Andersom hoeft er met een kind niet zoveel aan de hand zijn, maar kan de situatie thuis toch vragen om hulp, of onveilig zijn vanwege de problematiek bij de opvoeders.'

Het Friese ordeningsmodel is in 2012 voor het eerst uitgeprobeerd in het kader van het project *Kind in Friesland*. Dit project was gericht op een betere samenwerking op het schakelpunt van de eerste en tweede lijn.

Het model werd letterlijk op tafel gelegd tijdens multidisciplinaire overleggen waarbij ouders en professionals aanwezig waren. In dialoog werd eerst bepaald in welk kwadrant

Bij het bepalen of er specialistische hulp ingeschakeld moet worden, wordt bekeken in hoeverre de draagkracht-draaglastverhouding van het gezin in balans is

de zorgvraag zich bevond, om vervolgens te bepalen welke vorm van zorg hierop ingezet zou kunnen worden. Volgens Van Oijen, die bij een aantal gesprekken aanwezig was, kwamen daar

Brochure basiszorg

Hoe zorg je ervoor dat kinderen zo snel mogelijk specialistische jeugdhulp krijgen als ze die nodig hebben? Wat kunnen gemeenten en professionals op dit punt van elkaar leren? In de brochure *Zo sluiten basiszorg en specialistische jeugdhulp naadloos op elkaar aan* staan tips van gemeenten, professionals en cliënten voor gemeenten en professionals.

De brochure is als pdf te downloaden van www.nji.nl/nl/zo-sluiten-basiszorg-en-specialistische-jeugdhulp-naadloos-op-elkaar-aan.pdf

soms verrassende resultaten uit. ‘Dan vond de specialist dat het om een crisissituatie ging, hij zag allerlei ingewikkelde problemen in het gezin waarvoor specialistische hulp nodig was. De ouders daarentegen erkenden wel een zekere spanning, maar meenden dat hun problemen met een klein beetje hulp verholpen zouden kunnen worden. Dat vind ik mooi van dit model. Het kan voorkomen dat een kind onnodig gediagnosticeerd wordt met een stoornis.’

Onduidelijkheid over zorgcoördinatie

Maar er kwamen ook andere belangrijke bevindingen uit de pilots naar boven. Zo bleek er onduidelijkheid te bestaan over de rol en functie van de regisseur of zorgcoördinator, vooral in dat grijze gebied tussen het tweede en derde kwadrant, ofwel tussen de eerste en tweede lijn. Daaruit volgde de conclusie dat de zorgcoördinator vooral in de gaten moet houden dat er geen ‘hiaten’ in de keten ontstaan, dus dat de hulpvormen zowel wat inhoud als tijd betreft goed op elkaar aansluiten. Daarnaast moet de zorgcoördinator een signaalfunctie hebben: hij kan geen hulp afdwingen, maar als het hulpproces niet goed loopt, moet hij dat melden bij de verantwoordelijke manager of deskundige van de betrokken organisatie. En hoewel de hulpverleners de regie zo veel mogelijk bij het gezin wilden leggen, bleek die ‘empowermentgedachte’ bij een aantal gezinnen lastig. Dat vraagt er nog meer om dat de zorgcoördinator uit de eerste lijn bij deze gezinnen de vinger aan de pols houdt.

In Friesland is het ordeningsmodel in 2015 in alle gemeenten ingevoerd. De zestig wijk- en gebiedsteams zijn erover voorgelicht. Bij de inkoop van specialistische jeugdhulp stellen gemeenten het werken met dit model als voorwaarde. Elke zorgaanbieder heeft moeten aangeven waar in dit model hun aanbod past. Maar welke resultaten het tot nu toe heeft opgeleverd, of er meer in het voorveld wordt opgelost en er minder vaak een beroep wordt gedaan op de specialistische hulp, is nog onbekend. Daarvoor is de werkwijze te kort geleden ingevoerd. Van Oijen: ‘De wijk- en gebiedsteams zijn pas net opgericht. Ze zijn nog bezig met het organiseren van een goed functionerend team. Daarnaast is het nu al duidelijk dat er als gevolg van de laagdrempeligheid meer problemen worden gesignaleerd, vooral in die gebieden waar voorheen veel achter de voordeur verborgen bleef, zoals in de dorpen. Het werkelijke effect van dit model zal pas over enige tijd duidelijk worden.’

Deskundigheid overdragen aan de eerste lijn

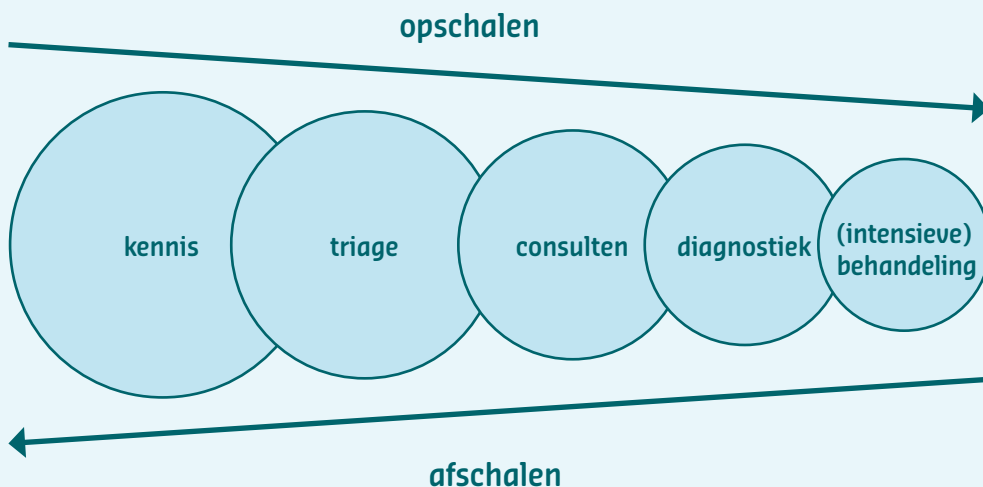
Tijdens de pilots met het Friese model kwam nog een andere vraag naar boven, namelijk hoe de eerste lijn in zo’n vroeg mogelijk stadium de deskundigheid van de tweede lijn zou kunnen gebruiken. Als antwoord daarop zijn er, verspreid over Friesland, vier teams Kortdurende Ambulante Ondersteuning (KAO) opgezet. De teams bestaan uit vier tot vijf specialisten van Kinnik (instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie), Reik (instelling



voor licht verstandelijk gehandicapten) en Jeugdhulp Friesland. Aan wijk- of gebiedsteams en huisartsen bieden zij consult of kortdurende hulp.

Wessel Jellesma, coördinator van de teams: 'Het doel van de teams is te voorkomen dat een kind onnodig wordt doorverwezen naar ingrijpende specialistische zorg. De eerstelijnsmedewerker kan ons inschakelen voor consult: een of meerdere keren een telefonisch advies. Onze specialisten beschikken daarvoor over diagnostische kennis. Ze kunnen ons ook inschakelen voor kortdurende hulp van maximaal vijf gesprekken gedurende hooguit drie maanden, met de mogelijkheid om dat traject eenmaal te verlengen. We werken daarin nauw samen met de eerstelijnsmedewerker, die houdt de regie.' Als de eerstelijnsmedewerker het KAO-team

inschakelt, stelt de eerstelijnsmedewerker samen met de cliënt en de specialist het doel van de hulp vast. Jellesma: 'Omdat de KAO'er weet dat het probleem in vijf sessies opgelost moet zijn, gaat hij of zij heel concreet aan de slag. We zetten de cliënt direct in actie. Tijdens die behandeling houdt de KAO'er de eerstelijnsmedewerker op de hoogte van de voortgang ervan. Aan het eind bespreken ze het resultaat en wat er eventueel nog nodig is. We zorgen voor een warme overdracht. Want als niemand de begeleiding overneemt, heb je de neiging om langer door te gaan met behandelen. Na afloop van de hulp krijgen de gebiedsteams beschikking over onze – vereenvoudigde – rapportages, mits natuurlijk de ouders daarmee akkoord gaan. Zo zorgen we ook voor kennisoverdracht aan het wijk- of gebiedsteam.'



Jellesma's ervaring is dat wijk- of gebiedsteams die vaker een beroep doen op de KAO-teams zelf deskundiger worden in het bepalen of er specialistische hulp nodig is. Voor de inzet van KAO is er geen beschikking nodig. De wijk- of gebiedsteammedewerker of de huisarts kan de inzet rechtstreeks afstemmen met de vaste contactpersoon van het KAO-team in de regio.

Consultatielijnen

Ook in andere regio's wordt er gekeken hoe aanbieders van specialistische jeugdhulp hun kennis kunnen overdragen naar de eerste lijn. De jeugdpsychiatrische instelling Karakter in Gelderland heeft hiervoor laagdrempelige consultatielijnen opgezet. Directeur Bertine Lahuis: 'Eerstelijns hulpverleners dralen nogal eens met doorverwijzen, omdat ze te beschroomd zijn om advies in te winnen. Het zou dan veel schelen als ze even kunnen sparren met een deskundige. Het is aan de zorgaanbieder om die laagdrempelige bereikbaarheid te regelen. Karakter heeft daarvoor consultatielijnen voor jeugdprofessionals. Onze specialisten zijn de hele dag telefonisch bereikbaar om, zo nodig anoniem, met hen mee te denken over een bepaalde casus. Soms is even sparren al genoeg, soms is een concreet advies nodig waarmee de jeugdprofessional het kind zelf kan helpen. Uit de praktijk blijkt dat eerstelijns hulpverleners die zich gedekt voelen door deskundigen minder snel doorverwijzen naar de specialistische hulp.'

Eerstelijns hulpverleners die zich gedekt voelen door deskundigen verwijzen minder snel door naar de specialistische hulp

Volgens Lahuis hebben de grote jeugdzorgaanbieders de maatschappelijke verantwoordelijkheid om de eerste lijn in staat te stellen op het juiste moment specialistische hulp in te zetten. Idealiter, zegt ze, verloopt dat op- en afschalen van zorg in vijf stappen. Ze symboliseert dat met een kralensnoer waarvan de kralen bij het opschalen steeds kleiner worden en bij het afschalen steeds groter. De eerste, grote, kraal staat voor kennisoverdracht. 'Specialistische jeugdzorginstellingen leren eerstelijnsmedewerkers van sociale wijkteams, Centra voor Jeugd en Gezin, huisartsen en remedial teachers op scholen signalen te herkennen die wijzen op specifieke stoornissen.



Ze organiseren scholingsbijeenkomsten, geven lezingen. Bij Karakter doen wij dat met de Karakter-Academie. Binnen de Academie ontwikkelen we kennis over jeugd-psychiatrische stoornissen en behandelingen. Die kennis verspreiden we.'

De tweede stap, ofwel 'kraal', is dat hulpverleners van specialistische voorzieningen makkelijk bereikbaar zijn voor overleg. Bijvoorbeeld door het opzetten van telefonische consultatielijnen. De derde stap is een concreet advies, een daadwerkelijke consultatie gericht op een specifieke casus. Karakter heeft hiervoor onder andere een model van SOH (Specialistische Ondersteuning in de

Huisartsenpraktijk) ontwikkeld, zie kader. Als advies en consultatie niet afdoende zijn en het kind binnen de specialistische zorg gezien moet worden voor volledige psychiatrische beoordeling – de vierde stap – hoeft dat volgens Lahuis niet te betekenen dat het kind ook overgedragen wordt naar de specialistische hulp. 'De specialistische zorgaanbieder stelt wel – indien aanwezig – de diagnose en geeft advies voor verdere behandeling, maar doet dat in opdracht van het wijkteam, de huisarts of de jeugdgezondheidszorg. Het kind blijft onder de hoede van de eerste lijn. En ook als het kind een psychiatrische stoornis blijkt

Specialistische ondersteuning aan huisartsen (SOH)

Een specifieke vorm van consultatie biedt jeugd-ggz-instelling Karakter aan huisartsen en de jeugd-gezondheidszorg. Het betreft SOH en SOJ, Specialistische Ondersteuning in de Huisartsenpraktijk, respectievelijk de Jeugdgezondheidszorg. Ervaren jeugdpsychiaters of jeugdpsychologen van Karakter zitten wekelijks of tweewekelijks een dagdeel bij de huisarts en/of de jeugdgezondheidszorg om bepaalde kinderen nader te onderzoeken en de huisarts te adviseren over al dan niet doorverwijzen. Ze kunnen ook zelf met enkele contacten het kind helpen. Uit onderzoek blijkt het aantal verwijzingen naar de jeugd-ggz in de huisartspraktijken en jeugdgezondheidszorgorganisaties die van deze ondersteuning gebruikmaken met 30 tot 50 procent is afgenomen.

