

Rapportage Herhaald Nader Onderzoek Toegang Jeugdhulp

*Lokale inkleuring landelijke beleidsinformatie jeugdhulp
- eerste half jaar 2016-*

Hoogmade, 14 april 2017
Sophie Hospers
Quirien van der Zijden



Inhoud

1. Onderzoeksopzet.....	3
1.1 Inleiding	3
1.2 Doelstelling.....	3
1.3 Onderzoeksvragen.....	3
1.4 Onderzoeksaanpak	4
2. Samenvatting en conclusies	5
3. Bevindingen	8
3.1 De vier deelnemende gemeenten.....	8
3.2 Niet beïnvloedbare factoren	9
3.3 Vrij toegankelijke jeugdhulp.....	10
3.4 Bereikbaarheid en beschikbaarheid	11
3.5 Borging van deskundigheid	11
3.6 Toegang via de huisarts.....	12
3.7 Leerervaringen	14
Geraadpleegde bronnen	17
Met dank aan	17
Bijlage 1: Gemeente A	18
Bijlage 2: Gemeente B	24
Bijlage 3: Gemeente C	28
Bijlage 4: Gemeente D.....	33
Bijlage 5: Cijfers 4 gemeenten vergeleken	40
Bijlage 6: Interviewvragen.....	42



1. Onderzoeksopzet

1.1 Inleiding

Vanaf 1 januari 2015 zijn alle jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen verplicht gegevens bij het CBS aan te leveren. Tweemaal per jaar worden deze gegevens gepubliceerd over het voorafgaande half jaar. Op basis van deze gegevens wordt periodiek nader onderzoek uitgevoerd op de toegang van de jeugdhulp en andere aspecten die opvallen in de gepubliceerde cijfers.

Mede op verzoek van de Tweede Kamer is anderhalf jaar na het eerste onderzoek, een *Herhaald Nader Onderzoek Toegang Jeugdhulp* uitgevoerd. Hoofdoel is te leren van de verschillende organisaties van de toegang tot Jeugdhulp en de ontwikkeling daarvan in de tijd.

Het onderzoek maakt onderdeel uit van het, in het kader van de beleidsinformatie jeugdhulp ontwikkelde, drietrapsmodel:

- Eerste trap is een benchmark die zicht geeft op het gebruik van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering op landelijk en gemeentelijk niveau, gebaseerd op gegevens uit de landelijke dataset;
- Tweede trap is verdiepend nader onderzoek naar opvallende verschillen tussen gemeenten en de achtergrond daarvan;
- Derde trap is leren van de inzichten uit onder andere het nader onderzoek en waar nodig het bijstellen/wijzigen van het beleid (en de uitvoering).

Dit nader onderzoek is uitgevoerd bij vier gemeenten, vier andere dan de gemeenten die in 2015 zijn onderzocht op de inrichting van hun toegang tot jeugdhulp.

1.2 Doelstelling

Met het *Herhaald Nader Onderzoek Toegang Jeugdhulp* wordt gezocht naar verklaringen voor verschillen tussen gemeenten in gebruik van jeugdhulp in de eerste helft van 2016. Met als doel:

- Leren van de verschillende organisaties van de toegang jeugd en de ontwikkeling daarvan in de tijd.
- Antwoord op vragen van Tweede Kamer over verschillen in verwijzing naar gespecialiseerde zorg tussen gemeenten.

Het onderzoek is een aanvulling op andere trajecten die de afgelopen jaren zijn ingezet zijn aangaande de inrichting van de toegang. De toegevoegde waarde ligt in het perspectief: de toegang wordt onderzocht in relatie tot de CBS-cijfers over jeugdhulpgebruik.

1.3 Onderzoeksvragen

De ministeries van VWS en V&J willen met het nader onderzoek antwoord op de onderstaande vragen:

In hoeverre zijn verschillen in jeugdhulpgebruik te verklaren uit:

- a. Niet-beïnvloedbare factoren zoals bevolkingssamenstelling, sociaal economische omstandigheden en case mix jeugdhulp.
- b. De organisatie en inrichting van de toegang tot de jeugdhulp:
 1. Welke rol speelt de inzet van vrij toegankelijke jeugdhulp in de gemeentelijke toegang?
 2. Hoe is de bereikbaarheid en beschikbaarheid in situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken is geboden?
 3. Is verschillend jeugdhulpgebruik te verklaren uit verschillende borging van deskundigheid in de toegang?



4. In welke mate beïnvloedt de organisatie van de toegang het verwijsgedrag van deskundigen als bijvoorbeeld huisartsen?
5. Is de organisatie van de toegang aangepast na eerste ervaringen?

1.4 Onderzoeksaanpak

Analysekader

Het nader onderzoek in de tweede trap van het beleidsinformatiemodel heeft een vaste methode: de methodiek van de verschillenanalyse. Kern van de methodiek is om te komen tot een selectie van een aantal gemeenten die tegen de verwachtingen in van elkaar verschillen, dan wel tegen de verwachting in niet van elkaar verschillen.

Selectie gemeenten

Voor dit onderzoek zijn vier gelijksoortige, *gemiddelde* gemeenten geselecteerd die de toegang verschillend hebben georganiseerd. De vier gemeenten laten verschillen zien in cijfers met betrekking tot jeugdhulpgebruik en verwijpercentages (CBS, eerste helft 2016).

Beantwoording onderzoeksvragen

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn drie onderzoeksmethoden gehanteerd:

1. Demografische en socio-economische gegevens verzamelen en analyseren.
Daarbij is aangesloten op, en gebruik gemaakt van de systematiek en beschikbare cijfers van Sociaal Cultureel Planbureau, Cebeon en CBS.
2. Aan de vier gemeenten is gevraagd documentatie aan te leveren. Die is geanalyseerd in relatie tot de benchmarkcijfers.
De documentatie had betrekking op:
 - a. De organisatie en inrichting van hun toegang tot de jeugdhulp.
 - b. Eerste verklarende toelichting van de gemeente op opvallende zaken in de cijfers van CBS (inclusief de vraag in hoeverre de wijze van registratie van invloed is). Met zo mogelijk een inkijkje in de trend die de gemeente gedurende de tweede helft van 2016 heeft waargenomen.
3. Gestructureerde interviews met de vier deelnemende gemeenten.
Met de vier gemeenten, plus vertegenwoordigers van wijkteams en huisartsen zijn semigestructureerde interviews gehouden op basis van vooraf toegezonden vragen. De vragen waren een concretisering van de onderzoeksvragen, en zijn als bijlage opgenomen. De interviews zijn uitgewerkt en ter revisie aan de respondenten voorgelegd.

Rapportage

Alle verzamelde informatie is vervolgens geïntegreerd in voorliggende onderzoeksrapportage. Deze rapportage bevat:

- Een beschrijving van de toegang van de 4 deelnemende gemeenten.
- Een analyse van de meest opvallende onderlinge verschillen in het benchmark.
- De beantwoording van de onderzoeksvragen in het licht van de verschillen in de benchmark en de wijze van inrichting van de toegang.



2. Samenvatting en conclusies

Voor dit herhaald nader onderzoek toegang jeugdhulp zijn vier min of meer “gemiddelde” gemeenten geselecteerd: gemeenten met een gemiddeld inwoneraantal (tussen de 35.000 en 50.000) en een gemiddelde score op de demografische en sociaaleconomische factoren uit het verdeelmodel. De vier gemeenten verschillen onderling in het percentage jongeren dat jeugdhulp gebruikt en het percentage verwijzingen vanuit huisartsen (CBS, eerste half jaar 2016).

Tijdens de selectie van “gemiddelde” gemeenten werd duidelijk dat de groep gemeenten die gemiddeld scoren op de factoren uit het verdeelmodel eveneens ook rond het gemiddelde scoren op jeugdhulpgebruik. Een bevestiging dat de factoren uit het verdeel model (percentage inwoners onder de 18, eenoudergezinnen, armoede, psychische gezondheid, uitkeringssituatie en zelf oplossend vermogen door hoger dan gemiddeld inkomen) de belangrijkste voorspellers zijn voor het gebruik van jeugdhulp. Het betekent dat deze factoren bij onderzoek naar verschillen in jeugdhulpgebruik altijd verdisconteerd moeten worden.

Beantwoording onderzoeksvragen

Deze rapportage is gebaseerd op onderzoek binnen vier gemeenten. Het gaat hier niet om een representatieve landelijke steekproef, de rapportage dient vanuit dat perspectief gelezen en geïnterpreteerd te worden. Het onderzoek levert inzicht op in lokale verschillen in de organisatie van de toegang tot jeugdhulp. Maar ook inzicht in ontwikkelingen die voor deze vier gemeenten onderling (en wellicht breder) vergelijkbaar en herkenbaar zijn.

De wijze waarop de vier onderzochte gemeenten de toegang tot jeugdhulp hebben georganiseerd verschilt. Bijvoorbeeld wat betreft de positionering ervan: binnen de gemeentelijke organisatie (gemeente A en gemeente B), als onderdeel van het CJG (gemeente C), en een apart wijkteam voor jeugd en gezin (gemeente D).

In gemeenten A, C, en D is vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar. De professionals die de toegang verzorgen bieden zelf ook lichte tot middelzware vormen van jeugdhulp. Uit het onderzoek blijkt geen eenduidig verband tussen de inzet van vrij toegankelijke jeugdhulp en hoog of laag jeugdhulpgebruik.

Mogelijk is er wel een verband tussen het bieden van vrij toegankelijke jeugdhulp in de toegang en een hoger percentage verwijzingen vanuit die toegang (en naar verhouding dus minder via de andere verwijzers). In gemeente B wordt vanuit de toegang geen vrij toegankelijke hulp geboden en ligt het percentage verwijzingen via de gemeentelijke toegang 10 tot 20% lager dan bij de andere drie gemeenten. De rechtstreekse verwijzingen via de huisarts naar de (specialistische) jeugdhulp zijn in die gemeente juist het hoogst (62%).

De deskundigheid van de medewerkers toegang ligt in de vier vergeleken gemeenten op een vergelijkbaar niveau. Allen zijn minimaal hbo geschoold met meerdere jaren werkervaring in de jeugdhulp. Zij kunnen op verschillende manieren een beroep doen op de expertise van gedragswetenschappers en andere specifieke deskundigen.

De vier gemeenten verschillen onderling in het percentage jongeren dat jeugdhulp gebruikt en ze verschillen ook op het percentage verwijzingen vanuit huisartsen. Uit dit onderzoek blijkt echter geen verband tussen een hoog percentage verwijzingen via de huisartsen en een hoog percentage jongeren in jeugdhulp.

Wel zou er een verband kunnen zijn tussen het beschikbaar zijn van vrij toegankelijke jeugdhulp en een lager percentage rechtstreekse verwijzingen naar jeugdhulp (veelal ggz) via de huisarts. Mogelijk



zijn huisartsen eerder geneigd om naar een wijkteam te verwijzen als ze weten dat daar ook jeugdhulp geboden kan worden.

De vier onderzochte gemeenten investeren ieder op eigen wijze in de samenwerking tussen de toegang en huisartsen: in gemeente A zijn medewerkers van de gemeentelijke toegang als POH-er dagdelen werkzaam in de huisartsenpraktijken, gemeente C werkt met vaste koppels jeugdverpleegkundige/ jeugdprofessional per praktijk, in gemeente D is de jeugdarts verbindingsofficier. Gemeente B is net gestart met een pilot waarbij een psycholoog spreekuur gaat houden in de huisartsenpraktijken. Het doel hiervan is dat dit bijdraagt aan een bredere uitvraag, waardoor in een eerder stadium de best passende hulp kan worden ingezet.

Ontwikkelpunten en signalen

Monitoring en sturing

De monitoring en sturing is in de vier gemeenten volop in ontwikkeling. Beschikbare cijfers blijken niet altijd inzichtelijk of compleet, maar ook lastig te duiden. Daarbij hebben de vier gemeenten minder beïnvloedingsmogelijkheden dan zij zouden wensen. Zowel in het sturen op eigen kracht en netwerk, als in het beheersen van verwijsstromen en de inzet van jeugdhulp. Gemeenten maken zich zorgen omdat het jeugdhulp gebruik minder snel afneemt dan de beschikbare middelen vanuit het Rijk.

Complexe problematiek en 1Gezin1Plan1Regisseur

Het werken in de toegang (of dat nu een wijkteams is, het CJG of binnen de gemeente zelf) blijkt meer te vragen dan tevoren was ingeschat. In verschillende gemeenten is het team uitgebreid. Met name complexe scheidingen en situaties waarin zorgen zijn om de veiligheid van kinderen kosten de professionals veel tijd. De geïnterviewde professionals geven aan dat jeugdhulpaanbieders de inhoudelijke casusregie in dergelijke zaken vaak niet oppakken. Gemeenten geven aan dat met jeugdhulpaanbieders wel (contractuele) afspraken zijn gemaakt over hun rol als casusregisseur. Het realiseren van de voor deze gezinnen noodzakelijke gedeelde verantwoordelijkheid, zoals bedoeld bij het werken volgens de principes van 1Gezin1Plan, lijkt in de praktijk moeilijk te realiseren.

Gemeente, huisarts en ggz

De vier onderzochte gemeenten ervaren spanning in de samenwerking met huisartsen en de jeugd-ggz. Er wordt op diverse manieren geïnvesteerd op verbetering van de samenwerking tussen toegang en huisartsen. Daar zijn positieve ontwikkelingen zichtbaar, maar dat heeft nog onvoldoende geleid tot een afname van de instroom in de jeugd-ggz. In dit onderzoek ontstaat het beeld dat huisartsen vaak gewoontegetrouw verwijzen naar de jeugd-ggz, ook wanneer er meer speelt in een gezin dan alleen de kind problematiek. Ook geven huisartsen het signaal dat scholen ouders naar hen verwijzen met de vraag om een diagnose en medicatie voor ADD/ADHD. Hoewel huisartsen daar af en toe vraagtekens bij hebben, vermoeden dat er ook andere vragen onder liggen, voelen ze zich dan genoodzaakt een verwijzing voor de ggz af te geven.

Daar waar de samenwerking tussen gemeente, wijkteam en huisartsenpraktijk goed van de grond is gekomen zijn huisartsen positief. De huiver over de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de ggz zorg is daar omgeslagen in waardering. Waardering voor de gedeelde verantwoordelijkheid voor jeugd, de brede blik van het wijkteam en meer zicht op het brede aanbod.



Versterk samenwerking wijkteams en huisartsen

Het lijkt er op dat drie interventies een positieve invloed hebben op de samenwerking tussen wijkteams en huisartsen. Waarbij het doel is dat kinderen en gezinnen met een bredere hulpvraag in een eerder stadium een passend integraal antwoord krijgen:

- *Een vaste verbindingsofficier vanuit het wijkteam die (als POH-jeugd) spreekuur houdt in de huisartsenpraktijk.* Daarmee wordt de zorg voor jeugd meer samen gedeeld. Ook kan in een vroeg stadium met een brede blik gekeken worden naar zowel de hulpvraag als de mogelijke antwoorden daarop.
- *Dezelfde vaste verbindingsofficier ook als zichtbare contactpersoon op de basisscholen in diezelfde wijk.* Zodat ouders niet door school naar de huisarts worden verwezen maar met een brede blik naar de hulpvraag, en de mogelijke antwoorden, wordt gekeken.
- *Het bieden van vrij toegankelijke jeugdhulp vanuit de toegang.* Als deze verbindingsofficier, en collega's uit het wijkteam, zelf lichte jeugdhulp kunnen bieden lijken huisartsen eerder geneigd hen in te schakelen. Indien er geen jeugdhulp wordt geboden betekent de stap van huisarts naar het wijkteam namelijk een extra schakel voor ouders en kinderen.

Tot slot

Dit is een herhaald onderzoek naar de toegang jeugdhulp. In 2015 onderzochten wij vier andere gemeenten. Belangrijk verschil is dat de decentralisatie destijds net had plaatsgevonden. Mede door de verplichte zorgcontinuïteit en het feit dat de wijkteams net waren gestart was de invloed van het oude systeem nog sterk. Ook nu is er nog volop beweging en ontwikkeling te zien maar beginnen gemeenten meer zicht te krijgen en tendensen te ontwaren. Het zou interessant zijn om over een jaar of twee nogmaals een dergelijk onderzoek naar de toegang te herhalen. Wellicht in de acht gemeenten die in de eerste twee onderzoeken hebben meegedaan.

In dit onderzoek signaleerden we een mogelijk verband tussen het bieden van jeugdhulp binnen wijkteams en een lager percentage rechtstreekse verwijzingen naar (specialistische) jeugdhulp door de huisarts. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of dit verband ook zichtbaar wordt als deze analyse wordt uitgevoerd op de landelijke cijfers zoals CBS die ter beschikking heeft.



3. Bevindingen

3.1 De vier deelnemende gemeenten

Voor het onderzoek hebben we vier min of meer “gemiddelde” gemeenten geselecteerd: gemeenten met een gemiddeld inwoneraantal (tussen de 35.000 en 50.000) en een gemiddelde score op de demografische en sociaaleconomische factoren uit het verdeelmodel.

De vier gemeenten verschillen onderling in het percentage jongeren dat jeugdhulp gebruikt en het percentage verwijzingen vanuit huisartsen (CBS, eerste half jaar 2016).

	Huisartsen gemiddeld tot hoog percentage verwijzingen	Huisartsen laag percentage verwijzingen
Laag gebruik jeugdhulp	Gemeente B *6,5% **62%	Gemeente A *6,5% **27%
Hoog gebruik jeugdhulp	Gemeente C *10,1% **42 %	Gemeente D *10,6% **23%

*Jeugdhulpgebruik eerste helft 2016, in % van het aantal jongeren (Landelijk gemiddeld 8,2%)

** Verwijzing door huisarts als percentage van instroom jeugdhulp eerste helft 2016 (landelijk gemiddeld 43%)

Ook de wijze waarop zij de toegang tot jeugdhulp hebben georganiseerd verschilt. Bijvoorbeeld wat betreft de positionering daarvan: binnen de gemeentelijke organisatie (gemeente A en gemeente B), als onderdeel van het CJG (gemeente C), en een apart wijkteam voor jeugd en gezin (gemeente D). De uitgebreide beschrijvingen van de organisatie van de toegang tot jeugdhulp zijn opgenomen in de bijlagen 1 tot en met 4¹.

Gemeente A heeft professionals in dienst die werken in wijknetwerkstructuren. Deze structuren zijn over de drie domeinen (jeugd, WMO en participatie) gelijkvormig ingericht. Op de vindplaatsen voor jeugd (bij huisartsen, scholen, kinderdagverblijven) doen de daar werkende professionals zelf de eerste vraagverheldering. Wanneer er jeugdhulp, en eventueel een verwijzing naar specialistische zorg nodig is, kan een professional van de gemeente worden ingeschakeld. Er wordt een rondetafelgesprek georganiseerd en een plan opgesteld. De professional van de gemeente doet de procesregie, de uitvoerder van de hulp doet de casusregie. Bij jeugd kan de jeugdprofessional ook zelf lichte hulp bieden.

Gemeente B heeft consultants in dienst die beschikkingen kunnen afgeven en als procesregisseurs verantwoordelijk zijn voor de bewaking van en regie op de voortgang van de jeugdhulp aan individuele gezinnen. Waar nodig hebben zij doorzettingsmacht. De inhoudelijke casusregie is de verantwoordelijkheid van professionals in de keten. De consultants bieden zelf geen jeugdhulp.

In **gemeente C** maakt de toegang onderdeel uit van het CJG. Jeugdprofessionals, jeugdgezondheidszorg en onderwijs werken daarbinnen nauw samen. Waar mogelijk bieden de jeugdprofessionals zelf lichte en middelzware ondersteuning. De jeugdprofessional maakt samen met het gezin een gezinsplan. Het is mogelijk om op basis daarvan zonder een beschikking specialistische jeugdhulp in te zetten.

Gemeente D heeft de toegang tot de jeugdhulp belegd bij een wijkteam jeugd. Medewerkers zijn in

¹In de onderzochte gemeenten worden verschillende benamingen gebruikt voor de teams, of de medewerkers die de gemeentelijke toegang tot de jeugdhulp voor hun rekening nemen. Voor de leesbaarheid en om de anonimiteit te waarborgen gebruiken we niet de door de gemeenten gebruikte, originele, benaming. In plaats daarvan hanteren we de termen ‘wijkteam’, ‘jeugdprofessional’ en ‘consulent’, ook wanneer dit (misschien) de lading van de lokale manier van organiseren niet helemaal dekt.



dienst is van een welzijnsorganisatie. Het team doet vraagverheldering, zorgregie en levert zelf lichte hulp. Het schakelt waar nodig specialistische hulp in en houdt zicht op de veiligheid in een gezin. Binnen de eigen organisatie wordt nauw samengewerkt met volwassenenzorg.