De regio Gooi en Vechtstreek is in 2014 gestart met een Consultatie- en Adviesteam jeugd-ggz, ter ondersteuning van huisartsenpraktijken in de regio. Het Consultatie- en Adviesteam bestaat uit jeugdartsen en een klinisch psycholoog, andere expertise (bijvoorbeeld van een kinder- en jeugdpsychiater) is op aanvraag inzetbaar. Het team biedt consultatie aan verwijzers en adviseert jeugdigen met (een vermoeden van) psychosociale problemen en/of hun ouders. Op deze manier levert het team sociaal-medische expertise aan 'de voorkant' en ondersteunt het huisartsen, de gemeentelijke toegangen tot jeugdzorg, overige verwijzers en scholen. Dit project, dat mogelijk wordt gemaakt met subsidie van ZonMw, wordt begeleid en op zijn effectiviteit onderzocht door het VUmc en de regio Gooi en Vechtstreek, vanuit de Academische Werkplaats Jeugd en Gezondheid.

te hebben, hoeft daar nog niet automatisch een verwijzing uit voort te vloeien. Een kind met ADHD kan soms ook geholpen worden met gezins- en opvoedingsondersteuning aan de ouders en schooladviezen. Pas als er echt specialistische hulp nodig is, wordt het kind verwezen: de laatste stap. Daarbij zijn weer variaties mogelijk van ambulante, bijvoorbeeld psychotherapeutische of psychofarmacologische interventies in de thuissituatie, op school of op onze kliniek, tot intensief, zoals dagbehandeling of opname in de kliniek. Overigens zetten we tegenwoordig veelal een mix in van ambulante en klinische behandeling, ook in ernstiger situaties.’

Het afschalen van zorg vindt in de ideale situatie op dezelfde wijze plaats. Hoe beter de kennisoverdracht, de mogelijkheden voor overleg, advies en consultatie georganiseerd zijn, hoe meer eerstelijns hulpverleners in staat zijn de kinderen zelf te helpen dan wel hen op het goede moment door te verwijzen naar de juiste specialistische hulp.

Of aanbieders van specialistische jeugdzorg in staat zijn om dergelijke consultatie te bieden, is overigens ook afhankelijk van de opstelling van gemeenten. Voor kennisinkoop, consultatie en zorgcoördinatie die geleverd worden door de jeugd-ggz zijn geen landelijke tarieven vastgesteld. De marktmeester Nederlandse Zorgautoriteit is weggefallen in de Jeugdwet en de VNG geeft geen tariefadviezen. Gemeenten en aanbieders moeten hiervoor een prijs overeenkomen. Het is volgens Lahuis dan ook niet alleen de verantwoordelijkheid

van de grote jeugdzorgaanbieders om dit systeem van kennisoverdracht goed te laten verlopen. Gemeenten zijn er net zozeer verantwoordelijk voor. Lahuis: ‘Gemeenten moeten bereid zijn onze deskundigheid in te kopen. Wij doen ons best om ons aanbod voor scholing en consultatie bij hen onder de aandacht te brengen, daarvan zouden ze meer gebruik kunnen maken.’

Specialisten in dienst van of gedetacheerd naar wijkteams?

Sommige gemeenten proberen de deskundigheid van wijkteams op te schroeven door specialisten van jeugd-ggz-instellingen te detacheren naar de wijkteams. Lahuis is daar tegen. ‘Met de decentralisatie wordt beoogd problemen zo veel mogelijk binnen het sociaal domein op te lossen. Dan moet je geen extra ggz-echelon via gemeenten inbouwen, waar ook nog eens forse governanceproblemen aan vastzitten. Uiteraard moet specialistische zorg goed bereikbaar en snel beschikbaar zijn voor het sociaal domein, maar het risico is dat ggz-specialisten met een ggz-bril naar de problemen kijken en geneigd zijn kinderen te snel door te verwijzen naar de ggz. Waar dit wel gebeurt zie je ook andere problemen ontstaan. Teams van zorginstellingen worden uit elkaar gerukt. Het werk van professionals wordt zo gefragmenteerd dat hun werkplezier vermindert. Vaak is de professionele borging voor het goed kunnen uitvoeren van het vak niet of onvoldoende geregeld.



De specialistische zorg moet op gezonde afstand blijven van de eerste lijn

Ook zien we dat als professionals helemaal overgaan naar wijkteams zij hun band met de specialistische organisatie verliezen en daarmee ook hun specialistische kennis. Wil je bereiken dat problemen zo veel mogelijk in het sociale domein – op school, met welzijnsvoorzieningen, op eigen kracht – worden aangepakt, dan moet de specialistische zorg op een gezonde afstand blijven van de eerste lijn.’ Voor de gemeenteraad van Veenendaal was dit een van de redenen om de jeugdteams te laten bestaan uit jeugdzorgspecialisten die in dienst zijn van de teams. Erik Vermathen, manager van de vier jeugdteams in Veenendaal: ‘Bij de gemeente heerste de angst dat mensen die vanuit een zorginstelling gedetacheerd worden naar het jeugdteam geneigd zijn cliënten eerder

door te verwijzen naar hun eigen organisatie. Daar hebben ze immers banden mee.’ Alle ambulante jeugdwerkers in de jeugdteams van Veenendaal hebben een specialistische achtergrond. Vermathen: ‘Ze zijn afkomstig uit de jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp, lichtverstandelijkgehandicaptenzorg, jeugdbescherming, maatschappelijk werk of de welzijnssector. Er zitten ook gedragswetenschappers bij. Als er een vraag binnenkomt bekijkt een of bekijken twee teamleden wat er speelt. Vervolgens wordt de vraag in het hele team besproken. Iedereen oordeelt dan vanuit zijn eigen specialisme wat de beste aanpak is voor het kind, los van eventuele instellingsbelangen.’

Daarnaast is het volgens Vermathen voor de teamleden zelf prettiger om bij één organisatie te werken. ‘Voordat de jeugdteams er waren deden we eerst een pilot. In die pilot werkten de teamleden nog bij hun oude organisatie. Zij vonden het onduidelijk bij wie ze nou eigenlijk hoorden. Dat merk ik ook aan de medewerkers van MEE. MEE heeft als enige organisatie haar medewerkers gedetacheerd naar de teams. De gemeenteraad stond daarop, ze meende dat ze alleen zo de onafhankelijke cliëntondersteuning kon waarborgen. Ik vind dat jammer, want ik merk dat MEE-medewerkers ook liever voor één organisatie werken.’

De jeugdteams handelen veel problematiek zelf af. ‘Alleen voor specifieke psychiatrische stoornissen en voor verblijf verwijzen wij kinderen door. Bijvoorbeeld een moeder die aan münchhausen-by-proxy lijdt van wie de

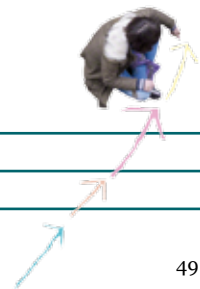
kinderen niet meer thuis konden wonen. Ook als de zorg langer dan een half jaar gaat duren en als de zorg intensiever is dan twee keer per week contact, verwijzen wij door. Want anders hebben we geen tijd meer voor de lichtere gevallen.'

Vermathen zou willen dat er meer kinderen naar de jeugdteams gestuurd zouden worden. Zoals hij al eerder aangaf: door het verwijsgedrag van huisartsen gebeurt dat nog te weinig. De gemeente probeert dat nu aan te pakken. Vermathen: 'Wij zijn nu bezig het gedrag van huisartsen en scholen zo te veranderen dat ze ons meer bij de hulp aan kinderen betrekken. Wij hebben de huisartsen geïnformeerd over wat wij te bieden hebben zodat het voor hen duidelijker is wanneer ze een kind direct naar de jeugd-ggz moeten sturen en wanneer het beter is om het eerst naar ons te sturen. Elk team heeft nu een contactpersoon voor huisartsen. Ook heeft elk team een contactpersoon voor scholen. Die contactpersoon zit bij gesprekken op school, geeft adviezen. Als een school dan denkt dat een leerling extra aandacht nodig heeft, is de stap naar het jeugdteam makkelijk gezet. We zien nu in de praktijk verschillen tussen scholen en huisartsen. Met sommige is de samenwerking goed op gang gekomen, met sommige nog niet.'

In Veenendaal is de afgelopen tijd ook gekeken hoe de samenwerking met de aanbieders van specialistische jeugdhulp beter kan. Vermathen: 'In eerste instantie werd gedacht aan het opzetten van een regionaal team van

specialisten, dat consult en advies kon geven aan de jeugdteams. Dat is er uiteindelijk niet gekomen. Toen besloten enkele grote jeugdzorgaanbieders zich enkele uren per week beschikbaar te stellen voor consultatie. Daarvan hebben wij eigenlijk alleen maar gebruikgemaakt als het ging om dyslexie. Daar waren zo veel meldingen voor! Waar wij wel behoefte aan hebben is een specialist aan wie wij ons idee over wat de beste hulp is voor een kind kunnen voorleggen. En als het kind dan behandeld wordt door die instelling, dat wij de regie blijven houden en de behandelaar ons op de hoogte houdt van de voortgang. Na afloop van de behandeling kunnen wij, als dat nodig is, de lichtere zorg dan weer overnemen. Dergelijke vorm van samenwerking wordt nu in de praktijk gebracht. Een aantal jeugdzorgaanbieders, zoals Karakter, heeft speciale telefoonlijnen voor advies en consultatie ingesteld. In de praktijk zie je ook hier verschillen tussen aanbieders. Bij de een krijg je direct de juiste behandelaar aan de telefoon, bij de andere word je eindeloos doorgeschakeld.'

En worden er nu in Veenendaal minder kinderen doorverwezen naar de specialistische jeugdhulp? Vermathen: 'Daar zijn geen cijfers over te geven. Wij kunnen wel zeggen dat we veel kinderen helpen, ruim duizend per jaar. Maar of die kinderen anders naar de tweede lijn waren gegaan, of dat die kinderen vroeger helemaal geen hulp zouden hebben gezocht, is onbekend.'



Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Resumerend: Om ervoor te zorgen dat kinderen de juiste hulp krijgen – licht als het kan, intensief en specialistisch als dat nodig is – moet er vooral geïnvesteerd worden in de deskundigheid van de eerste lijn. De Transitiecommissie Sociaal Domein stelt vast dat door de decentralisaties de wijkteams de belangrijkste actoren in het gemeentelijk zorgveld zijn geworden. Zorgaanbieders moeten hun positie ten opzichte van de wijkteams en gemeenten herdefiniëren. Dat begint ermee, aldus de Transitiecommissie, dat zorgaanbieders moeten accepteren dat wijkteams een cruciale rol spelen in het transformatieproces, een wellicht nog grotere rol dan deze organisaties zelf. Zij zullen zich meer moeten vormen naar de wijkteams en zo'n manier van samenwerking moeten realiseren dat de wijkteams door hen worden ondersteund in het proces van transformatie en innovatie. Gemeenten op hun beurt moeten zich realiseren dat er specifieke kennis vereist is in de wijkteams om de hulp voor jeugd goed te kunnen bieden. Dat kan door scholing, intervisie en consultatie te borgen, maar ook door zwaarder geschoolde (en dus wat duurder) professionals in de wijkteams een plek te geven.

Alleen als gemeenten en jeugdzorgaanbieders beide hun verantwoordelijkheid nemen, kan aan een van de belangrijkste doelstellingen van de transformatie worden voldaan, namelijk het beroep op specialistische

Zorgaanbieders moeten accepteren dat wijkteams wellicht een grotere rol spelen in het transformatieproces dan zijzelf

hulp beperken door kinderen zo veel mogelijk in hun gewone leefwereld te helpen. In het volgende hoofdstuk staat hoe jeugdzorgaanbieders proberen kinderen die complexe zorg nodig hebben een zo normaal mogelijke omgeving te bieden.

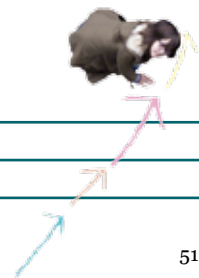


4. Zo normaal mogelijk

Margreet Ooms, orthopedagoog bij de jeugdpsychiatrische instelling de Bascule in Amsterdam, neemt vaak kinderen die ze behandelt mee naar buiten. 'We spreken bijvoorbeeld af bij Bagels & Beans. In zo'n gewone omgeving is het makkelijker om een relatie op te bouwen, zodat kinderen meer openstaan voor behandeling. Ik ga ook wel eens met kinderen mee naar school of naar hun huis om hen daar te observeren. Laatst had ik bijvoorbeeld een meisje in behandeling dat heel boos was op haar gezinspleegouders en grensoverschrijdend gedrag vertoonde. Ze zat huilend bij mij. Ik adviseerde haar haar pleegouders te vertellen waarom ze zo boos was. Dat durfde ze niet. Ik vroeg haar: zal ik het dan doen? Dat vond ze goed. Terwijl zij achter in de kamer stond, vertelde ik de pleegouders wat het meisje voelde. De pleegvader ontkende dat hij kwaad op haar was, maar ondertussen stond zijn gezicht op onweer. Ik nam hem mee naar de spiegel en zei: dat ziet uw pleegdochter. Toen snapte hij wat ze voelde en ontstond er wederzijds begrip.'

Alle kinderen zijn gebaat bij een zo normaal mogelijke opvoedingssituatie, dus ook kinderen met complexe problemen. 'Normaliseren', ofwel kijken hoe het dagelijks leven doorgang kan vinden in plaats van de hulp buiten de normale context te plaatsen, is dan ook een van de kernthema's van de transformatie van de jeugdzorg. In de discussies over het nieuwe jeugdstelsel en ook in het beleid dat veel gemeenten inmiddels voeren, ligt vaak de nadruk op de rol die de eerste lijn hierin kan en moet spelen. Sociale wijkteams moeten het sociale netwerk rondom een kind met problemen versterken, de eigen kracht van gezinnen aanboren en ervoor waken dat problemen onnodig gemedicaliseerd worden. Maar er zullen

altijd kinderen zijn die, ondanks de inzet van de eerste lijn, specialistische jeugdhulp nodig hebben. En ook voor de specialistische jeugdhulp geldt de doelstelling van de transformatie dat hulpverleners kinderen in een zo normaal mogelijke context behandelen. Dat ze de leefwereld van kinderen en gezinnen als uitgangspunt nemen en die leefwereld een plaats geven in de behandeling. Specialistische hulpverleners kunnen bijvoorbeeld, zoals Margreet Ooms doet, kinderen zo veel mogelijk thuis of in de leefgroep waar ze verblijven behandelen en begeleiden, waarbij ze oog hebben voor meer dingen die voor het kind belangrijk zijn, zoals onderwijs, sport en een toekomstige plek op de arbeidsmarkt.