3.2 Niet beïnvloedbare factoren

In hoeverre zijn verschillen in jeugdhulpgebruik te verklaren uit niet-beïnvloedbare factoren zoals bevolkingssamenstelling, sociaaleconomische omstandigheden en case mix jeugdhulp

De onderzoeksvraag naar bevolkingssamenstelling en sociaaleconomische omstandigheden maakt vast onderdeel uit van het analysekader beleidsinformatie jeugdhulp. In dit nader onderzoek zijn vier gemeenten geselecteerd die op dit punt geen grote afwijkingen vertonen ten opzichte van elkaar en de landelijke gemiddelden. Bij de interpretatie van opvallende zaken in hun cijfers hoefde met dergelijke factoren dan ook geen rekening te worden gehouden.

We hebben ons gebaseerd op de wegingsfactoren uit het verdeelmodel jeugdhulp en de bijbehorende cijfers, die door het ministerie van VWS zijn gebruikt als basis voor de budgetverdeling. De selectie van de gemeenten kende drie stappen:

1. Selecteren van gemeenten met een gemiddelde omvang (tussen de 35.000 tot 50.000 inwoners).
2. Selecteren van gemeenten die min of meer gemiddeld scoren op de wegingsfactoren uit het verdeel model.
3. Selecteren van gemeenten die opvallen wat betreft jeugdhulpgebruik en percentage verwijzingen via de huisartsen.

Wat opviel bij stap 3: we hebben uit deze groep gemiddelde gemeenten de vier gemeenten geselecteerd die de grootste afwijking in jeugdhulp gebruik lieten zien ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Maar eigenlijk zijn deze afwijkingen beperkt: gemeenten die min of meer gemiddeld scoren op de wegingsfactoren uit het verdeelmodel scoren allen ook min of meer gemiddeld op het jeugdhulp gebruik. Daarmee lijkt bevestigd dat de factoren uit het verdeel model (percentage inwoners onder de 18, eenoudergezinnen, armoede, psychische gezondheid, uitkeringssituatie en zelf oplossend vermogen door hoger dan gemiddeld inkomen) de belangrijkste voorspellers zijn van het gebruik van jeugdhulp.

Het betekent ook dat deze factoren bij onderzoek naar verschillen in jeugdhulpgebruik altijd verdisconteerd moeten worden.



3.3 Vrij toegankelijke jeugdhulp

In hoeverre zijn verschillen in jeugdhulpgebruik te verklaren uit de inzet van vrij toegankelijke jeugdhulp in de gemeentelijke toegang?

In gemeenten A², C, en D is vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar. De professionals die de toegang verzorgen bieden zelf ook lichte tot middelzware vormen van jeugdhulp. Uit onderstaande matrix blijkt geen eenduidig verband tussen de inzet van vrij toegankelijke jeugdhulp en hoog of laag jeugdhulp gebruik.

	Vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar	Geen vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar
Laag gebruik jeugdhulp	Gemeente A *6,5% **??%	Gemeente B *6,5% **0%
Hoog gebruik jeugdhulp	Gemeente C *10,1% **14 % Gemeente D *10,6% **28%	

*Jeugdhulpgebruik eerste helft 2016: in % van het aantal jongeren (Landelijk gemiddeld 8,2%)

** Trajecten uitgevoerd door wijk- of buurtteam, als percentage van alle jeugdhulptrajecten zonder verblijf (Landelijk gemiddeld 8%)

Mogelijk is er wel een verband tussen het bieden van vrij toegankelijke jeugdhulp in de toegang en een hoger percentage verwijzingen vanuit die toegang. In gemeente B wordt vanuit de toegang geen vrij toegankelijke hulp geboden en ligt het percentage verwijzingen via de gemeentelijke toegang 10 tot 20% lager dan bij de andere drie gemeenten. De verwijzingen via de huisarts zijn in die gemeente juist het hoogst (62%).

	Vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar	Geen vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar
Hoog % verwijzingen via gemeentelijke toegang	Gemeente A *6,5% **40% Gemeente C *10,1% **32 % Gemeente D *10,6% **31%	
Gemiddeld % verwijzingen via gemeentelijke toegang		Gemeente B *6,5% **21%

*Jeugdhulpgebruik eerste helft 2016: in % van het aantal jongeren (Landelijk gemiddeld 8,2%)

** Verwijzingen via de gemeentelijke toegang, als percentage van instroom eerste helft 2016 (landelijk gemiddeld 24%)

² Het percentage jeugdhulptrajecten dat in gemeente A wordt uitgevoerd door medewerkers van de toegang staat in de CBS-cijfers op nul terwijl wel lichte hulp geboden wordt. Deze gegevens zijn door de betreffende gemeente niet aangeleverd bij CBS.



3.4 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

Hoe is de bereikbaarheid en beschikbaarheid in situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken is geboden?

De vier gemeenten hebben de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de toegang tot jeugdhulp buiten de kantooruren allemaal net iets anders belegd:

- In gemeente A heeft het inrichten van de bereikbaarheid buiten kantoortijden nogal wat voeten in de aarde gehad. De samenwerking met Veilig Thuis verliep niet naar wens. Twee jaar na de transitie is er nu een crisisdienst. Tijdens kantoortijden zijn de jeugdprofessionals het eerste aanspreekpunt bij crisis.
- In gemeente B komen de Veilig Thuis meldingen en crisismeldingen binnen bij de consultants. Buiten kantooruren wordt de bereikbaarheid bij spoed verzorgd door jeugdhulpaanbieders in de regio.
- Het CJG is in gemeente C tijdens kantooruren bereikbaar. De telefoon wordt opgenomen door een jeugdprofessional om direct zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn. Voor spoedeisende zaken buiten kantoortijd kan het nummer van Spoedeisende zorg van bureau jeugdzorg gebeld worden.
- In gemeente D is het wijkteam tijdens kantooruren bereikbaar voor crisis. Daarbuiten zijn er twee crisisdiensten actief, vanuit de J&O hulp en vanuit de GGZ. Dat levert regelmatig de discussie op of het al dan niet om GGZ-problematiek gaat. Er ligt daarom een opdracht tot het ontwerpen van een integrale crisisdienst voor jeugd.

3.5 Borging van deskundigheid

Is verschillend jeugdhulpgebruik te verklaren uit verschillende borging van deskundigheid in de toegang?

De deskundigheid van de medewerkers toegang in de vier vergeleken gemeenten ligt op een vergelijkbaar niveau. Allen zijn minimaal hbo geschoold met meerdere jaren werkervaring in de jeugdhulp. Zij kunnen op verschillende manieren een beroep doen op de expertise van gedragswetenschappers en andere specifieke deskundigen:

- Gemeente A heeft hbo geschoolde en SKJ geregistreerde jeugdprofessionals, met ervaring binnen de jeugd en opvoedhulp, bureau jeugdzorg en Veilig Thuis in dienst. Er is een gedragsdeskundige toegevoegd aan het team, een interventieteam en collega's ten behoeve van zaken waar veiligheid in het geding is.
- De zes consultants van gemeente B zijn ook SKJ-geregistreerde hbo-ers, met ervaring in voormalig bureau jeugdzorg of bij andere jeugdhulpaanbieders, plus een gedragsdeskundige.
- De toegang in gemeente C wordt gevormd door een team van 11 jeugdprofessionals, 5 medewerkers jeugdgezondheidszorg en drie medewerkers leerlingenzorg. Zij worden aangestuurd door een CJG-coördinator die in dienst is van de gemeente. De jeugdprofessionals zijn in dienst van een jeugdhulpaanbieder die professionals levert voor de toegang van alle gemeenten in de regio. De jeugdprofessionals hebben een achtergrond als maatschappelijk werker, MEE consultant, of ervaring in de jeugdhulp (inclusief voormalig bureau jeugdzorg, de jeugd ggz en de lvb sector). Zij kunnen een beroep doen op een expertteam met psychologen, orthopedagogen en een psychiater.
- Gemeente D heeft het wijkteam ingericht met hbo-geschoolden, met werkervaring als maatschappelijk werkers, cliënt ondersteuners van MEE, voormalig BJZ-medewerkers, aangevuld met jeugd en opvoedhulp en GGZ-expertise. Er is een jeugdarts en jeugdverpleegkundige (voor beperkte uren) aan het team verbonden. Er zijn bij zorgaanbieders experts beschikbaar voor consultatievragen. Er is een regionaal casusoverleg ten behoeve van complexe casuïstiek.



3.6 Toegang via de huisarts

In welke mate beïnvloedt de organisatie van de toegang het verwijsgedrag van huisartsen?

De vier gemeenten verschillen onderling in het percentage jongeren dat jeugdhulp gebruikt en het percentage verwijzingen vanuit huisartsen. Uit onderstaande matrix blijkt dat er in deze vier gemeenten geen verband is aan te wijzen tussen een hoog percentage verwijzingen via de huisartsen en een hoog percentage jongeren in jeugdhulp.

	Huisartsen hoog percentage verwijzingen	Huisartsen gemiddeld tot laag percentage verwijzingen
Laag gebruik jeugdhulp	Gemeente B *6,5% **62%	Gemeente A *6,5% **27%
Hoog gebruik jeugdhulp		Gemeente C *10,1% **42 % Gemeente D *10,6% **23%

*Jeugdhulpgebruik eerste helft 2016, in % van het aantal jongeren (Landelijk gemiddeld 8,2%)

** Verwijzingen via de huisarts, als percentage van instroom in jeugdhulp eerste helft 2016 (landelijk gemiddeld 43%)

Wel zou er een verband kunnen zijn tussen het beschikbaar zijn van vrij toegankelijke jeugdhulp en een lager percentage verwijzingen naar jeugdhulp via de huisarts. Het zou kunnen zijn dat huisartsen eerder geneigd zijn om naar de gemeentelijke toegang te verwijzen als ze weten dat daar ook (lichte) jeugdhulp geboden kan worden.

	Huisartsen hoog percentage verwijzingen	Huisartsen laag tot gemiddeld percentage verwijzingen
Vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar		Gemeente A *?% **27% Gemeente C *14% **42 % Gemeente D *28% **23%
Geen vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar	Gemeente B *0% **62%	

*Trajecten uitgevoerd door wijk- of buurtteam, als percentage van alle jeugdhulptrajecten zonder verblijf (Landelijk gemiddeld 8%)

** Verwijzingen via de huisarts, als percentage van instroom in jeugdhulp eerste helft 2016 (landelijk gemiddeld 43%)

Ook de wijze waarop is geïnvesteerd in de samenwerking met huisartsen heeft effect op hun verwijsgedrag. Zo blijkt uit onderstaande beschrijvingen.

Gemeente A en D hebben een relatief laag percentage verwijzingen door huisartsen:

- Gemeente A heeft in samenspraak met de huisartsen de medewerkers van de toegang in de huisartsenpraktijken gestationeerd, voor een dagdeel per week, als POH-jeugd. Vragen betreffende jeugd(hulp) worden in eerste instantie door de jeugdprofessional van de gemeente opgepakt. Deze overleggen intensief met de huisartsen, en hebben indien nodig toegang tot het medisch dossier. Dezelfde medewerkers zijn aanspreekpunt op de scholen. Het gebeurt daardoor minder vaak dat een school ouders naar de huisarts “stuurt” voor een diagnose en medicatie (voor ADD/ADHD). Zo wordt in gezamenlijkheid de jeugdhulp vormgegeven.
- Gemeente D heeft afspraken gemaakt met huisartsen omtrent verwijzen. Met uitzondering van enkelvoudige GGZ-problematiek en urgente zaken, zouden huisartsen alle vragen betreffende jeugd naar het wijkteam verwijzen. Voorwaarde die hierin gesteld werd door huisartsen, was



voldoende (ook medische) deskundigheid in het team, en het werken zonder wachtlijsten. De jeugdarts is als verbindingsofficier tussen wijkteam en huisartsen, vanuit de gedachte 'artsen praten met artsen'. Hoewel de samenwerking goed verloopt, heeft dit voor de gemeente nog onvoldoende effect bewerkstelligd. Huisartsen hebben daarnaast behoefte aan betere afstemming op meer organisatorische zaken.

Gemeente C kent in vergelijking met de rest van het land een gemiddeld percentage verwijzingen via de huisarts:

- In gemeente C zijn aan de huisartsenpraktijken vaste koppels JGZ-verpleegkundigen en jeugdprofessionals verbonden. Er zijn enkele praktijken waarmee de samenwerking goed verloopt, in andere praktijken loopt dat veel minder goed. De gemeente geeft aan dat hier nog een wereld te winnen is. Het beeld is dat huisartsen snel doorverwijzen naar de aanbieders die zij al kenden. Zonder dat er met een brede blik naar kind en gezin gekeken is, zoals het jeugdteam dat wel doet. De gemeente staat nu voor de vraag hoe zij de samenwerking met de huisartsen kunnen versterken. Hoe krijgen we de meerwaarde (van de integrale blik) van het jeugdteam bij huisartsen voor het voetlicht? Het blijkt lastig om de huisartsen te bereiken: de koppels komen vaak niet verder dan de assistente. Op bijeenkomsten verschijnen huisartsen meestal niet in verband met tijdgebrek. De gemeente overweegt nu om een pilot te starten en een Praktijkondersteuner-jeugd ggz aan enkele praktijken te verbinden. In een naburige gemeente lijkt dit goed te werken en is het aantal verwijzingen naar de ggz afgenomen.

Gemeente B kent een relatief hoog percentage verwijzingen door huisartsen:

- Rond de transitie heeft gemeente B veel geïnvesteerd in de samenwerking met de huisartsen. In de praktijk blijkt echter dat de huisartsen meestal zelf rechtstreeks verwijzen in plaats van afstemming te zoeken met de consulenten. Huisartsen hebben weinig beeld van het voorliggende veld en verwijzen bij jeugdvragen naar de hun bekende ggz-aanbieders. Het gebruik van jeugd-ggz is groter dan beoogd. Sinds januari 2017 is daarom gestart met een pilot. De gemeente bekostigt een psycholoog (1fte) die 6 dagdelen per week op locaties van de huisartsen aanwezig is (ongeveer 12 praktijken met gemiddeld 2/3 huisartsen). Daarnaast is deze psycholoog aanwezig bij de casuïstiekbesprekingen van het jeugdteam en van de consulenten. De psycholoog is bij de meeste huisartsen welkom. Doordat deze pilot twee maanden geleden is opgestart is op dit moment niet duidelijk wat de effecten zijn. De gemeente hoopt met deze werkwijze de kosten voor ggz te beheersen.

Uit de interviews met gemeenten, jeugdprofessionals en huisartsen komt het volgende beeld naar voren:

De kracht van huisartsen zit in de continuïteit: ze kennen gezinnen vaak al langer en blijven in de verschillende levensfasen veelal betrokken. Daar staat tegenover dat huisartsen tijdens een consult omtrent een jeugdhulpvraag onvoldoende tijd hebben voor een brede uitvraag naar de actuele gezinsomstandigheden en het functioneren van het gezinssysteem. Ook geven zij aan maar beperkt zicht te hebben op het beschikbare jeugdhulpaanbod.

Bij gemeenten en medewerkers van de gemeentelijke toegang bestaat het beeld dat huisartsen snel verwijzen naar de hen bekende ggz-aanbieders. Daar blijkt dan regelmatig dat er meer aan de hand is en dat (ook) andere jeugdhulp gewenst is.

Daar waar de samenwerking tussen gemeente, wijkteam en huisartsenpraktijk goed van de grond is gekomen zijn huisartsen positief. De huiver over de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de ggz zorg is daar omgeslagen in waardering. Waardering voor de gedeelde verantwoordelijkheid voor jeugd en de brede blik van het wijkteam.



Conclusies

Er zou een verband kunnen zijn tussen het beschikbaar zijn van vrij toegankelijke jeugdhulp en een lager percentage verwijzingen naar jeugdhulp (veelal ggz) via de huisarts. Mogelijk zijn huisartsen eerder geneigd om naar een wijkteam te verwijzen als ze weten dat daar ook (lichte) jeugdhulp geboden kan worden.

De vier onderzochte gemeenten investeren ieder op eigen wijze in de samenwerking tussen toegang en huisartsen: in gemeente A zijn medewerkers van de gemeentelijke toegang als POH'er dagdelen werkzaam in de huisartsenpraktijken, gemeente C werkt met vaste koppels jeugdverpleegkundige/jeugdprofessional per praktijk, in gemeente D is de jeugdarts verbindingsofficier. Gemeente B is net gestart met een pilot waarbij een psycholoog spreekuur gaat houden in de huisartsenpraktijken. Het doel hiervan is dat dit bijdraagt aan een bredere uitvraag, waardoor in een eerder stadium de best passende hulp kan worden ingezet.

3.7 Leerervaringen

Is de organisatie van de toegang aangepast na eerste ervaringen?

De toegang binnen de vier gemeenten staat, maar is ook nog volop in ontwikkeling. Hieronder schetsen we de belangrijkste leer en ontwikkelpunten per gemeente. Vervolgens destilleren we daaruit de belangrijkste gemeenschappelijke thema's.

In gemeente A wordt actief gemonitord op vooraf benoemde indicatoren. De gemeente wil weten hoe tevreden de klanten zijn en hoeveel er terugkomen in andere vormen van hulp. Ook zijn er doelstellingen geformuleerd ten aanzien van de verschuiving van budgetten naar lichtere, meer preventieve vormen van hulp. Twee thema's vallen op:

- *Transformeren kost tijd en geld.* De verschuiving naar lichtere vormen van hulp is in gang gezet, en over de inrichting van de jeugdhulp in de gemeente zijn klanten, medewerkers en ketenpartners positief gestemd. Dit laat zich nog niet vertalen naar kleinere budgetten. Transformeren blijkt tijd (en geld) te kosten. Licht is ook niet altijd méér 'eigen kracht'. De inzet van vrijwilligers leidt niet altijd tot de gehoopte versterking van een gezin, omdat vrijwilligers soms de regie overnemen. Huisartsen denken eerder aan andere hulp dan ggz nu er een POH-jeugd beschikbaar is, die breed zicht heeft op de problematiek in een gezin en op de beschikbare vormen van jeugdhulp.
- *Lastig om zicht en grip te krijgen.* Cijfers zijn moeilijk te duiden. Door verschillende, en soms nog gebrekkige vormen van registratie, is het zicht op wat er nou daadwerkelijk gebeurt in de jeugdhulp nog te schimmig. Zo wordt het hoge percentage jeugdhulp met verblijf in de CBS-tabellen niet herkend en is dat ook niet te staven vanuit de praktijk. Daarnaast blijkt, meer dan vooraf ingeschat, de jeugdhulp de gemeente soms te 'overkomen' in de zin dat er weinig sturing mogelijk is. Mede door de ruime verwijsmogelijkheden die huisartsen en gecertificeerde instellingen hebben. Daarmee is het de belangrijkste opgave voor deze gemeente om beter zicht te krijgen op het domein van jeugdhulp.

Bij gemeente B springen drie thema's in het oog:

- *Toegang arbeidsintensiever dan gedacht.* Na de decentralisatie is gestart met twee consultants. In de eerste fase liepen de wachttijden voor de toegang op tot 10 weken. Het team is sindsdien uitgebreid naar zes consultants. Sinds een half jaar zijn er geen wachtlijsten meer. In de praktijk blijkt dat de helft van de vragen naar jeugdhulp rechtstreeks bij de gemeente worden gesteld en niet via het CJG lopen. Dit betekent veel meer werk voor de consultants dan in aanvang was ingeschat. Wanneer er geen advies vanuit de netwerkpartners van het CJG ligt voeren de consultants zelf de keukentafelgesprekken en doen zij de risicotaxaties.
- *Complexe problematiek:* in de praktijk blijkt ook dat de rol van casusregisseur te weinig wordt opgepakt door andere partijen. Noodgedwongen nemen de consultants deze rol daardoor ook



regelmatig op zich. Door deze verschuiving van taken ligt er meer uitvoering bij de gemeente dan was beoogd. De gemeente onderzoekt wat er voor nodig is om de uitgangspunten die zo goed werkten bij het CJG (de inwoner bepaalt waar hij z'n vraag stelt, netwerksamenwerking tussen professionals) weer steviger in de praktijk te krijgen.

- *De instroom in de ggz is hoger dan verwacht.* Sinds januari 2017 is daarom gestart met een pilot. De gemeente bekostigt een psycholoog op locaties van de huisartsen aanwezig is. Deze psycholoog is ook verbonden aan het CJG en de gemeentelijke toegang. De gemeente hoopt met deze werkwijze de kosten voor ggz te beheersen.