Of door naast de behandeling van het kind ondersteuning te bieden bij de impact van problemen op het functioneren van het gezin, zoals een werkloze ouder, slechte huisvesting of een ouder met psychische problemen. Door de zorg rondom een kind en zijn of haar gezin te organiseren, worden problemen niet langer geïsoleerd benaderd en sluit deze veel beter aan bij het alledaagse leven.

Nu is de doelstelling om kinderen in een zo normaal mogelijke context te behandelen voor de specialistische jeugdhulp niet alleen ingegeven door de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten. Al een aantal jaren geleden zijn jeugdzorginstellingen, zowel jeugdpsychiatrische instellingen als instellingen voor jeugd- en opvoedhulp en jeugd-lvb, begonnen hun residentiële capaciteit af te bouwen en daarvoor in de plaats zo veel mogelijk ambulante hulp te

organiseren in de vorm van dagbehandeling, behandeling en ondersteuning thuis, pleegzorg en gezinshuizen. Maar de ambities van de transformatie gaan veel verder. Zoals al in het eerste hoofdstuk genoemd, is in de nota *Ruimte voor jeugdhulp* de ambitie uitgesproken om de klinische capaciteit de komende paar jaar met 30 procent in te krimpen. Er zullen nog veel meer alternatieven moeten worden ontwikkeld voor residentiële hulp. Steeds meer instellingen maken daar momenteel werk van. Bijvoorbeeld Spirit jeugd- en opvoedhulp.

Specialistische pleegzorg

Kinderen een zo normaal mogelijke leef-omgeving bieden is al enige jaren het adagium van Spirit jeugd- en opvoeding in Amsterdam. ‘Dat betekent’, zegt Lea Keizer, orthopedagoog en jeugdspecialist bij Spirit, ‘dat we proberen zo veel mogelijk een gezinssetting te creëren.

Voetbalclub

Een ander voorbeeld van het in de eigen leefomgeving aanpakken van problemen geeft Wessel Jellesma, coördinator van de teams Kortdurende Ambulante Ondersteuning die in Friesland consult bieden aan de eerste lijn en kortdurende behandeling geven. Jellesma: ‘Een poosje geleden werden wij ingeschakeld voor ondersteuning van ouders die problemen hadden met hun zoon. De jongen leed zowel aan ADHD als aan ADD. Nader onderzoek leerde dat de problemen vooral zaten in de omgeving van de jongen. Hij veroorzaakte vaak conflicten op zijn voetbalclub. De jeugd-ggz-specialist in ons team heeft toen samen met de ouders, de trainer en de teamgenoten enkele gesprekken gevoerd waarin ze uitleg gaf over het gedrag van de jongen. De trainer kreeg handvatten om met de jongen om te gaan. Het resultaat was dat de jongen geaccepteerd werd door zijn teamgenoten en op de club kon blijven voetballen.’

Door de zorg rondom kind en gezin te organiseren, sluit deze veel beter aan bij het alledaagse leven

Zo zijn we vorig jaar gestart met specialistische pleegzorg. Specialistische pleegzorg is bedoeld voor kinderen die niet goed aarden in een groep. Ze trekken andere kinderen mee in hun gedrag, zijn zeer vatbaar voor beïnvloeding en zijn soms een gevaar voor zichzelf of voor andere kinderen. Deze kinderen gaan vaak van plek naar plek en nogal eens moeten ze uiteindelijk gesloten geplaatst worden. Dat is niet alleen duur, het is vooral schadelijk voor hun ontwikkeling.’

Van de pleegouders worden specifieke vaardigheden gevraagd. Keizer: ‘De pleegouders hebben al ervaring in de pleegzorg en met het verzorgen van kinderen met deze gedragsproblemen. Ze worden er deels voor

betaald, zodat ze meer tijd aan de kinderen besteden. Ze moeten openstaan voor intensieve begeleiding en scholing. We zijn gestart met drie pleeggezinnen. Als de pilot slaagt willen we dat aantal uitbreiden.’ Een andere nieuwe ontwikkeling is het specialistische gezinshuis. Keizer: ‘Er zijn gezinshuizen met een of twee opvoeders met vier kinderen. Maar we hebben ook drie gezinshuizen met slechts twee kinderen. Dat zijn kinderen met forse hechtingsproblematiek.’ Ook de groepen zijn veranderd. ‘Eerst hadden we groepen van acht kinderen waarop acht medewerkers werken. Nu zijn de groepen gesplitst in vier kinderen per groep met vier medewerkers. Wij verwachten dat die kleinschaligheid beter uitwerkt op de kinderen.’

JeugdzorgPlus

Ook in JeugdzorgPlus – De Koppeling – experimenteert Spirit met nieuwe vormen om jongeren zo veel mogelijk in hun eigen omgeving op te vangen en de betrokkenheid van het eigen netwerk te vergroten. Zo is Spirit in september 2016 in samenwerking met het ministerie van Veiligheid en Justitie en de gemeente Amsterdam gestart met een Kleinschalige Forensische Voorziening (KV) voor jongeren die in voorlopige hechtenis zitten. In de KV is plaats voor acht jongeren tussen 14 en 23 jaar die anders naar een justitiële jeugdinrichting zouden gaan. In de KV is 24 uur per dag begeleiding en beveiliging aanwezig, waardoor ze onder voorwaarden gewoon naar school, stage of



werk kunnen gaan en contact kunnen houden met bijvoorbeeld hun ouders. Zo kunnen de jongeren en hun ouders zo veel mogelijk in de structuur van het eigen gezin en de buurt worden ondersteund.

Gezinshuizen voor lvb-jongeren

Ook in de zorg voor jeugd met een verstandelijke handicap wordt gezocht naar mogelijkheden om jeugdigen binnen een zo normaal mogelijke context te behandelen en begeleiden. Een voorbeeld daarvan levert Groot Emaus in Ermelo, een onderdeel van de landelijke instelling voor verstandelijk gehandicapten 's Heeren Loo. 's Heeren Loo heeft al sinds jaar en dag gezinshuizen voor kinderen met een verstandelijke handicap. Voor de populatie van Groot Emaus – kinderen met een licht verstandelijke beperking (lvb) en jongeren van 12 tot 23 jaar met complexe gedragsproblemen – zijn die er niet. Als deze jongeren bij Groot Emaus worden aangemeld, hebben ze meestal al een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug. Ze komen vaak uit problematische gezinnen, met ouders die een verstandelijk beperking hebben en/of verslaafd zijn of anderszins niet goed voor hun kinderen kunnen zorgen. Op Groot Emaus verblijven de jongeren in leefgroepen van maximaal acht personen. Ze wonen, gaan naar school of werk, volgen therapie en brengen hun vrije tijd door op het grote terrein. Maar dit gaat veranderen, vertelt Jeannette van den Born, hoofd behandeling Groot Emaus. 'Wij willen binnenkort starten

met gezinshuizen. Het verblijf op de leefgroepen is niet slecht, maar sommige kinderen en jongeren zouden beter af zijn in een gezinshuis. Ik heb zelf jarenlang in de pleegzorg gewerkt en heb gezien hoe belangrijk het is dat kinderen vaste mensen om zich heen hebben met wie ze een relatie kunnen opbouwen. Het personeel op de leefgroep wisselt nogal eens van baan. Dat is niet goed voor de continuïteit van zorg. In een gezinshuis kunnen kinderen een relatie opbouwen met de gezinshuisouders. We moeten het concept nog uitwerken, maar we denken dat een gezinshuis vooral goed is voor de meest kwetsbare lvb-kinderen en jongeren met internaliserende problematiek. In een gezinshuis komen vier kinderen. Zo nodig krijgen de gezinshuisouders extra ondersteuning van een pedagogisch medewerker. We bouwen de huizen aan de rand van het terrein. De kinderen kunnen dan wel gebruik blijven maken van de voorzieningen op het terrein, maar ze wonen ook dicht bij het dorp waar ze makkelijk naartoe kunnen. We beginnen met vier huizen en op basis van de ervaringen die we daarmee opdoen kijken we of we het aantal uitbreiden.'

Opvang in eigen regio

Om een andere doelstelling van de transitie van de jeugdzorg – zorg zo dicht mogelijk bij huis leveren – te realiseren heeft Groot Emaus ook plannen om de kinderen in hun eigen regio op te vangen. Van den Born: 'De plannen zijn nog pril, de raad van bestuur

moet er nog advies over uitbrengen. Maar het idee is om behandelcapaciteit te creëren bij lvb-instellingen die nu hun kinderen naar ons toe sturen, bijvoorbeeld Lijn5. Jongeren kunnen dan dichterbij huis behandeld worden, zodat de behandeling beter kan aansluiten bij hun dagelijks leven. Wij zijn een landelijke specialistische instelling. De kinderen komen uit het hele land. Vaak

worden de jongeren hier 18 jaar en is de behandeling en/of de begeleiding erop gericht jongeren zo zelfstandig mogelijk te laten leven. Dus veel jongeren gaan niet terug naar hun ouders. Maar vaak is het wel belangrijk om ouders erbij te betrekken. Om dat makkelijker te maken zijn we nu bezig een betere verbinding te realiseren tussen de behandelaar op Groot Emaus en de hulpverlener van de

❖ Sem (13): 'Tante Luus stelt me gerust'

'Ik heb een gegeneraliseerde angststoornis, waardoor ik bang ben voor veel dingen. Bijvoorbeeld om onder mensen te komen. Ik ging dit jaar naar de brugklas maar heb al twee scholen gehad. Nu ben ik al zeven maanden thuis. Soms, als ik het niet uithield en bang werd op school, ging ik na schooltijd naar tante Luus. Die zei dan: 'Sem, het komt goed'. En dan werd ik rustig. Ik ga nu al een tijd niet meer naar school. Nee, ik word niet gepest, ik voel me wel buitengesloten. Ik praat erover met tante Luus. Die helpt me echt. Ik weet ook dat ze niets doorvertelt als ik dat niet wil. Maar dat is tot nu toe nog niet gebeurd. Ik hoop echt dat ik weer naar school kan straks, anders loop ik heel erg achter. Daar maak ik me wel zorgen over.'

❖ 'JIM' Lucienne Otten, tante van Sem: 'Ik bescherm hem'

'Ik was flabbergasted toen Sem mij als JIM koos. In onze familie ben ik degene die geen blad voor de mond neemt, dus waarom ik? Maar hij stelt dat blijkbaar erg op prijs. Wat ik doe? Ik bescherm hem en ben zijn vertrouwenspersoon. Als hij bijvoorbeeld een gesprek heeft met jeugdhulpverlening, en ik zie dat hij het niet aankan, dan zeg ik tegen de hulpverlener: stop. En hij vertelt mij wat hem dwarszit. En ja, het kan lastig zijn. Ik ben wel de zus van zijn moeder. Maar we hebben een afspraak: als hij iets vertelt wat zijn moeder niet mag weten, dan vertel ik dat beslist niet door. En als ik daar een probleem in zie, dan bel ik met Youké. De ondersteuning van daaruit is super. Ik ben geen professional. Zij zien dingen die ik niet zie. Degene die Sem begeleidt, kan ik elk moment bellen of appen. De meerwaarde van JIM is dat Sem mij geheel vertrouwt. Hij kent de hulpverleners niet, dus is het wat gemakkelijker om naar mij te komen. Ik ben JIM totdat het niet meer nodig is, maar ik zal er altijd zijn voor Sem. Als tante. Daarom is het ook zo'n goed idee.'



lvb-instelling in de regio die de ouders van de jongere gaat begeleiden. Als de jongere dan na afloop van onze behandeling naar huis gaat, ontstaat er geen knip in de zorg.’

JIM: een buurvrouw als mentor

In de ambulante specialistische jeugdhulp is er een nieuwe methodiek ontwikkeld om

de behandeling in een zo normaal mogelijke context te laten plaatsvinden. Daarbij wordt een vertrouwenspersoon uit de eigen omgeving ingezet die kan helpen het gezin weer op de rit te krijgen. Deze vertrouwenspersoon wordt JIM genoemd, ofwel Jouw Ingebrachte Mentor. Enkele instellingen in Utrecht zijn er als eerste mee begonnen.

❖ Kwaliteitscriteria volgens kinderen in de jeugdzorg

In 2010-2011 is in opdracht van het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg door Stichting Alexander onderzocht wat kinderen en jongeren die niet huis wonen belangrijk vinden. De bevindingen zijn opgenomen in de *Kwaliteitscriteria residentiële jeugdzorg* die het Nederlands Jeugdinstituut samen met zes jeugdzorginstellingen in de stadsregio Rotterdam heeft opgesteld.