Bij gemeente C vallen twee thema's op:

- *Complexe casuïstiek:* het was de ambitie dat gecertificeerde instellingen een rol zouden gaan spelen in complexe zaken, ook wanneer er nog geen kinderschermingsmaatregel was. Dit laatste bleek in de praktijk niet te werken. Daarom zijn ook deze taken inmiddels ook bij het wijkteam belegd. Knelpunt is nu dat de jeugdprofessionals worden opgeslokt door zwaardere casuïstiek. Vaak casuïstiek waarbij sprake is van een complexe scheiding en/of waarbij de veiligheid van kinderen in het geding is. Het is daardoor niet altijd mogelijk om het spreekuur op de scholen vol te houden. Het vaste gezicht dreigt daarmee te verdwijnen, de drempel wordt hoger en er worden minder "kleine" vragen gesteld.
- *Verwijzingen door huisartsen naar ggz.* Op basis van een verwijzing van de huisarts gaan ouders zelf naar een jeugdhulpaanbieder, die maakt een arrangement en meldt dat bij het jeugdteam. Die zien deze verwijzingen dan voor het eerst en constateren daarbij regelmatig gemiste kansen. Het beeld is dat huisartsen snel doorverwijzen naar de aanbieders die zij al kenden. Zonder dat er met een brede blik naar kind en gezin gekeken is, zoals het jeugdteam dat wel doet. De gemeente staat nu voor de vraag hoe zij de samenwerking met de huisartsen kunnen versterken. Hoe krijgen we de meerwaarde (van de integrale blik) van het jeugdteam bij huisartsen voor het voetlicht?

In gemeente D vallen een aantal thema's op:

- *Opereren in een veranderende omgeving.* Vooraf bedachte routes bleken in de praktijk niet te werken en zijn aangepast op de wensen van werkers en zorgaanbieders. De gemeente heeft geleerd te opereren in een veranderende omgeving. De oorspronkelijk hoge ambities zijn niet losgelaten, maar omgevormd tot kleinere stappen.
- *Lastig om zicht en grip te krijgen:* De gemeente ervaart te weinig grip op de jeugdhulp, en zoekt naar wegen om die te versterken. De omvang en de opdracht van het wijkteam wordt heroverwogen nu het werken zonder wachtlijsten onder druk komt te staan. In zaken waar veiligheid een rol speelt (inclusief echtscheidingen), wordt meer dan verwacht een beroep gedaan op het wijkteam. De basisuitgangspunten van de inrichting van de toegang worden herzien, zoals de onderbrenging van het team bij een welzijnsorganisatie en de wijze van inkoop van de geïndiceerde zorg. Ook wordt er gezocht naar meer lokale vormen van inzet van de jeugdhulp. Inwoners vinden het niet fijn om voor algemene, preventieve voorzieningen en voor individuele hulp ver te moeten reizen. Ook voor de gemeente is de afstand tot zorgaanbieders te groot, waardoor er te weinig gestuurd kan worden op gewenste resultaten. Het gesprek gaat te veel over de instellingen en te weinig over de (gewenste omvorming van de) jeugdhulp.
- *De relatie tot de medische wereld* (huisartsen, jeugdartsen en ggz) is spanningsvol. Met de huisartsen is er goed contact, maar het grote aantal verwijzingen, met name naar de ggz (al dan niet op verzoek van school) blijft zorgen baren, ook al zijn het aantal verwijzingen lager dan het landelijk gemiddelde. Want bij aanvang had de gemeente erop ingezet om alle verwijsstromen via de gemeente te laten verlopen. Andersom kijken huisartsen kritisch naar wachttijden binnen het wijkteam.



Conclusies

De monitoring en sturing is volop in ontwikkeling. Beschikbare cijfers blijken niet altijd inzichtelijk of compleet, maar ook lastig te duiden. Ook hebben de vier gemeenten minder beïnvloedingsmogelijkheden dan zij zouden wensen. Zowel in het sturen op eigen kracht en netwerk, als in het beheersen van verwijsstromen en de inzet van jeugdhulp. Gemeenten maken zich zorgen dat het jeugdhulp gebruik minder snel afneemt dan de beschikbare middelen vanuit het Rijk.

Het werken in de toegang (of dat nu een wijkteams is, het CJG of binnen de gemeente zelf) blijkt meer te vragen dan tevoren was ingeschat. In verschillende gemeenten is het team uitgebreid. Met name complexe scheidingen en situaties waarin zorgen zijn om de veiligheid van kinderen kosten de professionals veel tijd. De geïnterviewde professionals geven aan dat jeugdhulpaanbieders de inhoudelijke casusregie in dergelijke zaken vaak niet oppakken. Gemeenten geven aan dat met jeugdhulpaanbieders wel (contractuele) afspraken zijn gemaakt over hun rol als casusregisseur. Het realiseren van de voor deze gezinnen noodzakelijke gedeelde verantwoordelijkheid, zoals bedoeld bij het werken volgens de principes van 1Gezin1Plan, lijkt in de praktijk moeilijk te realiseren.

De vier onderzochte gemeenten ervaren spanning in de samenwerking met huisartsen en de jeugd-ggz. Er wordt op diverse manieren geïnvesteerd op verbetering van de samenwerking tussen wijkteams en huisartsen. Daar zijn ook positieve ontwikkelingen zichtbaar maar dat heeft nog niet geleid tot een afname van de instroom in de jeugd-ggz. Het onderzoek lijkt het beeld te bevestigen dat huisartsen gewoontegetrouw verwijzen naar de jeugd-ggz, ook wanneer er meer speelt in een gezin dan alleen de kind problematiek.



Geraadpleegde bronnen

Cebeon (2014), Verdeelsystematiek middelen Jeugdhulp; Naar een objectieve verdeling van gemeentelijke budgetten.

Centraal bureau voor statistiek, CBS Statline: <http://statline.cbs.nl>

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016), Jeugdhulp 2015

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016), Jaarrapport landelijke jeugdmonitor 2016

Jeugdmonitor: jeugdhulpindicatoren

<http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-nl/indicatoren/jeugdhulpindicatoren/>

Partners in jeugdbeleid (2015), Nader onderzoek toegang jeugdhulp

Sociaal Cultureel Planbureau (2014), Kostenverschillen in de jeugdzorg; een verklaring van verschillen in kosten tussen gemeenten.

VWS (2014), Factsheet toegang jeugdhulp

VWS (2015), Informatieprotocol Beleidsinformatie jeugd 2016

In verband met de afgesproken anonimiteit ontbreken op deze lijst de beleidsplannen jeugdhulp en de diverse andere beleidsstukken van de vier onderzochte gemeenten

Met dank aan

Deze rapportage is geanonimiseerd. Dat gaf gemeenten, jeugdprofessionals en huisartsen de gelegenheid vrijuit te spreken. Helaas is het daardoor niet mogelijk hen op deze plek te noemen. Wij willen hen echter wel bedanken voor hun inzet:

De ambtenaren die tijd vrijmaakten om documentatie te verzamelen, interviews af te geven en de conceptrapportages van commentaar te voorzien. De professionals uit de wijkteams en huisartsen die deelnamen aan de interviews en daarin beschreven hoe de toeleiding tot jeugdhulp in hun dagelijkse praktijk eruitziet

Sophie Hospers
Quirien van der Zijden
Hoogmade, april 2017



Bijlage 1: Gemeente A

De reden om voor Gemeente A te kiezen is dat het aantal verwijzingen in de eerste helft van 2016 via de huisarts lager ligt dan gemiddeld (27 % van de verwijzingen, tegen 43% landelijk) terwijl het jeugdhulpgebruik iets lager ligt dan landelijk (6,5 % van het aantal jongeren, tegen 8,3 landelijk). Ook opvallend in de cijfers is het hoge percentage jeugdhulp met verblijf in 2016 (33,1 % tegen 12,4 % landelijk).

Daarnaast wekt de inrichting van de toegang zoals die tot uitdrukking komt in de bijzondere werkwijze in de gemeente, gelijkvormig ingericht op drie domeinen, de interesse.

Verwijzers (nieuwe instroom)

Bron: CBS 2017

	Nederland		Gemeente A	
	2015	2016 1 ^{ste} helft	2015	2016 1 ^{ste} helft
Gemeentelijke toegang	15%	24%	25%	40%
Huisarts	47%	43%	44%	27%
Jeugdarts	1%	2%	0%	0%
Gecertificeerde instelling	9%	9%	6%	8%
Medisch specialist	6%	7%	5%	4%
Geen verwijzer	11%	8%	6%	3%
Verwijzer onbekend	11%	7%	14%	16%

Jeugdhulp - Verblijf – Jeugdbescherming

Bron: CBS 2017

	Nederland			Gemeente A		
	1 ^{ste} helft 2015	2 ^{de} helft 2015	1 ^{ste} helft 2016	1 ^{ste} helft 2015	2 ^{de} helft 2015	1 ^{ste} helft 2016
Jongeren met jeugdhulp						
In % van alle jongeren tot 18 jaar	8,2	8,9	8,2	7,3	7,4	6,5
Jongeren met jeugdhulp met verblijf						
In % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar	12,1	11,5	12,4	15	15,3	33,1
Jongeren met jeugdbescherming						
In % van alle jongeren tot 18 jaar	1,1	1,1	1	1,3	1,2	1,3

Gemeentelijke toegang

In de eerste helft van 2016 was het aantal verwijzingen vanuit de gemeente 40% van het totaal. Dit ligt fors boven het landelijk gemiddelde. Ook is een duidelijke toename ten opzichte van 2015 te constateren.

Werkwijze

De integrale werkwijze is tot stand gekomen in samenwerking met alle partijen in het veld, zorg- en welzijnsorganisaties, cliëntenorganisaties, vrijwilligers, huisartsen en onderwijs, in aanloop naar de drie decentralisaties. De centrale visie in de drie domeinen is de gedachte dat je als inwoner logischerwijs op de goede plek terecht zou moeten kunnen komen met een vraag. De lessen met de inrichting van een CJG hebben daarbij geholpen, waarbij een fysiek inlooppunt niet bleek te werken. Gezien de geografische ligging en spreiding leent de gemeente zich voor een netwerkaanpak, waarbij wordt samengewerkt op basis van een casus, in plaats van in vaste teams.



Professionals op de vindplaatsen vragen uit wat er aan de hand is. Mocht blijken dat er meer nodig is, dan volgt een rondetafelgesprek met een jeugdprofessional van de gemeente erbij, waarin een zogenaamd routeplan wordt opgesteld.

De jeugdprofessional doet de procesregie, de uitvoerder van de hulp of ondersteuning doet de inhoudelijke casusregie.

De jeugdprofessionals werken in wijknetwerkstructuren, waarin met ketenpartners, zoals medewerkers vanuit zorg en welzijn, Samen Veilig en de politie wordt samengewerkt op casusniveau. Vaste gezichten, het kennen en gekend worden blijkt een succesfactor. In het levend houden van die structuren speelt de gemeente een actieve en faciliterende rol, bijvoorbeeld door gemeenschappelijke scholing.

Voor jeugd hebben de jeugdprofessionals een iets andere positie dan de andere werkers in het sociale domein. Zij bieden ook zelf lichte ondersteuning - tot ongeveer vijf gesprekken. Zij zijn aanspreekpunt voor het gezin en kunnen opschalen.