Hier volgen enkele uitspraken van kinderen en jongeren die niet thuis wonen over wat zij zouden willen:

- Ik woon in een gewoon ingericht huis in een gewone woonwijk en heb een eigen kamer.
- Mijn vrienden en familie zijn welkom op de groep: ze kunnen iets komen drinken of mee-eten.
- Er is buiten gesprekken om aandacht voor mij, bijvoorbeeld als ik uit school of werk kom tijdens de koffie/thee.
- Ik kan naar mijn eigen sportclub of vrijetijdsactiviteit (muziek, scouting) in de buurt.
- Ik mag bij de verandering van de inrichting van de woonkamer (mee)bepalen wat er gaat gebeuren (planten, posters en dergelijke worden door ons uitgezocht).
- Er is bij ons (minimaal) wekelijks een groepsoverleg waarin wij meepraten over de invulling van vrije tijd in het weekend, het eventueel wijzigen van bepaalde regels of andere zaken die ons aangaan.
- De pedagogisch medewerker vraagt mijn ouders en mij na een weekend thuis in de nabespreking wat er goed ging en waar eventueel nog hulp bij nodig is.
- Mijn ouders en ik hebben gezinsgesprekken zodat het thuis beter gaat.
- Mijn ouders komen minimaal een keer per maand op bezoek in de groep, bijvoorbeeld om samen te koken.
- De pedagogisch medewerker weet welk huiswerk ik heb en checkt of ik mijn huiswerk maak.

In datzelfde onderzoek geven kinderen aan dat, hoe goed jeugdzorginstellingen ook proberen aan hun wensen te voldoen, er niets gaat boven thuis wonen. En als dat niet kan, zijn kinderen in pleeggezinnen en gezinshuizen vaker positiever en tevredener over de plek waar ze wonen dan jeugdigen in leefgroepen. Dat is dan ook een van de redenen waarom jeugdzorginstellingen proberen zo veel mogelijk residentiële capaciteit om te zetten naar pleegzorg en gezinshuizen.

‘De JIM kwam voor het eerst ter sprake bij een groep jongeren die voorheen residentieel behandeld werd’, vertelt ontwikkelaar en onderzoeker Levi van Dam. ‘De problemen van deze groep waren zo complex dat de ouders geen invloed meer hadden op de jongeren. En dat gold ook voor de hulpverleners.’

Professionals van Youké Sterke Jeugd, Reinaerde, Amerpoort, Altrecht, Jellinek en Victas in Utrecht en omgeving besloten om aan de jongeren zelf te vragen een persoon aan te wijzen die dicht bij hen staat. Een tante, een buurvrouw of een opa. Iemand die de jongere nog wel vertrouwt, iemand die ondersteuning en begeleiding kan bieden. Vanuit deze intersectorale samenwerking is de JIM geboren. Inmiddels wordt er door diverse instellingen mee gewerkt. ‘Wij zijn er erg tevreden over’, zegt teamleider en systeemtherapeute Suzanne de Ruig van Youké Sterke Jeugd. Levi van Dam wijst op de cijfers. Alleen al in de periode van september 2013 tot augustus 2014 werd bij bovengenoemde organisaties door het inzetten van een JIM 90 procent van de dreigende uithuisplaatsingen afgewend. Dat is niet niks.

Dilemma

Niet dat het inzetten van een JIM altijd van een leien dakje gaat. In het concept is de JIM de spil. Maar iedereen daaromheen moet het daar wel mee eens zijn. De Ruig: ‘Hulp accepteren vanuit het eigen netwerk is voor gezinnen vaak lastiger dan hulp aannemen van een professional.’ Bovendien moeten de

ouders de JIM mandateren, legt Levi van Dam uit. ‘Anders creëer je een nieuw dilemma.’

Meestal zien de ouders wel in dat het een goed concept is. ‘Een moeder zei ooit tegen ons: ik vind het moeilijk dat mijn dochter nu gesprekken heeft met de buurvrouw. Maar ik zie ook dat dit nu de beste manier is waarop ik mijn dochter kan helpen. Namelijk haar de ruimte geven om dit met mijn buurvrouw te bespreken in plaats van met mij. Want tussen ons gaat het even niet.’

Juist vanwege die nabijheid, is het cruciaal alles openlijk door te spreken en goede afspraken te maken. De Ruig: ‘Een JIM wordt vaak emotioneel geraakt, voelt zich vaak ook vereerd als hij of zij gevraagd wordt. Wij helpen om dat in perspectief te plaatsen: we laten de JIM nadenken over de vraag: wat kan dit betekenen voor hem of haar?’ In gezamenlijkheid met ouders, de jongere en de JIM worden er dan afspraken gemaakt over belangrijke onderwerpen. Onder meer over wat een JIM wel of niet mag doorvertellen. De Ruig: ‘We kunnen een JIM nergens toe verplichten natuurlijk. Maar het is wel van belang dat duidelijk is hoe je vanuit verschillende posities zo ‘normaal’ en gelijkwaardig mogelijk samenwerkt.’

Professional op afstand

De JIM als spil van de hulpverlening, dat vraagt een andere houding van de professional. De Ruig: ‘De hulpverlener moet niet alle problemen willen oplossen. Zijn of haar nieuwe missie is op



zoek gaan naar de vraag: wie is de JIM, wie gaat zich mede-verbinden aan dit traject? Dat is beter dan zich al te sterk richten op problemen, doelen of oplossingen.’ Daarna kan er gekeken worden naar oplossingen die de jongere, de JIM of de ouders bedenken.’ En wanneer trekt de jeugdhulpverlening zich terug? Dat gaat volgens De Ruig heel geleidelijk. ‘Je rol als hulpverlener is veel minder direct. We faciliteren steeds meer. En als het goed gaat, merken we dat we langzaam aan overbodig worden.’

Het is juist die continuïteit die de JIM meerwaarde voor de jongere geeft, aldus De Ruig en Van Dam. ‘Voor professionals is de meerwaarde dat je nooit probleemeigenaar wordt’, zegt De Ruig. ‘Degene die zich het meest eigenaar voelt, voelt zich ook verantwoordelijk om het probleem op te

Wie zich het
meest eigenaar
voelt, voelt zich
ook verantwoordelijk
om het probleem
op te lossen

lossen. In de hulpverlening kijkt de jongere nogal eens naar de hulpverlener; “Jij zou toch mijn probleem oplossen?”. En dat werkt vaak niet.’ In het JIM-concept is de probleem-eigenaar het hele systeem rondom de jongere. De JIM blijkt zo succesvol dat diverse instellingen in Nederland, waaronder Youké, Spirit, Juzt en Lucertis, bezig zijn met de verdere ontwikkeling en borging van het concept.

Behoeftes en ervaringen van cliënten in de jeugdzorg

Wat vinden ouders en jongeren zelf goede jeugdhulp? Als het gaat om kinderen in de residentiële jeugdzorg, dan staat de wens om een zo normaal mogelijk leven te leiden bovenaan. Ze willen vooral geen speciaal geval of uitzondering zijn. Ze willen wonen in een gewoon huis, waar vrienden welkom zijn en hun groepsleider checkt of ze hun huiswerk hebben gemaakt. Zie de kadertekst ‘Kwaliteitscriteria volgens kinderen in de jeugdzorg’.

In september 2016 vroeg het Nederlands Jeugdinstituut aan een aantal ouders en jongeren die integrale jeugdhulp hebben gehad naar hun ervaringen en behoeftes. Uit die peiling en uit gesprekken die we voor deze publicatie met enkele ouders hebben gevoerd, blijkt dat hun grootste behoeftes zijn: een respectvolle en positieve bejegening door professionals, zo veel mogelijk één gezicht, en goede samenwerking tussen diverse professionals. Zo zegt een 26-jarige jongere: ‘Eén gezinsvoogd is wel zes jaar in ons gezin geweest. Daar ben ik nu nog ontzettend

dankbaar voor. Ze ging voor mij door het vuur en gaf écht om mij.’

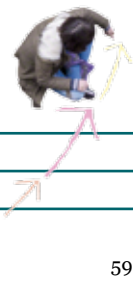
Ouders melden dat ze zich door de hulpverlening vaak een slechte ouder hebben gevoeld. Ze waarderen de professionals bij wie ze dat gevoel niet kregen, professionals die hun juist het gevoel gaven dat ze op de goede weg waren. Ze vinden het heel belangrijk dat professionals naast hen staan, zich gelijkwaardig aan hen opstellen en aangeven wanneer ze iets niet weten. Een ouder zegt: ‘Uiteindelijk gaat het om de kwaliteit van de individuele hulpverlener. Die moet én oprecht met je mee willen denken, én zich verantwoordelijk voelen voor jouw kind én deskundig zijn. Ik denk wel eens: gemeenten zouden cliënten veel meer moeten bevragen over hun ervaringen met hulpverleners. Welke hulpverlener verdient een taart? En dan zou de gemeente die mensen moeten belonen. Voor jeugdzorgorganisaties wordt het dan duidelijk wat voor soort hulpverleners zij in huis moeten hebben.’

Regie bij ouders en jongeren

De cliënten hebben vaak het gevoel gehad de regie over de hulpverlening kwijt te zijn. Belangrijk punt hierin is het gebrek aan communicatie. Veranderingen in de behandeling, verplaatsingen of andere gebeurtenissen in de zorg werden vaak pas laat met ouders en jongeren gedeeld. Ouders voelden zich geregeld aan de kant gezet. Cliënten hebben vaak het gevoel er alleen voor te staan, doordat elke professional vanuit zijn

eigen hokje denkt en zij als ouder eigenlijk als enige ‘integraal’ zijn. Zo zegt een ouder: ‘Er was geen goede samenwerking tussen de jeugd-ggz en het onderwijs. Wij hebben zelf aangedrongen op een rondetafelbijeenkomst met de ggz-hulpverlener en de leerkracht. Maar dat ging niet van harte, er was weinig animo voor. Toch denk ik dat het zo simpel kan zijn. Waarom niet een WhatsAppgroepje instellen voor de hulpverlener, de leerkracht en de ouder? Dan kunnen ze snel met elkaar communiceren. Ja, dat kost voor de leerkracht wel wat tijd, maar als we serieus werk willen maken van passend onderwijs, dan heeft dat nu eenmaal consequenties voor zowel de zorg als school.’

De cliënten konden ook mooie voorbeelden noemen van situaties waarin zij duidelijk wel de eigen regie voerden in de hulpverlening. Een ouder zegt dat ze bij het zoeken naar een pleeggezin veel steun ervaaarde van de professionals die haar mening serieus namen en aan wie ze ook feedback kon geven. Een andere ouder roemt de praktijk op een jeugdpsychiatrische afdeling van een universitair medisch centrum: ‘Wat ik daar heel gaaf vond was dat ze er, als experiment, ouders lieten aanschuiven bij het teamoverleg. Je kwam zo tot een gezamenlijk besluit over wat het beste zou zijn.’ Ook jongeren vertelden op welke momenten zij het gevoel hadden de regie van de hulp zelf in de hand te hebben. Bijvoorbeeld wanneer hun instemming werd gevraagd voor wie hun mentor of coach werd op een leefgroep.



Ouders hebben geregeld ervaren dat zorgaanbieders zonder hun toestemming persoonlijke informatie delen

Privacy

Over hun privacy maken cliënten zich grote zorgen. Gemeenten vragen om veel persoonsgegevens en ouders hebben ervaren dat die gegevens ergens in de gemeente kwijt kunnen raken. Ook hebben ze geregeld ervaren dat zorgaanbieders zonder hun toestemming persoonlijke informatie delen. Jongeren vinden het vooral erg als anderen, zonder dat zij dat willen, weten dat ze bijvoorbeeld in een gesloten instelling hebben gezeten. Zij denken dat dit ook een negatieve invloed heeft op hun loopbaan. Zo zegt een

26-jarige jongere: 'Ik ben heel blij dat ik op een buitenschool gezeten heb en niet op de Hoenderlooschool; anders stond nu voor eeuwig die Hoenderlooschool in mijn cv.'

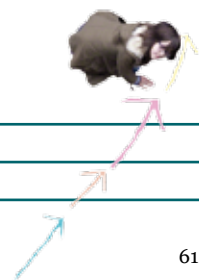
Samenwerking

De cliënten stellen dat veel organisaties en loketten alleen hun eigen aanbod en beperkingen kennen en van daaruit handelen. De jongeren en ouders zouden het goed vinden als er op basis van de vraag van het gezin meer wordt gezocht naar maatwerkoplossingen en samenwerking tussen organisaties daarin. Een ouder van wie de zoon in behandeling was bij de jeugd-ggz zegt: 'De jeugd-ggz kon ons heel goed uitleggen wat de stoornis inhield. Maar wat wij misten was praktische opvoedingsondersteuning. Wij worstelden enorm met de balans tussen overvragen en onderstimuleren. Als je het kind te veel vraagt, loopt de boel in het honderd, maar je wilt het kind ook niet te afhankelijk maken. En je wilt ook niet terecht komen in een patroon van manipulatie, waarin het kind zielig gaat doen of boos wordt om maar zijn zin te krijgen. Als wij daarover vragen stelden, kregen we als antwoord: tja, dat zijn lastige vragen. Die expertise van opvoedingsondersteuning heeft jeugd- en opvoedhulp wel. Het was beter geweest als de jeugd-ggz-instelling hierin had samengewerkt met een instelling voor jeugd- en opvoedhulp en de opvoedingsondersteuning door die instelling had laten uitvoeren. Nu bleven wij maar twijfelen.'