Voor de drie domeinen (jeugd, WMO en participatie) is er een *interventieteam* ingericht, dat elke week zorgmeldingen bespreekt. De (jeugd)professionals, politie, jeugdgezondheidszorg en Veilig Thuis nemen daar aan deel. Daarnaast kunnen de professionals jeugd gebruik maken van collega's met expertise op het gebied van veiligheid, die complexere casuïstiek doen en het mandaat hebben om naar de jeugdbeschermingstafel te gaan. In de praktijk vraagt de regie, ook inhoudelijk op casusniveau, het organiseren van 1G1P en het bewaken van de veiligheid, meer tijd en energie van de jeugdprofessionals dan vooraf was ingeschat. De samenwerking met de gecertificeerde instellingen ervaren zij als lastig.

Het inrichten van de bereikbaarheid buiten kantoortijden heeft nogal wat voeten in de aarde gehad. Twee jaar na de transitie is er inmiddels een crisisdienst. Tijdens kantoortijden zijn de jeugdprofessionals de eerste aanspreekpunten bij crisis.

Er is 16,58 fte beschikbaar voor de jeugdprofessionals, inclusief de daaraan gekoppelde gedragswetenschapper, administratieve ondersteuning en het interventieteam. Alle jeugdprofessionals hebben een hbo-opleiding, SPH, MWD of pedagogiek. Ze hebben werkervaring op het gebied van jeugd en opvoedhulp, bureau jeugdzorg, Veilig Thuis. De meesten zijn in dienst van de gemeente, een aantal zijn (nog) gedetacheerd. Er wordt intensief samengewerkt met de professionals WMO en participatiewet. Soms gaan de jeugdprofessionals samen op huisbezoek als de vraag domein overstijgend is.

Er werkt inmiddels ook een jeugdprofessional op het AZC in de gemeente.

Uitbreiding van de formatie wordt overwogen.

Onderwijs

In Gemeente A is al vanaf 2010 door jeugdhulp en onderwijs samen opgetrokken, wat heeft geresulteerd in diverse programma's binnen het onderwijs. Er wordt op die manier zwaar ingezet op het preventieve veld, waarbij de focus ligt op 'erger voorkomen', meer dan op 'zelf doen'.

Voordelen van de werkwijze

Als voordelen worden met name genoemd:

- Passende schaalgrootte, korte lijnen en tijdige signalering.
- Laagdrempeligheid van de voorzieningen.
- Zichtbaarheid van de hulp en ondersteuning voor ketenpartners.
- Gestructureerde werkwijze van alle betrokkenen.

De tevredenheid over het aanbod en de werkwijze is groot, onder zowel inwoners als aanbieders.

De goede vindbaarheid zorgt ook voor veel toestroom van klanten. Inmiddels kunnen de jeugdprofessionals de instroom bijna niet meer aan. En de keerzijde van het inzetten op vaste gezichten is dat er bij ziekte ook direct een gat wordt ervaren door huisartsen of onderwijs (ik wil graag 'mijn' jeugdprofessional).



Het gebruik maken van eigen kracht blijkt in de praktijk soms lastig. Vrijwilligersinzet leidt niet altijd tot de gehoopte versterking van een gezin, omdat vrijwilligers de regie soms overnemen. Voor de jeugdprofessionals is het een opgave in al deze verschillende krachtenvelden in balans te blijven.

Jeugdhulp met verblijf

De CBS-cijfers over de eerste helft van 2016 wat betreft jeugdhulp met verblijf laten een grote afwijking zien ten aanzien van het landelijk gemiddelde, namelijk 33%, omgerekend zou dat neerkomen op 228 jongeren met verblijf (in de eerste helft van 2016). Nadere analyse van de cijfers in de betreffende regio laten zien dat twee andere gemeenten daar ook extreem hoge cijfers jeugdhulp met verblijf laten zien.

Gemeenten in regio A

Jongeren met jeugdhulp in % van alle jongeren tot 18 jaar

Bron: CBS 2017

	Gemeente						NL
	x	A	x	x	x	x	
1e halfjaar 2015	8,6	7,3	8,6	6,2	3,8	8,1	8,2
2e halfjaar 2015	9,5	7,4	8,9	6,6	3,8	8,9	8,9
1e halfjaar 2016*	7,9	6,5	8,2	6,2	4	7,8	8,2

Jongeren met jeugdhulp met verblijf in % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar

1e halfjaar 2015	12,2	15	16,3	17,3	38,8	11,5	12,1
2e halfjaar 2015	12	15,3	16,9	15,1	39	12	11,5
1e halfjaar 2016*	17,8	33,1	15,2	17,3	37,9	25,8	12,4

Jongeren met jeugdbescherming in % van alle jongeren tot 18 jaar

1e halfjaar 2015	1	1,3	1,8	1,3	1,5	1,1	1,1
2e halfjaar 2015	1	1,2	1,8	1,1	1,4	1	1,1
1e halfjaar 2016*	1	1,3	1,6	1	1,4	0,8	1

Dit hoge percentage wordt noch door de projectleider jeugd, noch door de jeugdprofessionals, herkend. Mogelijk is er in Gemeente A een hoger percentage kortdurend verblijf, daar er maximaal wordt ingezet op het thuis laten wonen van de jongere. Om een volledige uithuisplaatsing te voorkomen wordt regelmatig weekendverblijf ingezet. Dit zou het percentage van 33% echter niet verklaren. In de gemeentelijke rapportage wordt een percentage van 1,3% residentieel verblijf in de eerste helft van 2016 genoemd, exclusief de GGZ.

De grote afwijking doet het vermoeden rijzen dat het om een manier van registreren gaat.

Andere cijfers

Niet alleen met betrekking tot jeugdhulp met verblijf roepen de cijfers vragen op. Vanuit verschillende invalshoeken gebeurt dit. Gemeentelijke cijfers over de jeugdhulp wijken af van hetgeen door jeugdhulpaanbieders in aangeleverd aan CBS. Het aanleveren van gegevens door zorgaanbieders was nog niet volledig op orde. Met name vanuit de GGZ ontbraken er cijfers. De gemeente meldt een jeugdhulpgebruik van ongeveer 10% in 2016, dus juist *hoger* dan het landelijk gemiddelde. De gemeente herkent wel het beeld dat relatief veel verwijzingen via de gemeente, en relatief weinig via de huisartsen gaan. Mogelijk komt dit ook doordat er relatief veel ggz zorg door de gemeente zelf wordt ingezet, zoals de jeugdprofessionals ggz op de scholen.

De cijfers met betrekking het percentage trajecten dat wordt uitgevoerd door wijk- of buurtteam komen niet overeen met de werkwijze in de gemeente. Er wordt (vrij toegankelijke) lichte jeugdhulp geboden door de jeugdprofessionals die in dienst zijn van de gemeente, terwijl dit percentage in de



CBS-tabel op nul staat. Blijkbaar wordt dit niet als zodanig geregistreerd door het team, of niet aangeleverd aan CBS.

Jeugdhulp zonder verblijf – % trajecten uitgevoerd door wijkteam

Bron: CBS 2017

30 juni 2015	NL	D
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	7%	0%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	93%	100%
 31 december 2015	 NL	 D
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	9%	0%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	91%	99%
 30 juni 2016*	 NL	 D
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	8%	0%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	92%	100%

Toegang via de huisartsen

In de eerste helft van 2016 was het percentage verwijzingen vanuit de huisarts 27%. Dit is veel lager dan het landelijk gemiddelde (43%) en een afname ten opzichte van 2015 ((44%).

Er zijn in Gemeente A vijf huisartsenpraktijken in de vijf 'wijken' die de gemeente telt (drie wijken en twee dorpen). Met hen is vanaf een vroeg stadium overleg gevoerd over de decentralisaties, en in 2014 is gestart met een pilot, POH-jeugd. Dat heeft geresulteerd in goede afspraken en samenwerking. In iedere huisartsenpraktijk in de gemeente werkt een jeugdprofessional jeugd vanuit de gemeente voor een dagdeel per week (de POH-jeugd). De assistente schat in of een vraag van een ouder of jeugdige het beste bij de huisarts of bij de POH-jeugd past. De POH-jeugd heeft toegang tot het cliënt dossier en kan daar ook rapportage aan toevoegen.

Over het algemeen zijn de ervaringen positief, al verschilt dat nog per praktijk. Niet alle huisartsen wensen dezelfde (intensieve) manier van samenwerking en terugkoppeling.

Huisartsen krijgen een beter inzicht in het jeugddomein (dat meer is dan de GGZ) en hebben, middels de brede uitvraag die de POH-jeugd kan doen, en het goede overleg, beter zicht op een gezinssysteem. Dat geeft ruimte voor de juiste zorg op de juiste plaats en op deze manier wordt er, zo meldt een huisarts, minder onnodige medische zorg ingezet. Omdat de POH-jeugd ook op de basisscholen als contactpersoon aanwezig zijn, wordt ook de route van school naar de huisarts ("ik ben door school gestuurd voor een verwijzing") anders. Eerst wordt er ook op en met school de uitvraag gedaan, en wordt er niet meer automatisch verwezen naar (met name) de GGZ. Dat resulteert in een lagere instroom daar. Van oudsher was er in Gemeente A een hoog GGZ-gebruik.

Voor jeugdprofessionals is de taak om zoveel mogelijk verwijzingen 'af te vangen' een lastige. De druk om de huisarts tevreden te stellen omdat die anders 'toch weer zelf gaat verwijzen', is hoog.

Er is een kloof overbrugd, we hebben echt elkaars taal moeten leren spreken. De samenwerking met de gemeente die nu is ontstaan heeft een positief effect dat breder is dan alleen jeugd. Ook in de aanpak van bijvoorbeeld chronisch zieken vinden we elkaar nu beter.
Huisarts



Gezinnen moeten soms wennen aan de nieuwe werkwijze waarbij er bij de start breed wordt uitgevraagd door de POH-jeugd. Niet iedereen is daar van geporteerd.

Huisartsen zijn positief over de werkwijze, waarbij de verantwoordelijkheid in de zorg voor de jeugd gedeeld wordt. Van tevoren bestond er huiver over de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de GGZ zorg, inmiddels is dat omgeslagen in waardering voor de inspanning van de gemeente. Dat heeft een effect dat verder reikt dan alleen jeugd.

Overige verwijzers naar jeugdhulp

In de eerste helft van 2016 deed de jeugdarts 0% van de verwijzingen, de GI 8% en de medisch specialist 4%.

De jeugdgezondheidszorg en de jeugdbescherming nemen geen deel aan de wijknetwerken, maar wel aan het interventieteam.

Gecertificeerde instellingen mogen, net als huisartsen, zelfstandig verwijzen en doen dat ook.

Gemeente A ervaart daarin een moeizame samenwerking, waarbij door de gecertificeerde instellingen weinig wordt overlegd en de gemeente zich geconfronteerd ziet met de 'meeste gekke' bepalingen. Veilig Thuis is bij een gecertificeerde instelling belegd, maar is lastig te bereiken.

Inkoop en sturing

Gemeente A heeft de jeugdhulp ondergebracht in drie categorieën:

- Eigen kracht
- Ondersteuning
- Hulp

Er wordt actief gestuurd op een beweging naar de 'voorkant'. De ambitie bestaat om alle ambulante zorg als 'ondersteuning' lokaal aan te bieden en het regionale aanbod en inkoop te beperken tot residentiële zorg en top specialistische zorg.

Inkoop en sturing regionaal

In de regio werken 6 gemeenten samen. De grootste gemeente beslaat ongeveer de helft van het totale budget. Voor een kleinere gemeente als Gemeente A betekent dit een lastige positie. Veel wordt door de grote gemeente bepaald.

Door de regio worden pakketten jeugdhulp ingekocht: JB/JR, GGZ, pleegzorg, JeugdZorg^{plus}, Veilig Thuis, en residentieel aanbod, deels middels subsidies en deels middels aanbesteding.

Het onderscheid tussen lokale en regionale inkoop en de verschillende afspraken is lastig. Het werken in 2 systemen kost veel tijd en geeft risico op fouten en onvoldoende inzicht in de uitputting regionaal.

Inkoop en sturing lokaal

De toegang wordt lokaal georganiseerd en gefinancierd. De kosten (van de formatie toegang) bedragen 8,75% van het totale budget jeugdhulp (waarvan 4,5% incidenteel voor 2017 en 2018). Dit is een taakgericht budget. Jeugdprofessionals verlenen ook kortdurende ondersteuning.

De overige vrij toegankelijke jeugdhulp (Eigen kracht) is ingekocht via bestuurlijke aanbesteding, en beslaat de kortdurende jeugdhulp (maximaal drie maanden). Dit is 5,77% van het jeugdhulpbudget. Daarnaast is er inzet op preventie vanuit reguliere gemeentelijke middelen en wordt het jeugdhulpbudget voor de overige vormen van preventie met ruim 20% opgeplust. Het wordt ingekocht op basis van formatie (populatie), trajecten (pxq) of uren (pxq).

De niet vrij toegankelijke hulp wordt ingekocht op basis van pxq op basis van bestuurlijke aanbesteding, zonder budgetplafond. Er ontstaan soms toch wachttijden als gevolg van beperkt aanbod. Met name bij residentiele jeugdhulp en GGZ zijn knelpunten ontstaan.



Voor nieuwe toetreders is het eenvoudig gemaakt om ook tussendoor in te stappen. De gemeenteambtenaar is gemandateerd om ook niet gecontracteerde zorg in te zetten indien nodig. Naast bestaande aanbieders zijn het in haar ogen ook nieuwe aanbieders geweest die voor verandering en kwaliteitsverbetering hebben gezorgd.

Er wordt ook met regionale aanbieders gestuurd op lokaal aanbod, in de zin van fysiek aanwezig zijn zodat inwoners niet verplicht ver hoeven reizen voor hulp.

De oorspronkelijke ambitie om alle lokale vormen van jeugdhulp zonder beschikking in te zetten is niet gerealiseerd, omdat er naast de wens om minder bureaucratisch te werken, ook een wens tot controle op de besteding van het budget bestond.

Monitoren

De effecten van de nieuwe manier van organiseren zijn niet op zo korte termijn inzichtelijk te maken. Er wordt in Gemeente A actief gemonitord. De gemeente wil weten hoe tevreden de klanten zijn, en hoeveel er terugkomen in andere vormen van hulp. Zo hoopt men de preventieve inzet ook in de cijfers terug te gaan zien (doelstelling is 85% van de jeugdhulp in vormen van ondersteuning).

Vooralsnog worden budgetten, met name die op ondersteuning, overschreden.

Er is meer inzicht ontstaan in de groep die bediend wordt, waarbij ook geconstateerd is dat de helft van de uitgaven de gemeente 'overkomen', in de zin dat er geen invloed op uit te oefenen is. De gedachte alles zelf te kunnen sturen moet worden losgelaten. Verwijzingen van huisartsen en gecertificeerde instellingen blijven bestaan. Gemeente A geeft aan meer invloed daarop te willen kunnen uitoefenen, maar zich gehinderd te voelen door de wetgeving hierin, waarin andere verwijzers dan de gemeentelijke toegang een ruim mandaat hebben gekregen.

In de praktijk wordt er van de jeugdprofessionals meer procesregie gevraagd dan van tevoren was ingeschat. Ze blijken, ook naar andere zorgaanbieders, toch stevig de leiding te moeten nemen. Het op de hoogte blijven van alle aanbod (circa 90 gecontracteerde partijen) en de afspraken die gemaakt zijn levert veel werk op.

Voor inwoners geeft het grote aanbod soms keuzestress. Voor hen is het onderscheid tussen aanbieders niet altijd inzichtelijk. Voor inwoners is de route via de huisarts in eerste instantie soms prettiger en sneller, omdat die niet zo breed uitvaart als een jeugdprofessional dat doet. Ook is er vanuit de inwoner soms achterdocht naar de gemeente ('wat weet je van mij').

Ook beperkende wetgeving ten aanzien van privacy wordt ervaren als een belemmerende factor. Als voorbeeld noemt de gemeente de onmogelijkheid om inzage te krijgen in leerplichtzaken.



Bijlage 2: Gemeente B

De reden om voor Gemeente B te kiezen is dat het aantal verwijzingen via de huisarts in de eerste helft van 2016 hoger ligt dan gemiddeld (62 % van de verwijzingen, tegen 43% landelijk) terwijl het jeugdhulpgebruik iets lager ligt dan landelijk (6,9% van het aantal jongeren, tegen 8,2 landelijk).

Verwijzers

Bron: CBS 2017

	Nederland		Gemeente B	
	2015	2016 1 ^{ste} helft	2015	2016 1 ^{ste} helft
Gemeentelijke toegang	15%	24%	13%	21%
Huisarts	47%	43%	66%	62%
Jeugdarts	1%	2%	0%	0%
Gecertificeerde instelling	9%	9%	3%	5%
Medisch specialist	6%	7%	3%	5%
Geen verwijzer	11%	8%	3%	0%
Verwijzer onbekend	11%	7%	11%	5%

Jeugdhulp - Verblijf – Jeugdbescherming

Bron: CBS 2017

	Nederland			Gemeente B		
	1 ^{ste} helft 2015	2 ^{de} helft 2015	1 ^{ste} helft 2016	1 ^{ste} helft 2015	2 ^{de} helft 2015	1 ^{ste} helft 2016
Jongeren met jeugdhulp						
In % van alle jongeren tot 18 jaar		8,2	8,9	7,2	8,1	6,9
Jongeren met jeugdhulp met verblijf						
In % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar		12,1	11,5	8,8	8,8	11,2
Jongeren met jeugdbescherming						
In % van alle jongeren tot 18 jaar		1,1	1,1	0,5	0,5	0,6

Gemeentelijke toegang

In de eerste helft van 2016 kwam 21% van het totaal aantal verwijzingen naar jeugdhulp vanuit de gemeentelijke toegang. Dit is een flinke toename ten opzichte van 2015, toen was dit 13%. Het ligt bijna gelijk aan het gemiddelde in Nederland (24%).

Vanaf ongeveer 2010 heeft Gemeente B, samen met de andere gemeenten in de regio stevig geïnvesteerd in het CJG. Uitgangspunt bij de CJG-vorming was dat de inwoner bepaalt waar hij/zij een vraag stelt. De ingang tot jeugdhulp was daarmee ruim voor de decentralisatie al op een natuurlijke wijze gezamenlijk vormgegeven.

De natuurlijke ingangen zijn in stand gebleven. Hieruit is een jeugdteam gevormd. Dit is geen wijkteam maar een platform van alle lokale professionals die met jeugdhulp-vragen te maken krijgen. Eens in de twee weken hebben zij casuïstiekoverleg.

Wanneer blijkt dat jeugdhulp ingezet moet worden dan kunnen de leden van het casuïstiekoverleg de gemeentelijke adviseren om de benodigde beschikkingen af te geven. Ouders of jongeren kunnen zich ook rechtstreeks bij de gemeente melden.

De consulenten

De gemeente ziet zichzelf als beleidsregisseur en procesregisseur. Zij hebben consulenten in dienst die beschikkingen kunnen afgeven en als procesregisseurs verantwoordelijk zijn voor de bewaking van en regie op de voortgang van de jeugdhulp aan individuele gezinnen. Waar nodig hebben zij doorzettingsmacht. De inhoudelijke casusregie is de verantwoordelijkheid van professionals in de



keten. Ook de Veilig Thuis meldingen en crisismeldingen komen binnen bij de consulenten. Buiten kantooruren wordt de bereikbaarheid bij spoed verzorgd door jeugdhulpaanbieders in de regio.

De consulenten vragen breed uit, waarbij de vraag van de klant de basis vormt. De leefgebieden uit de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) nemen zij op de achtergrond mee. De risicotaxatie wordt aan de hand van een veiligheid checklist gedaan en het risico wordt altijd besproken met de eigen gedragsdeskundige. Daarnaast kan de consulent met de gedragsdeskundige van de gecertificeerde instelling sparren, en ook met de Raad voor de Kinderbescherming als het gaat over drang-dwang zaken en risicozaken.

Na de decentralisatie is gestart met twee consulenten. In de eerste fase liepen de wachttijden voor de toegang op tot 10 weken. Het team is sindsdien uitgebreid naar zes consulenten. Sinds een half jaar zijn er geen wachtlijsten meer.

Het team bestaat uit SKJ-geregistreerde hbo-ers, met ervaring in voormalig Bureau jeugdzorg of bij andere jeugdhulpaanbieders, plus een gedragsdeskundige. De consulenten verlenen zelf geen hulp maar blijven het proces wel volgen. Als het complex is werken zij volgens 1Gezin1Plan1Regisseur. Het is daarbij de bedoeling dat zich een team met en rond het gezin vormt, en dat de casusregie door een van de betrokken hulpverleners wordt gedaan.

In de praktijk

Geïnterviewden uit het voorveld waarderen de netwerksamenwerking binnen gemeente B. Keerzijde ervan zou volgens een van hen kunnen zijn dat het voor ouders niet altijd duidelijk is waar zij met hun vraag terecht kunnen.