5. Rol van gemeenten

In januari 2015 vraagt een moeder bij de gemeente sociale indicatie aan voor buitenschoolse opvang van haar 5-jarige dochter. De moeder zit in een schuldhulptraject en maakt een verwarde indruk. De gemeente meldt haar aan bij het sociale wijkteam. Het wijkteam komt er al snel achter dat er in dit gezin complexe problemen spelen. Haar kinderen – behalve haar dochter heeft ze nog een zoon van 15 jaar – zijn enkele jaren geleden onder toezicht van Bureau Jeugdzorg gesteld. Toen kreeg de moeder opvoedingsondersteuning van jeugd- en opvoedhulp, behandeling door de ggz, een bewindvoerder voor haar financiële problemen en de zoon ging bij de vader wonen. Omdat dat goed leek te gaan, werd twee jaar geleden de ondertoezichtstelling beëindigd. Navraag door het wijkteam leert echter dat het nu helemaal niet goed gaat. Het meisje verzuimt vaak, in het huis van de moeder is het een bende en de vader oefent geen enkel gezag uit over de jongen: die zit hele nachten gevaarlijke computerspelletjes te doen, blout en drinkt en gaat zelden nog naar school. Het wijkteam schakelt het expertiseteam in. Dit team wordt ingeschakeld bij ingewikkelde problematiek of als er een beschikking nodig is voor specialistische hulp. Specialisten op het gebied van jeugd- en opvoedhulp, ggz, zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en multiprobleemcasuïstiek werken erin met elkaar samen. Ook professionals op het gebied van werk en inkomen, participatie en Wmo maken deel uit van het expertiseteam. Het expertiseteam begint met het maken van een grondige probleemanalyse. Alle problemen die er nu en in het verleden spelen en speelden, worden in kaart gebracht. De ggz-specialist uit het team, die aangesteld is als 'regiehouder' en 'zorgcoördinator', weet het vertrouwen van de moeder te winnen, zodat zij toestemming geeft voor het opvragen van informatie bij instanties die in het verleden bij het gezin betrokken waren. Dan blijkt onder andere dat er na het beëindigen van de ondertoezichtstelling een misverstand is ontstaan. Bureau Jeugdzorg was ervan uitgegaan dat de ggz, die de moeder behandelde, toezicht hield op het gezin, de ggz was ervan uitgegaan dat zij alleen verantwoordelijk was voor de psychiatrische toestand van de moeder en was weinig dwingend opgetreden toen de moeder die behandeling stopte. Ook de opvoedondersteuner van jeugd- en opvoedhulp was wel erg goedgegelovig geweest toen de moeder zei dat ze het wel alleen af kon. Bij het maken van de probleemanalyse gebruikt het team een zogeheten zelfredzaamheidsmatrix, waarmee gekeken wordt wat het gezin zelf,



of met hulp van de omgeving, kan doen om zijn problemen aan te pakken. Vervolgens wordt een hulplan opgesteld. Daarbij zijn niet alleen de ggz-specialist, de specialist van jeugd- en opvoedhulp, de bewindvoerder en iemand van het wijkteam betrokken, maar ook de moeder, de vader en de zoon. Er worden afspraken gemaakt over de psychiatrische behandeling van de moeder, het volgen van onderwijs door de zoon, het inzetten van opvoedondersteuning door jeugd- en opvoedhulp aan zowel de moeder als de vader, het diagnosticeren door de jeugd-ggz van het meisje dat forse ontwikkelingsachterstanden blijkt te hebben, en over de hulp die een zus van de moeder zou kunnen bieden. De hulp wordt in gang gezet en elke twee weken bespreken de betrokken hulpverleners met elkaar in hoeverre de gewenste doelstellingen worden behaald. Een half jaar later is er belangrijke vooruitgang geboekt. De zoon volgt een praktijkopleiding en is lid geworden van een voetbalclub, de moeder heeft elke week contact met de ggz-behandelaar en staat als vrijwilligster twee dagen in de week achter de bar in het buurthuis, haar dochtertje gaat in het weekend naar haar zus zodat ze zelf meer rust heeft, de vader heeft geleerd hoe hij zijn gezag over de zoon kan laten gelden, het dochtertje heeft met spel- en motorische therapie door de jeugd-ggz meer zelfvertrouwen gekregen.

Bovenstaand voorbeeld schetst de situatie zoals die zou moeten zijn na de transitie van de jeugdzorg. Maar, zoals wel vaker, tussen droom en daad staan wetten en praktische bezwaren. De beoogde samenwerking tussen verschillende jeugdzorgaanbieders verloopt in de praktijk nog lang niet overal even soepel. De bedoeling was dat door gemeenten al het geld voor jeugdzorg te geven, zij met hun inkoopbeleid instellingen zouden kunnen dwingen tot samenwerking, bijvoorbeeld door geen contracten af te sluiten met instellingen die te weinig bereidheid tonen tot samenwerking. Daarnaast zou het zo ook makkelijker zijn om de bezuinigingen op de jeugdzorg te realiseren. Als gemeenten zelf verantwoordelijk zijn voor alle jeugdzorg

zullen ze immers meer investeren in preventieve hulp om zo veel mogelijk te voorkomen dat kinderen dure, specialistische jeugdzorg nodig hebben, zoals residentiële zorg. Zijn gemeenten in de praktijk werkelijk in staat met hun inkoopbeleid veranderingen te bewerkstelligen en te bezuinigen op de jeugdzorg, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de hulp?

Volgens Rutger Hageraats, directeur Transformatie bij het Nederlands Jeugd-instituut, zijn financiële prikkels alleen niet de beste manier om ervoor te zorgen dat kinderen die specialistische hulp nodig hebben die hulp ook echt krijgen. 'Want wat zou de transformatie in de praktijk moeten betekenen

voor de specialistische jeugdhulp? Het doel is om specialistische jeugdhulp integraal te leveren. Als je integrale hulp wil, kijk je naar het hele traject. Tot de decentralisatie werd alleen vastgesteld welke behandeling nodig was en vervolgens bepaalde het soort zorgzwaartepakket of de dbc (diagnose-behandelcombinatie) de prijs. Nu is het de bedoeling dat er een traject wordt vastgesteld waarin alle hulpvormen zijn meegenomen die nodig zijn om het doel te bereiken. Wat dat doel betreft kijken gemeenten niet alleen of de stoornis is verholpen, maar ook naar het maatschappelijk resultaat: leidt dat traject ertoe dat iemand mee kan doen aan de samenleving? Een jongere moet bijvoorbeeld een poosje opgenomen worden, daarna heeft hij hulp nodig bij het begeleid kamerwonen en hij moet ook een traumabehandeling ondergaan. Of een kind dat weer thuis gaat wonen; wat is daarvoor nodig in het gezin? Misschien psychiatrische hulp aan een ouder, gezinsbegeleiding van jeugd- en opvoedhulp. Hoe formuleer je de doelen van zo'n traject? Wie voert de regie? Wat moet de uitkomst zijn, hoe meet je of die uitkomst is behaald en hoeveel kost dat dan? Daar zijn wel ideeën over, maar die moeten in de praktijk nog uitgevoerd worden.'

Concurrenten

'Vervolgens wil je dat instellingen gezamenlijk dat traject realiseren. Maar die instellingen zijn ook concurrenten van elkaar, met hun eigen belangen. Waarom zou je als

In de praktijk blijkt
het voor gemeenten
knap lastig te zijn
om met inkoopbeleid
te sturen op
integrale hulp

professional informatie delen met collega's van een andere instelling als dat ertoe kan leiden dat die andere instelling de regie over een hulptraject gaat voeren en daarmee meer geld krijgt dan jouw instelling? Instellingen gaan al snel tegenover elkaar staan. In de praktijk blijkt dat het voor gemeenten knap lastig is om met hun inkoopbeleid te sturen op integrale hulp. Een financiële prikkel kan helpen om een organisatie efficiënter te laten werken, maar fundamentele veranderingen bereik je er niet mee. Om duurzame veranderingen te realiseren zullen gemeenten meervoudig, op



verschillende terreinen, moeten sturen. Wel scherp zijn met hun tarieven – er worden soms veel te hoge, niet onderbouwde tarieven gevraagd – maar daarnaast het gesprek voeren over andere zaken. Over inhoud, kwaliteit van zorg, competenties van hulpverleners. Gemeenten moeten minder op concurrentie en meer op samenwerking in integrale arrangementen sturen. De transformatie vraagt vooral veranderingen van het zorgveld zelf. Gemeenten moeten met aanbieders praten over welke mogelijkheden zij zien voor samenwerking, hun bereidheid tot innovatie, hoe ze de kwaliteit en klanttevredenheid toetsen. De aanbieders zullen dan zeggen: ja, maar daar hebben we die en die randvoorwaarden voor nodig, en dan ontstaan andere gesprekken.’

Overigens is het ook dan nog ingewikkeld, zo blijkt uit de ervaring van Hageraats, toen hij nog, tot december 2015, in zijn vorige baan voor de gemeente Amsterdam, verantwoordelijk was voor de voorbereiding van de transitie. ‘Wij hadden eerst wijkteams ingevoerd. Vervolgens probeerden we met individuele instellingen contracten af te sluiten, waarbij we ook spraken over samenwerking, kwaliteit en dergelijke. Dat leidde nergens toe, iedereen bleek uiteindelijk zijn eigen belangen voorop te stellen. Toen hebben we voor de inkoop van 2018 besloten het beleid drastisch om te gooien. We vroegen aan de instellingen om aan te geven wat zij goede hulp vinden en hoe dat volgens hen georganiseerd kan worden. Ze zijn in werkgroepen met een aantal

thema’s rond integrale jeugdhulp aan de gang gegaan. Dat heeft adviezen opgeleverd die de gemeenten in de regio hebben verwerkt in een nieuwe inkoopstrategie. Nu moet blijken of die gaat werken.’

Verschillende financieringsmodellen

Veel gemeenten zoeken momenteel naar een financieringsmodel dat helpt om de doelen van de transitie te realiseren. De VNG publiceerde begin 2016 een overzicht van de meest gangbare modellen (*Eindresultaat van de Werkgroep integrale bekostiging jeugd, januari 2016*). Uit het overzicht van de VNG blijkt dat elk model naast voordelen ook nadelen heeft. Niet één model stelt gemeenten in staat om met bekostiging alléén te sturen op het behalen van alle doelstellingen van de transitie. De VNG onderscheidt drie hoofdmodellen: taakgerichte bekostiging, inspanningsbekostiging en outputgerichte bekostiging. Bij elk model wordt gekeken in hoeverre het de gemeente in staat stelt te sturen op de doelstellingen van de transitie. Criteria zijn dan onder andere: de zelfredzaamheid van de jeugdigen wordt ermee bevorderd, de nadruk ligt op preventie, er wordt tijdig opgeschaald naar specialistische hulp, de zorg is vraaggericht en integraal, professionals krijgen de ruimte, er is minder administratieve lastendruk, er is ruimte voor vernieuwing en de kosten blijven binnen het door het Rijk ter beschikking gestelde budget.

Taakgerichte bekostiging

Bij taakgerichte bekostiging verstrekt de gemeente aan een of meer aanbieders een integraal budget voor een taak of opdracht. Een voorbeeld van taakgerichte bekostiging is Hollands Kroon. De gemeente kiest met een open aanbesteding één instelling uit. Die instelling krijgt al het geld dat de gemeente aan jeugdzorg wil besteden en bepaalt zelf waar zij dit geld aan besteedt. Zij sluit contracten met onderaanbieders, zoals instellingen voor jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp, lichtverstandelijkegehandicaptenzorg. Het uitgangspunt achter deze keuze is dat de zorgaanbieder expert is en vanuit zijn expertise het beste kan kiezen hoe de zorg kan worden geleverd.

Het belangrijkste potentiële voordeel van dit model is volgens de VNG dat er zo meer ruimte kan ontstaan voor innovatie en samenwerking tussen professionals van verschillende instellingen. Wel ontstaat er een bepaalde mate van afhankelijkheid tussen de gemeente en de aanbieder. Wanneer de gemeente kiest voor een monopolist, en de samenwerking met deze aanbieder loopt moeizaam, kan dit nadelige gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. De gemeente staat in dit model op afstand maar blijft onverminderd eindverantwoordelijk. Daarom, aldus de VNG, zullen de organisatorische en juridische afspraken tussen gemeente en aanbieder helder moeten zijn.

Gemeenten moeten minder sturen op concurrentie en meer op samenwerking in integrale arrangementen

Inspanningsgerichte bekostiging

Bij inspanningsgerichte bekostiging betaalt de gemeente per uur of dag voor de gerealiseerde productie. Amsterdam wil het voor 2018 bijvoorbeeld op deze manier gaan doen. De gemeente maakt geen volumeafspraken, maar betaalt de instelling voor het aantal uren of dagen dat zorg is verleend op basis van afgesproken tarieven. Het idee is om de wijkteams het budget te laten beheren. De wijkteams hebben dan het mandaat over de doorverwijzing naar specialistische hulp. De gemeente monitort de



feitelijke realisatie, kosten en doorlooptijden van aanbieders en vergelijkt deze met de eigen productbeschrijvingen van die zorgaanbieders. Zo kan de gemeente vaststellen of zorgaanbieders hun afspraken nakomen. Op basis van deze informatie voert de gemeente inkoopgesprekken met aanbieders. Sturing gebeurt daarmee vooral achteraf op basis van informatie via de facturen en ervaringen van verwijzers en cliënten.

Het bekostigingsmodel heeft volgens de VNG verschillende voordelen. Cliënten die de zorg het hardst nodig hebben, krijgen die ook, doordat de financiële onaanvaardbaarheid van zware cliënten wordt weggenomen. Daarnaast worden aanbieders gestimuleerd om goede resultaten te boeken. Aanbieders die volgens het wijkteam en cliënten goede resultaten boeken, zullen immers meer werk krijgen. Ook is de financiering eenvoudiger doordat iedereen op dezelfde wijze factureert.

De VNG ziet ook nadelen. Aanbieders worden geprikkeld om hoger opgeleid en daarmee duurder personeel in te zetten. Dat kan de prijs opdrijven. Tevens kan deze financieringswijze ertoe leiden dat aanbieders meer zorg gaan leveren omdat er geen maximum wordt gesteld aan de duur van de behandeling. Wanneer de instroom daalt, zouden aanbieders geneigd kunnen zijn cliënten langer te behandelen dan strikt noodzakelijk is. Daarnaast is er een grote data-analyse nodig en is het de vraag of het wijkteam in staat is om het budget te beheersen.

Outputgerichte bekostiging

Bij outputgerichte bekostiging verstrekt de gemeente aan een aanbieder een vooraf vastgesteld bedrag per cliënt om een of meer resultaten te behalen. Een voorbeeld van outputgerichte bekostiging is de werkwijze van de regio West-Brabant-West (WBW). WBW werkt voor alle jeugdhulp met integrale tarieven. Jeugdzorgaanbieders worden afgerekend op resultaat. In het interview aan het einde van dit hoofdstuk wordt nader op deze financieringswijze ingegaan.

Veel kopzorgen over administratieve kosten

Voor welk financieringssysteem gemeenten ook kiezen, voor bestuurders in de jeugdzorg is het vooral belangrijk dat het een eind maakt aan de aan de geldverslindende administratie. Dat blijkt als aan een aantal van hen de vraag wordt voorgelegd hoe gemeenten met hun inkoopbeleid het beste kunnen sturen op een jeugdinstelling dat tegemoetkomt aan de doelstellingen van de transitie. Bertine Lahuis, bestuurder van jeugd-ggz-instelling Karakter, Jeroen van Oijen, bestuurder van Jeugdhulp Friesland, Sanne Verwaaijen, bestuurder van CONRISQ Groep en Marion van Binsbergen, directeur Heldringstichting, ze zijn het in één opzicht hartgrondig met elkaar eens: aan het huidige systeem waarin gemeenten elk een eigen financieringswijze hanteren, moet een eind worden gemaakt. Bertine Lahuis: 'Ik heb liever één model dat niet zo geweldig is, dan tien geweldige

modellen die allemaal verschillend zijn. Want dan moet ik tien verschillende administratieprocessen inrichten.’ Hun frustratie over de huidige financiering van de specialistische jeugdhulp zit diep. Vóór 2015 deden de aanbieders van jeugd- en opvoedhulp en jeugd-ggz zaken met twaalf provincies en/of enkele zorgverzekeraars. JeugdzorgPlus werd gefinancierd door het ministerie van VWS. VWS bepaalde het aantal plaatsen en bepaalde naar welke instelling voor JeugdzorgPlus een kind ging. Daarmee werden kwaliteit, rechtsgelijkheid en rechtspositie gewaarborgd voor een schaars specialisme dat onder gedwongen kader werd uitgevoerd. De bedoeling was dat het land opgesplitst zou worden in 41 regio’s waarbinnen de gemeenten de specialistische jeugdhulp gezamenlijk zouden inkopen. Voor de zeer specialistische jeugdhulp met een landelijke functie, zoals academische kinder- en jeugdpsychiatrie, klinieken voor eetstoornissen of loverboyslachtoffers kwam het Landelijk Transitiearrangement. Gemeenten zouden gezamenlijk, op basis van verevening, die hoog specialistische voorzieningen betalen. Voor JeugdzorgPlus was het de bedoeling dat er bovenregionaal zou worden samengewerkt in vijf regio’s. Deze bovenregionale samenwerking staat echter sterk onder druk.

Gemeenten haakten af

In een aantal regio’s, met name in West-Nederland en grootstedelijke gebieden,

verloopt die gezamenlijke inkoop goed. In andere regio’s, zoals in Oost-Nederland, niet. Marion van Binsbergen: ‘In Gelderland haakte al na een half jaar Rivierenland af. Andere gemeenten in Gelderland tekenden bovendien wel een raamcontract, maar nagenoeg alle afzonderlijke Gelderse gemeenten hebben daarnaast een eigen verbijzondering van dit raamcontract opgesteld, zodat wij nog met ruim vijftig Gelderse gemeenten aparte contracten hebben, elk met een looptijd van een jaar. De onderlinge verevening van het totale budget was een probleem voor veel gemeenten en de looptijd van betalingen is uitgelopen met maanden, tot langer dan een half jaar. Naast de Gelderse gemeenten hebben wij contracten met andere gemeenten in de regio’s Twente, IJsselland, Flevoland, Veluwe en ook in Zuid-Nederland. Al die contracten kennen eigen afspraken, verbijzonderingen en andere verantwoordings-eisen. De administratie die hierbij komt kijken is enorm. En dit circus draait ieder jaar opnieuw. De betalingen uit 2015 zijn in 2016 nog niet afgerond terwijl de contracteringsgesprekken voor 2017 al weer starten. En dat met honderden gemeenten die niet willen verevenen. Tot slot is er ook nog impliciet concurrentie ingevoerd, zonder dat dit goed geregeld is, zoals bijvoorbeeld met een Nederlandse Zorgautoriteit, wat in de zorg voor volwassenen wel heel gewoon is. Wij concurreren dus eigenlijk zonder dat er sprake is van gewone marktwerking of enige



ordentelijke marktstructurering.’

Lahuis: ‘In sommige regio’s kopen gemeenten de specialistische jeugdhulp wel gezamenlijk in, maar steeds meer gemeenten willen wel dat je aan hen individueel verantwoording aflegt. Ik moet aan tachtig tot negentig gemeenten verantwoording afleggen en die gemeenten hanteren allemaal verschillende verantwoordingseisen met eigen productcodes. Daar bovenop heb ik voor de zeer specialistische, academische functies uit het Landelijk Transitiearrangement nog eens met tweehonderd gemeenten te maken, waarmee ik aparte onderhandelingen moet voeren over de LA-tarieven. De onderhandelingen hierover lopen op een onjuiste wijze door elkaar.’

Ook gemeenten in Friesland kopen de specialistische hulp wel gezamenlijk in, maar, zegt Van Oijen, ‘er is geen onderlinge solidariteit. Elke gemeente moet zijn eigen broek ophouden. Kleine gemeenten kunnen dat niet. Neem Schiermonnikoog. Die krijgt van het Rijk zeven- tot negenduizend euro voor jeugdzorg. Als één kind JeugdzorgPlus nodig heeft, kost dat jaarlijks een ton. Dan kunnen ze hun boot wel verkopen!’

Woonplaatsenbeginsel

Jeugdhulp Friesland heeft contracten met negentig gemeenten, waarvan 66 buiten de regio. Die van buiten de regio zijn het gevolg van het woonplaatsenbeginsel. Van Oijen: ‘De ouders van een kind wonen bijvoorbeeld in Nijmegen, maar het kind verblijft bij zijn

Het zou interessant zijn om uit te rekenen hoeveel procent van het budget voor jeugdzorg opgaat aan administratie- en systeemkosten

oma in Friesland. Dan is de rekening voor pleegzorg voor Nijmegen. Ook al is duidelijk dat wij de pleegzorg gaan regelen, moeten we toch de volledige aanbestedingsprocedure volgen. En dan te bedenken dat deze doelgroep niet standvastig is, ouders en kinderen verhuizen nogal eens.’

De jeugdzorgaanbieders hebben voor al die extra administratieve handelingen extra mensen in dienst moeten nemen. Jeugdhulp Friesland vier tot vijf, CONRISQ negen tot tien en Karakter zeven. Van Binsbergen: ‘Het zou interessant zijn uit te rekenen hoeveel procent van het totale budget voor jeugdzorg opgaat aan administratie- en systeemkosten, van contracteren, administreren, registreren,

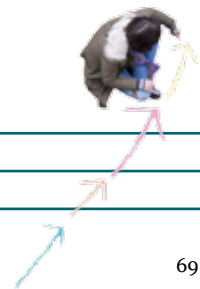
factureren en verantwoorden, met al die gemeenten met hun eigen productcodes en systemen. Dat zou wel eens een schrikbeeld kunnen geven. Miljoenen euro's die opgaan aan en in systemen in plaats van concrete zorg en behandeling.'

Onderlinge afspraken

Gemeenten moeten onderling betere afspraken maken, vinden de jeugdzorgbestuurders. Van Oijen: 'Sociaal Domein Friesland zoekt nu naar een nieuw inkoopmodel. Het model dat de regio West-Brabant-West gebruikt lijkt wel aantrekkelijk. Dit vermindert in ieder geval de administratieve lastendruk, zeker als meer gemeenten dit model ook overnemen. Het zou goed zijn als alle gemeenten met hetzelfde inkoopmodel zouden werken. Ik zou willen dat de rijksoverheid dit kon afdwingen. Maar dan tast je de autonomie van gemeenten aan. Het is te hopen dat de VNG hier een sturende rol in kan vervullen.'

Verwaaijen en Van Binsbergen van JeugdzorgPlus pleiten voor differentiatie in het financieringsstelsel. Outputfinanciering zoals West-Brabant-West dat doet en waarbij aanbieders worden afgerekend op hun resultaten, is volgens hen een prima systeem voor de gewone specialistische jeugdhulp die niet in het gedwongen kader plaatsvindt. (Overigens past West-Brabant-West outputfinanciering vooralsnog niet toe op JeugdzorgPlus. Dat wordt in ieder geval tot 2019 taakgericht bekostigd.) Van Binsbergen: 'Outputfinanciering kun je doen

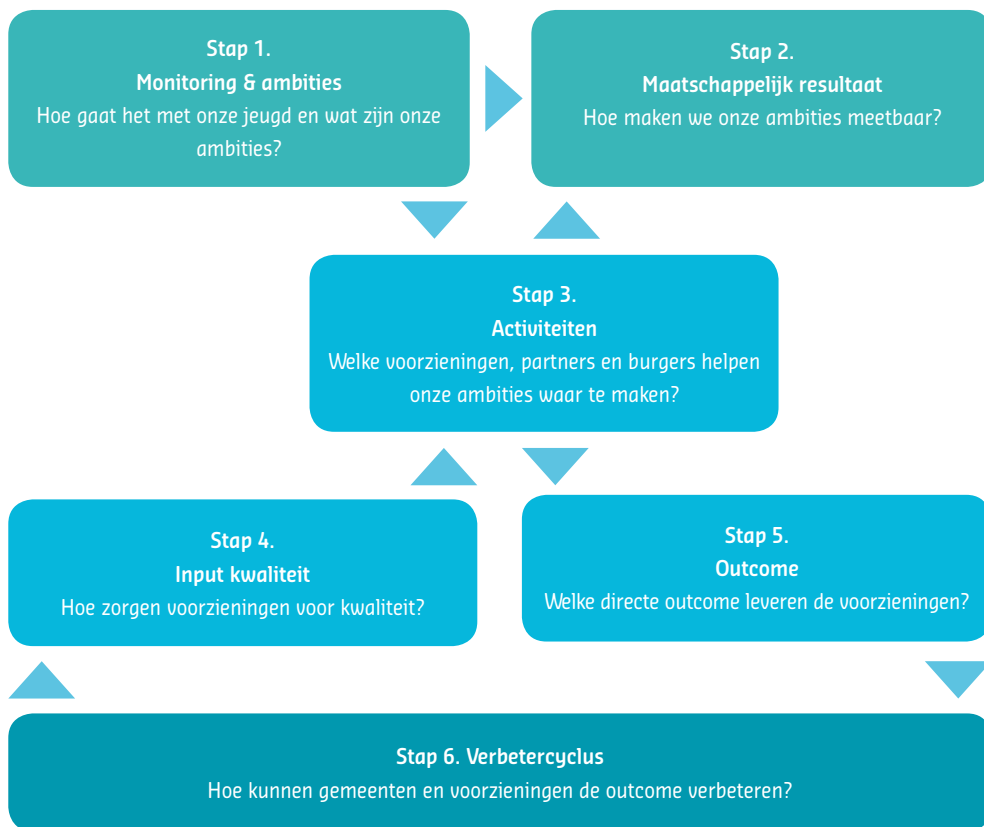
voor uitontwikkelde gestandaardiseerde hulpvormen. Die kun je met elkaar vergelijken. Maar aanbieders van JeugdzorgPlus moeten een vast budget krijgen. Ik vind het fout dat JeugdzorgPlus in een concurrentiepositie is geplaatst. Dit is geen vrijwillige zorg, kinderen worden hier geplaatst met een machtiging van de rechter. Die kinderen, of hun ouders, hebben geen keuze. En driekwart van onze kinderen hebben een groot scala van ernstige en ingewikkelde problemen die samenhangen met de situatie waarin ze leven. Je moet ze op vele gebieden tegelijkertijd behandelen. Doorgaans is alle andere hulp al ingezet, zonder het beoogde resultaat. Om dan aan het eind van zo'n lijn nog te vragen of het sneller en korter kan, is eigenlijk vreemd en ook onverantwoord als je dat vanuit die optiek bekijkt. Dan laat je bij zeer complexe gevallen de jeugdigen feitelijk in de kou staan. Gedwongen zorg is niet geschikt voor concurrentie, want de betreffende jeugdigen en hun ouders hebben geen enkele keus. Vraag en aanbod komen niet vrij tot stand. En dat is toch een minimale voorwaarde voor marktwerking. Bovendien moeten de aanbieders de plaatsen altijd kunnen garanderen omdat gemeenten leveringsplicht hebben als er een machtiging door de Kinderrechter wordt opgelegd. Er moet dus altijd plaats zijn voor behandeling binnen JeugdzorgPlus, zoals er ook een brandweer per regio klaar moet staan. Maar deze beschikbaarheid wordt niet gefinancierd.'



Motie van wantrouwen

Dat budgetfinanciering geen stimulans zou zijn voor beddenreductie en meer

ambulantisering van de zorg, verwerpen zij met klem. Verwaaijen: 'Hierin zitten twee foute vooronderstellingen. Ten eerste dat je



Model versterking jeugdstelsel

Hoe kan een gemeente alle onderdelen van het stelsel versterken, van de pedagogische basisvoorzieningen tot speciale scholen? Dat gaat niet vanzelf.

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft een model ontwikkeld dat gemeenten helpt om de gewenste resultaten op een systematische en effectieve manier te bereiken.

met geld dit soort zorg kan sturen. Dat is niet waar. De toegang tot JeugdzorgPlus wordt als enige objectief getoetst door de Kinderrechter en periodiek getoetst voor eventuele verlenging. Net zoals wij zal de Kinderrechter de beperkingen van de machtiging zo lang als nodig, maar zo kort als mogelijk houden. Ten tweede dat wij kinderen expres binnen zouden houden om maar meer geld te verdienen. Ik vind dat een motie van wantrouwen aan de sector. De sector stopt enorm veel energie in de ontwikkeling van ambulante hulpvormen en streeft naar normalisatie en optimale vrijheid binnen het gedwongen kader, dat zo kort als mogelijk wordt ingezet. De Heldringstichting is bijvoorbeeld als een van de eerste in Nederland begonnen met Multi Systeemtherapie, MST, een intensieve thuisbehandeling als alternatief voor gedwongen jeugdzorg om de terugkeer naar huis te bespoedigen. Maar van onze totale populatie is 15 procent daarvoor geschikt, de rest niet omdat de risico's in de thuissituatie gewoon te groot zijn. Bezuinigingen op de zeer specialistische jeugdzorg, zoals JeugdzorgPlus, moeten vooral gerealiseerd worden door meer deskundigheid in het voorveld te plaatsen. Wijkteams moeten ons kunnen consulteren zodat kinderen die risico lopen er zo snel mogelijk worden uitgehaald voor verdere behandeling. Door samen te werken met het voorveld kun je voorkomen dat de problematiek verergert en het uiteindelijk de samenleving veel meer geld gaat kosten. Als het voorveld beter is toegerust, kan daar tijdig de juiste interventie worden ingezet en zal dat uiteindelijk leiden tot een lagere instroom voor de gespecialiseerde zorg.'

❖ Bang voor zorgboer Piet

Als er geen goed systeem komt waarbij gemeenten gezamenlijk de gespecialiseerde jeugdhulp betalen, komt de kennisontwikkeling in gevaar, zegt Jeroen van Oijen. 'Ik ben bang voor zorgboer Piet. De wethouder in een kleine gemeente heeft een goede relatie met de boer die in zijn gemeente een zorgboerderij runt. Boer Piet zegt tegen hem: die complexe zorgvraag kan ik ook wel beantwoorden, voor heel wat minder geld. Dan houd ik mijn hart vast voor wat er dan gebeurt. Het beleid van Emmeloord bijvoorbeeld is om zo veel mogelijk lokaal te regelen en daarvoor afspraken te maken met nieuwe en nog niet erkende partijen, wat in mijn optiek ten koste gaat van bewezen kwaliteit. Er is zeker iets te zeggen voor zo lokaal mogelijk, maar dan is het tevens van belang te kijken op welke schaal je dat doet. Die lokale aanbieders hoeven momenteel niet aan de strenge kwaliteitseisen te voldoen zoals de grote aanbieders. Hoe wordt de kwaliteit dan gegarandeerd? Bovendien moet er geld gegenereerd worden voor kennisontwikkeling. De databank van het Nederlands Jeugdinstituut staat nog maar in de kinderschoenen. Om een kennisinstituut als het Nederlands Jeugdinstituut in de lucht te houden moet er extra geld zijn. Maar een wethouder van een kleine gemeente zegt: daar heb ik geen geld voor, ik kan mijn geld maar één keer uitgeven.'



Interview met Ruut van Andel, regio West-Brabant-West



‘Het risico is voor de aanbieder’

In het veld is veel belangstelling voor de wijze waarop de regio West-Brabant-West jeugdzorg inkoop. Dat gebeurt met integrale hulptrajecten en een minimum aan administratie. Regiomedewerker Ruut van Andel: ‘Dit systeem van outputfinanciering is eenvoudig en belooft aanbieders die samenwerken en het sociaal netwerk zo veel mogelijk inzetten.’

Ruut van Andel is ‘informatiemakelaar’ bij het Zorg Informatie en Inkoopteam, dat verantwoordelijk is voor de jeugdzorg in de negen gemeenten van West-Brabant-West. Zijn opdracht is ervoor te zorgen dat het per 1 januari 2016 ingevoerde nieuwe bekostigingssysteem in zijn regio goed loopt. Hij is intermediair tussen gemeenten en zorgaanbieders, beantwoordt hun vragen en lost knelpunten op. Gedreven en enthousiast vertelt hij hoe hun financieringssysteem integrale jeugdhulp zal stimuleren. Het systeem werkt als volgt. Wanneer een gezin kampt met opgroei- en opvoedingsproblemen meldt het zich bij de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp. Daar stelt een jeugdprofessional samen met het gezin de zorgvraag vast: welke problemen zijn er en welke doelen zijn haalbaar om die problemen op te lossen of te stabiliseren. In overleg met het gezin wordt bekeken of het gezin, zo nodig met hulp van zijn sociaal netwerk, de doelen zelf kan

bereiken, dan wel geholpen kan worden met voorliggende gemeentelijke voorzieningen, dan wel door de jeugdprofessional die zelf ook ambulant opvoedondersteuner is. Als dit alles niet voldoende is en er gespecialiseerde hulp nodig is, kijken de jeugdprofessional en het gezin in welk van de negen cliëntprofielen de zorgvraag past (zie kader). Bij doorverwijzing naar specialistische hulp kiest het gezin samen met de jeugdprofessional een zorgaanbieder. Op de website van de regio is daarvoor een jeugdhulpcatalogus opgesteld. De zorgaanbieder houdt een intake met het gezin, voert zo nodig diagnostiek uit, kiest voor een van de vier mogelijke zorgzwaartes binnen het profiel, biedt een zorgarrangement aan en omschrijft de verwachte doelen die hij kan behalen. Het arrangement is een afspraak tussen zorgaanbieder en gemeente. De doelen in het arrangement samen met de doelen in het gezinsplan leiden tot het totale resultaat voor het gezin. Daarnaast maakt de

aanbieder een behandelplan voor de cliënt. Aan het zorgarrangement is een vast tarief gekoppeld. De zorgaanbieder kan onderdelen van het zorgarrangement uitbesteden aan een andere instelling – een jeugd-ggz-instelling die bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning inkoop bij een instelling voor jeugd- en opvoedhulp – maar de uitgekozen zorgaanbieder blijft de ‘hoofdaannemer’. Afhankelijk van het type zorg zal na afloop van het arrangement of na een jaar na de start worden besproken of de afgesproken doelen zijn behaald. Daarnaast zal de geleverde hulp worden getoetst op doelrealisatie, cliënttevredenheid en uitval. De scores per aanbieder zullen worden getoond op de regionale website.

Waarom heeft West-Brabant-West gekozen voor outputfinanciering?

‘Wij zijn overgegaan op outputfinanciering om zorgaanbieders de vrijheid te geven om in te zetten wat nodig is om vooraf afgesproken doelen te behalen, zonder beperkingen die indicaties en producten van zorgaanbieders met zich meebrengen. Het oude systeem was gebaseerd op inspanningsbekostiging. Zorgaanbieders declareerden een bepaald aantal uren bij de financier. Maar je weet niet wat het resultaat is van die inspanning. Gemeenten denken echter altijd in resultaten. Als we een weg laten aanleggen zeggen we niet tegen de wegebouwer: je gaat drie maanden zand leggen, twee maanden storten, een week

Schema cliëntprofielen

De negen cliëntprofielen van de regio West-Brabant-West:

1. Jeugdigen met psychosociale problemen en problematische relatie tussen ouders
2. Jeugdigen met ontwikkelings- en gedragsproblemen en ouders met behoefte aan opvoedingsondersteuning
3. Jeugdigen met ouders met een ziekte of beperking
4. Jeugdigen met ontwikkelings-, gedrags- en/of psychiatrische problemen met ouders met psychische of psychiatrische problemen
5. Jeugdigen met ontwikkelings- en gedragsproblemen door kindfactoren (psychiatrisch en/of somatisch)
6. Jeugdigen met ontwikkelings-, gedrags- en psychiatrische problemen binnen multiprobleemgezinnen
7. Jeugdigen met een beneden normale intelligentie
8. Jeugdigen met ontwikkelings- en gedragsproblemen met een beneden normale intelligentie
9. Jeugdigen met een lichamelijke beperking (gehoor/zicht of somatisch) en/of niet aangeboren hersenletsel

Aan elk zorgprofiel zijn vier zorgzwaartes gekoppeld: acuut (bezweren crisis), intensief (stabiliseren/ontwikkelen), perspectief (beter worden/ontwikkeling) en duurzaam (consolideren).

In totaal zijn er 36 varianten mogelijk.



lijnen trekken. We weten helemaal niet wat daarvoor moet gebeuren, dat is het specialisme van de wegenbouwer. Zo vinden wij ook dat de zorgaanbieder zelf moet bepalen hoe hij de zorg levert, als die maar tot resultaat leidt. De professional heeft vervolgens de volledige vrijheid in hoe hij dat resultaat wil bereiken. We vertrouwen sterk op de kennis en kunde van de zorgaanbieder. Een ander probleem met het oude systeem was de bureaucratie. Wij willen dat de zorgaanbieder zo weinig mogelijk tijd kwijt is aan administratieve lasten. Dat bereiken we door alle vormen van specialistische hulp, zowel enkelvoudige als gecombineerde vormen, onder te brengen in negen zorgprofielen. Aan elk zorgprofiel zijn vier mogelijke zorgzwaartes gekoppeld, van kort, acuut en intensief tot duurzaam, lang en weinig intensief. Er zijn dus maar 36 verschillende tarieven. Ze zijn gebaseerd op een gemiddelde prijs voor de totale populatie van de zorgaanbieders. Voor sommige cliënten zal dit bedrag niet toereikend zijn, maar er zullen ook cliënten zijn waaraan de zorgaanbieder geld overhoudt. Zo willen wij de huidige financiële prikkel die stimuleert dat aanbieders kinderen lang in zorg houden opheffen. Een slimme hoofdaannemer kijkt waar hij goed in is, en het overige laat hij over aan andere zorgaanbieders die hier beter in zijn. Aanbieders zullen dus goed met elkaar moeten samenwerken om ervoor te zorgen dat integrale hulp tot resultaten leidt. De zorgaanbieder zal ook zijn best doen om de eigen kracht en het sociaal netwerk

te versterken, want ook dat levert hem winst op. Nog een voordeel is dat er in een structuur met hoofd- en onderaannemers nooit onduidelijkheid kan zijn over wie de regie voert over het gezin. Bij cliënten die tijdelijk hulp nodig hebben, betalen we bij aanvang de helft van het tarief en bij afsluiting de laatste helft. Het gaat ons er hierbij niet om aanbieders af te rekenen op het resultaat, maar om samen het gesprek te kunnen voeren over eventuele vervolgstappen die nodig zijn na de arrangementen. Dit geldt niet voor spoedeisende hulp – daarvoor stellen we direct het volledige bedrag ter beschikking – en ook niet voor cliënten die langdurig zorg nodig hebben. Die tarieven betalen we elke vier weken uit. Daarnaast hebben we nog de mogelijkheid om voor cliënten met een zeer complexe zorgvraag ook hogere tarieven toe te kennen. Die worden afgesproken met een beperkt aantal zorgaanbieders.’

Wie waren betrokken bij de ontwikkeling van dit financierings-systeem?

‘De aanbieders en de cliëntenorganisatie van ouders van kinderen in de jeugdzorg zijn er nauw bij betrokken geweest. We zijn in 2012 gestart. Zo’n honderd mensen – leidinggevend en professionals van de zorgaanbieders, cliënten, beleidsmedewerkers van gemeenten – zaten twee dagen bij elkaar in een klooster in Ossendrecht en daar hebben we vrij gefilosofeerd over wat het ideale jeugdzorgsysteem zou zijn. Daar kwamen ook de

knelpunten van het oude systeem naar boven: administratieve lasten, moeilijk schakelen tussen verschillende zorgvormen. Ouders vonden het niet transparant: hoe moesten zij kiezen tussen de tweehonderd zorgaanbieders in de regio? Op basis van wat er dat weekend naar voren kwam, hebben we een visie geschreven, die in 2013 door de negen gemeenteraden werd aangenomen. Daarna zijn we samen met de zorgaanbieders die visie steeds verder gaan uitwerken.'

Hoe kwamen de cliëntprofielen tot stand?

'Dat hebben we aan een aantal grote zorgaanbieders – instellingen voor jeugd- en opvoedhulp, voor lvb-jeugd- en jeugd-ggz-instellingen – en een aantal kleine zorgaanbieders overgelaten. Begin 2014 zeiden we tegen hen: voor de 9.500 kinderen in de jeugdzorg hebben jullie honderden producten. Zorgen jullie er nu voor dat de zorgvragen van die kinderen gegroepeerd worden in een beperkt aantal profielen. Het Nederlands Jeugdinstituut en het provinciaal bureau PON Brabant hadden daarvoor al voorzetten gemaakt. Die vormden de inspiratiebron. Als stimulans hebben wij hun de volledige omzet van 2012 – waar de Rijksinkomsten van 2015 op gebaseerd waren – minus de Rijkskorting van 4 procent toegezegd. Wanneer de aanbieders niet gezamenlijk tot een nieuw systeem zouden komen, zou het budget maximaal 80 procent kunnen zijn. Aanvankelijk kwamen de zorgaanbieders met

zestig profielen, na aanscherping werden het er veertien en na een verfijning nog negen voor 2016 en verder. Daarnaast hebben de zorgaanbieders in 2015 een zorgzwaarte-indeling aangebracht van vier intensiteiten per profiel. In 2015 hebben we nog op de oude wijze gefinancierd, maar de doorverwijzing vond al plaats op basis van de profielen. Om dat te kunnen, hadden we wel onze toegang rigoureus aangepast.'

In welke zin?

'Outputfinanciering bouw je op in stappen. De eerste stap is dat gemeenten binnen een bepaalde regio gaan samenwerken. Je moet bouwen aan hun onderlinge relatie. De tweede stap is samen met cliënten en aanbieders een visie te schrijven. De derde stap is het op orde brengen van de toegang. De verwijzing naar de specialistische jeugdhulp moest plaatsvinden onafhankelijk van de aanbieders. Daarom zijn er geen medewerkers van de aanbieders gedetacheerd aan de toegang. Er is een onafhankelijke stichting SPRING opgericht die toegangsmedewerkers – jeugdprofessionals – levert. Die zijn hbo-plus opgeleid. Ze komen uit de jeugd-lvb, de jeugd-ggz, opvoedhulp, maar ook uit de welzijnssector. Bij aanvang had SPRING 75 mensen in dienst, inmiddels zijn dat er 120. Gemeenten kopen deze medewerkers in. Afhankelijk van hoe gemeenten de toegang hebben georganiseerd, werken de jeugdprofessionals in sociale wijkteams, Centra voor Jeugd en Gezin of bij het gemeentelijk toegangsloket. Veel



vormen van ambulante opvoedondersteuning bieden ze zelf, maar ze zijn opgeleid om een goede inschatting te kunnen maken van de zorgvraag en mogelijkheden binnen het gezin en het netwerk. Investeren in die expertise is essentieel, anders krijg je nooit een goed systeem van outputfinanciering van de grond. De vierde stap is het uniformeren van de declaratiesystemen. Verordeningen, privacy-protocollen en formulieren voor gezinsplannen moeten in alle gemeenten hetzelfde zijn. Anders kun je de resultaten niet meten. Resultaatmeting is de laatste stap die nodig is voor prestatiebekostiging.’

Hoe worden de resultaten gemeten?

‘Op cliëntniveau vragen wij de ouders of de doelen zijn behaald. Bij doelrealisatie kijken we naar het maatschappelijk resultaat. Gaat een kind weer naar school? Zijn ouders die in een vechtscheiding liggen in staat een omgangsregeling te treffen? Is er duurzame opvang geregeld? De jeugdprofessional toetst samen met het gezin of die resultaten zijn behaald. Daarnaast gaan wij een meting organiseren bij zorgaanbieders volgens de landelijk afgesproken set van outcomecriteria. Of de doelen van de behandeling zijn behaald meten de aanbieders zelf. In de ggz en jeugd- en opvoedhulp gebruiken ze daarvoor ROM (Routine Outcome Monitoring) en in de jeugd-ivb gebruiken ze de GAS-systematiek (Goal Attainment Scaling). Behandelplannen en de individuele resultaten zien wij niet. De gemeente ziet

alleen resultaten op geaggregeerd niveau, voor alle cliënten bij elkaar binnen een profiel-intensiteit-combinatie. We gaan er wel een onafhankelijke partij tussenzetten die de gegevens anoniem naar boven haalt en kijkt of die scores kloppen. Al die resultaten bij elkaar komen op onze website te staan. Cliënten kunnen dan zelf zien welke zorgaanbieders goed scoren.’

Wat vinden de zorgaanbieders ervan dat hun resultaten op een website komen?

‘Sommige vinden het spannend. Een aantal staat te popelen, ze verwachten zichzelf zo te kunnen bewijzen. Maar er zijn ook aanbieders die er moeite mee hebben, zij vinden dat resultaten zo niet met elkaar te vergelijken zijn. De Radboud Universiteit heeft de aanloop begeleid. We hadden er in 2017 mee willen beginnen, maar door landelijke ontwikkelingen loopt het wat uit. We zullen zien hoe het uitpakt.’

Hoe financieren jullie bovenregionale voorzieningen?

‘80 tot 90 procent van de jeugdzorgcliënten past binnen de reguliere tarieven die wij hebben gesteld per profiel. Voor de overige cliënten, die complexere zorg nodig hebben zoals residentiële zorg, gelden hogere tarieven. Die worden in overleg met een aantal zorgaanbieders afgesproken. We betalen ook deze zorg uit per cliënt. Door per cliënt te betalen, proberen we deze instellingen

te stimuleren om meer ambulante hulp in te zetten en de opnametijd te verkorten. De budgetten zouden echter ook voldoende moeten zijn om lange residentiële trajecten waar nodig te kunnen financieren.’

Verliezen de gemeenten niet hun grip op de jeugdzorg door alle verantwoordelijkheid voor de specialistische jeugdhulp bij één hoofdaanbieder te leggen?

‘De regio vertrouwt sterk op de kennis en kunde van zorgaanbieders en geeft hun de vrijheid om concrete doelen te behalen. Daarnaast: wat is grip? Het Rijk heeft slechts beperkt grip gehad op de zorg, en gemeenten zullen dat ook niet krijgen door vanuit beheersing en controle jeugdzorg proberen te sturen. Het enige wat gemeenten willen is adequate jeugdhulp binnen een bepaald budget. Dat bereiken we vooral door het inhoudelijke gesprek met elkaar te voeren. Wij bouwen deels een zelfsturend systeem. Met kwaliteitsmeting kunnen ouders kiezen voor de beste zorgaanbieder. Maar wij ondersteunen en begeleiden de zorgaanbieders wel. Zo organiseren we regelmatig kennisbijeenkomsten, bijvoorbeeld over hoe je doelen formuleert in het gezinsplan. Wij blijven met elkaar in gesprek, de aanbieders blijven ook meeschrijven aan de verdere ontwikkeling van het systeem.’

Door per cliënt te betalen, proberen we instellingen te stimuleren om meer ambulante hulp in te zetten en de opnametijd te verkorten





Epiloog

Na de zoektocht om voor Kenneth een goede behandelplek te vinden, zijn er twintig jaar verstreken. In al die jaren zijn er diverse pogingen ondernomen om de hulp voor kinderen zoals hij te verbeteren, met als voorlopig sluitstuk de transitie van alle jeugdzorg naar gemeenten in 2015. Het is de bedoeling dat met de transitie ook de inhoud van de jeugdhulp verandert: meer preventie, meer gebruikmaken van de eigen kracht en die van de omgeving van het kind met problemen, meer samenhang in de hulp aan kinderen en gezinnen met complexe problemen en toewerken naar een situatie waarin het hele gezin kan deelnemen aan de samenleving. Om die transformatie te doen slagen, is er een goed geëquipeerde eerste lijn nodig. Een eerste lijn die in staat is om eenvoudigere problemen zelf op te lossen én in staat is om te bepalen of er specialistische hulp nodig is. Aanbieders van specialistische jeugdhulp hebben hierin een belangrijke taak. Zij moeten de eerste lijn voorzien van kennis en makkelijk en snel te raadplegen zijn voor overleg. Vervolgens, als specialistische hulp nodig is, moeten zij die hulp zo effectief mogelijk geven. En als er verschillende vormen van hulp nodig zijn, moeten ze die in samenhang bieden, met als uitgangspunt: één gezin, één plan, één regisseur.

Met de laatste stelselwijziging in 2015 is er veel in beweging gekomen, meer dan bij voorgaande wijzigingen van het jeugdzorgstelsel. De gescheiden financieringsstromen zijn beëindigd, de schotten tussen de verschillende soorten jeugdhulp zijn doorbroken. In een aantal regio's zijn partijen goed met elkaar in gesprek over de inhoud van de jeugdhulp en werken regio's, gemeenten en aanbieders samen aan de doelstellingen van de transitie. Maar we zijn er nog lang niet. Alle gemeenten krijgen nu de kans om hun verantwoordelijkheid voor goede jeugdzorg waar te maken. Dat kunnen ze echter niet alleen. Een succesvolle transformatie vraagt om een nauwe samenwerking tussen alle betrokken partijen: burgers, cliënten, bestuurders en professionals, gemeenten en instellingen, opleidingen, kennis- en onderzoeksinstellingen. Onder het motto: transformeren doe je samen, doelgericht, met kennis en beleid en al doende lerend.



Bronnen

Centraal Bureau voor de Statistiek, *Jeugdhulp 1e halfjaar 2016*. Den Haag: CBS, 2016.

Expertgroep van de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ), *Passende zorg en behandeling voor jeugdigen*. Expertgroep BGZJ, 2017.

Kousemaker, N.P.J. & Timmers-Huigens, D., Pedagogische hulpverlening in de eerste lijn. 'Primaire ambulante jeugdhulpverlening' in pedagogisch perspectief. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1995, XXIV, p. 549-565.

Lange, M. de & Verheijden, E., *Zo sluiten basiszorg en specialistische jeugdhulp naadloos op elkaar aan. Tips van gemeenten, professionals en cliënten*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2017.

Samenwerkend Toezicht Jeugd, *Leren van calamiteiten*. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2013.

Samenwerkend Toezicht Jeugd / Toezicht Sociaal Domein, *Leren van calamiteiten 2. Veiligheid van kinderen in kwetsbare gezinnen*. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd / Toezicht Sociaal Domein, 2016.

Smit, M. & Visscher, I., *Collectief opdrachtgeverschap voor transformatie specialistische jeugdhulp. Advies kwartiermaker zorglandschap*. Den Haag: VNG, 2016.

Transitiecommissie Sociaal Domein, *Vijfde rapportage TSD: Transformatie in het Sociaal Domein. De praktijk aan de macht*. Den Haag: Transitiecommissie Sociaal Domein, 2016.

VNG, *Eindresultaat van de Werkgroep integrale bekostiging jeugd*. Den Haag: VNG, 2016.

Vriesema, I., 'Een beetje hulp, tot het te laat is'. *NRC Handelsblad*, 23 juli 2016.

Werkgroep zorglandschap, *Ruimte voor jeugdhulp*. Notitie. Z.pl.: 2015.

Zijden, Q. van der & Diephuis, K., *Handreiking integrale zorg. Samenwerken rond jeugd met meervoudige problematiek en hun gezin*. Amersfoort, Utrecht: GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, Landelijk Expertise Centrum Speciaal Onderwijs (LECSO), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC LVG), 2012.



©2017 Nederlands Jeugdinstituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteur

Maria van Rooijen

Deze publicatie is een initiatief van het Nederlands Jeugdinstituut, met medewerking van: Cécile Chênevert, Wim Gorissen, Rutger Hageraats en Joanka Prakken.

Reeks

De handen ineen voor specialistische jeugdhulp is het vijfde deel in de reeks *Samen om het kind*.

Eerdere delen in deze reeks:

1. *Een sterke basis*
2. *In de wijk*
3. *Op school, thuis en in de wijk*
4. *De nieuwe jeugdbescherming*

Fotografie

Sprangers Fotografie

Vormgeving

Punt Grafisch Ontwerp

ISBN

978-90-8830-256-5

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

T (030) 230 63 44

E info@nji.nl



Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten bestuurlijk en financieel verantwoordelijk voor het integrale lokale jeugdbeleid. De daarmee samenhangende transformatie van het jeugdstelsel is echter nog volop in ontwikkeling. Gemeenten en instellingen hebben vernieuwingen in gang gezet die moeten resulteren in (kosten)effectievere jeugdhulp waarvan ouders, kinderen en jongeren de vruchten plukken.

Met de serie publicaties *Samen om het kind* geeft het Nederlands Jeugdinstituut een impressie van de wijze waarop de transformatie van het jeugdstelsel in de praktijk vorm krijgt. In dit vijfde deel uit de serie wordt zichtbaar hoe gemeenten en instellingen invulling geven aan specialistische jeugdhulp. Hoe sluiten zij aan bij de transformatiedoelstellingen om ook deze hulp dicht bij huis, zo gewoon, zo kort en zo integraal mogelijk te bieden?

De publicatie *De handen ineen voor specialistische jeugdhulp* is een momentopname van een werkveld in beweging, en is bedoeld voor professionals, beleidsmedewerkers en bestuurders van gemeenten en organisaties in de jeugdsector. U vindt er inspirerende voorbeelden in, en aanzetten om van elkaar te leren en de transformatie samen verder te brengen. Een succesvolle transformatie vraagt immers om een nauwe samenwerking tussen alle betrokken partijen: burgers, cliënten, bestuurders en professionals, gemeenten en instellingen, opleidingen, kennis- en onderzoeksinstellingen. Onder het motto: transformeren doe je samen, doelgericht, met kennis en beleid en al doende lerend.