Ook wordt aangegeven dat het schrijven van een advies ten behoeve van een beschikking jeugdhulp hen veel tijd kost. Daarbij ontbreekt bij hen het overzicht van de ingekochte jeugdhulp. Een van de respondenten geeft aan dat dit, plus de wachttijd bij de consulenten en het feit dat dan soms alsnog een gesprek met ouders wordt gevoerd, reden is om niet zelf adviezen te schrijven.

In de praktijk blijkt daardoor dat meer dan de helft van de vragen naar jeugdhulp rechtstreeks bij de gemeente worden gesteld en niet via het casuïstiekoverleg van het voorliggend veld lopen. Dit betekent veel meer werk voor de consulenten dan in aanvang was ingeschat. Wanneer er geen advies vanuit een van de partners uit het voorveld ligt voeren de consulenten zelf de keukentafelgesprekken en doen zij de risicotaxaties. In de praktijk blijkt ook dat de rol van casusregisseur te weinig wordt opgepakt door andere partijen. Noodgedwongen nemen de consulenten deze rol daardoor ook regelmatig op zich.

Door de hierboven beschreven verschuiving van taken ligt er op dit moment meer uitvoering bij de gemeente dan was beoogd. De gemeente onderzoekt op dit moment wat er voor nodig is om de uitgangspunten die zo goed werkten bij het CJG (de inwoner bepaalt waar hij z'n vraag stelt, netwerksamenwerking tussen professionals) weer steviger in de praktijk te krijgen.

Toegang via de huisartsen

In de eerste helft van 2016 kwam 62% van het aantal verwijzingen naar jeugdhulp van de huisarts, dit ligt ruim boven het landelijk gemiddelde van 43%

Rond de transitie heeft de gemeente veel geïnvesteerd in de samenwerking met de huisartsen. In de praktijk blijkt echter dat de huisartsen meestal zelf rechtstreeks verwijzen in plaats van afstemming te zoeken met de gemeentelijke consulenten. Huisartsen hebben weinig beeld van het voorliggende veld en verwijzen bij jeugdvragen naar de hun bekende ggz-aanbieders. Het gebruik van jeugd-ggz is groter dan beoogd.



Sinds januari 2017 is daarom gestart met een pilot. De gemeente bekostigt een psycholoog (1fte) die 6 dagdelen per week op locaties van de huisartsen aanwezig is (ongeveer 12 praktijken met gemiddeld 2/3 huisartsen). Daarnaast is deze psycholoog aanwezig bij de casuïstiekbesprekingen van het jeugdteam en van de consultants. De psycholoog is bij de meeste huisartsen welkom. Doordat deze pilot twee maanden geleden is opgestart is op dit moment niet duidelijk wat de effecten zijn. De gemeente hoopt met deze werkwijze de kosten voor ggz te beheersen en financiert daarom nu zelf deze psycholoog. De wens is dat deze kosten op termijn gelijkelijk verdeeld kunnen worden tussen gemeente, zorgverzekeraar en huisartsen.

Parallel aan deze pilot worden in de regio de komende anderhalf jaar drie andere pilots uitgevoerd. Ook met de doelstelling om verwijzingen naar de jeugd-ggz terug te dringen. In andere gemeenten wordt geëxperimenteerd met:

- Een specialist die werkzaam is in de jeugd-ggz koppelen aan het wijkteam. Doelstelling is dat huisartsen vaker naar het wijkteam verwijzen in plaats van rechtstreeks naar de jeugd-ggz
 - Een team van specialisten die consultaties verzorgen ten behoeve van de huisartsen
 - Twee mensen met een achtergrond in de ggz als vaste krachten in het wijkteam
- De gemeenten volgen gezamenlijk de effecten van deze verschillende varianten.

Overige verwijzers naar jeugdhulp

Het percentage rechtstreekse verwijzingen door de jeugdarts bedraagt nul% (landelijk 2%), vanuit de Gecertificeerde instelling 5% (landelijk 9%), via de medisch specialist 5% (landelijk 7%)

De jeugdgezondheidszorg en de jeugdbescherming nemen deel aan het lokale casuïstiekoverleg. In het algemeen verwijzen zij daardoor niet rechtstreeks maar via de consultants. Wanneer er al sprake is van een jeugdbeschermingsmaatregel dan schakelen de gecertificeerde instellingen wel rechtstreeks gespecialiseerde jeugdhulp in.

De contacten met de ziekenhuizen zijn in regionaal verband opgepakt. In verband met de inzet van kinderartsen zijn er contracten met deze ziekenhuizen. Deze kunnen ook rechtstreeks verwijzen naar jeugdhulp.

Inkoop en sturing

Inkoop en sturing regionaal

In de regio werken de gemeenten sinds de vorming van de CJG's nauw met elkaar samen. Jeugdhulp, WMO en Werk en Inkomen worden regionaal ingekocht via een bestuurlijke aanbesteding. In het regionaal transitie arrangement zijn destijds door deze gemeenten 4 pijlers gedefinieerd: Jeugd & Opvoedhulp, Jeugdbescherming/jeugdreclassering, Jeugd-ggz en LVB. Gesprekken werden gevoerd met telkens vier jeugdhulpaanbieders die de andere aanbieders uit deze pijler vertegenwoordigden. Door vier gemeenten die de regio vertegenwoordigden. Op deze wijze kwam de transformatieagenda 2015/2016 tot stand.

Gemeenten en jeugdhulpaanbieders werken ook in 2017 samen aan een transformatieagenda. Een van de werkgroepen die hieronder valt richt zich op de vraag: hoe komen we van de huidige pxq financiering tot de gewenste resultaat financiering. Vanuit de transformatieagenda zijn ook verschillende experimenten gestart, bijvoorbeeld rond 18-/18+, werken zonder DBC's en de pilots rondom de huisartsen (zie vorige paragraaf).

De gemeenten in de regio hebben een maandelijks ambtelijk overleg. Dit overleg wordt goed bezocht, er is sprake van veel onderling halen en brengen. Zowel landelijke, regionale als lokale thema's komen er aan bod. Regelmatig wordt een gastspreker uitgenodigd. Op het moment dat er



een vraag speelt die nadere uitwerking behoeft dan gaan daar twee gemeenten als koppel mee aan de slag.

Regionaal is geen aparte monitor opgezet. Er wordt gebruik gemaakt van beschikbare cijfers (CBS, accountantsverklaringen etc.) en de signalen die worden opgepikt in de contacten tussen gemeenten en met jeugdhulpaanbieders.

Inkoop en sturing lokaal

De consultants zijn in dienst van de gemeente, rechtstreekse sturing op de toegang is daarmee geborgd. Signalen vanuit de consultants kunnen door de gemeente direct worden vertaald in beleid. Een voorbeeld daarvan is de uitbreiding van het team na de beginfase.

Doelstelling van de gemeente was om monitoring onderdeel te laten zijn van de dagelijkse contacten van de consultants met de inwoners. In de praktijk bleek dat onvoldoende te lukken. Nu is gekozen voor het reserveren van enkele dagdelen waarin de consultants al hun contacten bellen en hen gerichte vragen stellen over hun ervaringen met de consultants en andere jeugdhulp.



Bijlage 3: Gemeente C

Reden om voor gemeente C te kiezen was dat er in de eerste helft van 2016 sprake is van een wat hoger jeugdhulp gebruik dan landelijk. Daarnaast is Gemeente C een van de twee gemeenten in het onderzoek waar jeugdhulp wordt geboden vanuit de gemeentelijke toegang. Het percentage verwijzingen via de huisarts ligt op het landelijke gemiddelde en bij de andere gemeenten die we onderzochten lag dat percentage juist veel hoger of lager dan landelijk gemiddeld.

Verwijzers

Bron: CBS 2017

	Nederland		Gemeente C	
	2015	2016 1 ^{ste} helft	2015	2016 1 ^{ste} helft
Gemeentelijke toegang	15%	24%	18%	32%
Huisarts	47%	43%	44%	42%
Jeugdarts	1%	2%	2%	2%
Gecertificeerde instelling	9%	9%	2%	7%
Medisch specialist	6%	7%	3%	2%
Geen verwijzer	11%	8%	10%	0%
Verwijzer onbekend	11%	7%	22%	12%

Jeugdhulp - Verblijf – Jeugdbescherming

Bron: CBS 2017

	Nederland			Gemeente C		
	1 ^{ste} helft 2015	2 ^{de} helft 2015	1 ^{ste} helft 2016	1 ^{ste} helft 2015	2 ^{de} helft 2015	1 ^{ste} helft 2016
Jongeren met jeugdhulp						
In % van alle jongeren tot 18 jaar	8,2	8,9	8,2	8,9	9,8	10,1
Jongeren met jeugdhulp met verblijf						
In % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar	12,1	11,5	12,4	9,7	9,2	14,7
Jongeren met jeugdbescherming						
In % van alle jongeren tot 18 jaar	1,1	1,1	1	0,9	0,9	1

Gemeentelijke toegang

In de eerste helft van 2016 kwam 32% van het totaal aantal verwijzingen naar jeugdhulp vanuit het Wijkteam. Dit is een flinke toename ten opzichte van 2015, toen was dit 18%. Het ligt ook hoger dan gemiddeld in Nederland (24%).

Transformatie

In Gemeente C wordt de jeugdhulp in samenwerking met de andere gemeenten in de regio uitgevoerd. De toegang tot de jeugdhulp is echter een lokale aangelegenheid. Rond jeugd bestaat er al jaren een sterke samenwerkingscultuur. Met name de nauwe samenwerking tussen gemeente, CJG en onderwijs valt op. Deze samenwerking kende al een structurele inbedding, onder meer dankzij een gezamenlijke stuurgroep, waarop tijdens de transitie op kon worden voortgebouwd. Gemeente C heeft de decentralisatie aangegrepen om de transformatie van jeugdhulp direct stevig in gang te zetten. Het kind centraal en ruimte voor de professional waren, en zijn, daarbij de centrale waarden. De omslag van controleren en beheersen naar regisseren en ruimte geven, vroeg om een grote cultuuromslag. Vooral binnen de gemeentelijke organisatie zelf. Zo heeft het tijd nodig gehad om breder in de gemeente duidelijk te maken dat de nieuwe jeugdhulp taken anders, en veelal ook zwaarder, zijn dan de taken die voortvloeien uit de WMO.



Centrum Jeugd en Gezin (CJG)

De gemeentelijke toegang maakt onderdeel uit van het CJG. De toegang wordt gevormd door een team van 11 jeugdprofessionals, 5 medewerkers jeugdgezondheidszorg en drie medewerkers leerlingenzorg. Zij worden aangestuurd door een CJG-coördinator die in dienst is van de gemeente. De jeugdprofessionals zijn in dienst van een jeugdhulpaanbieder die professionals levert voor de toegang van alle gemeenten in de regio. De jeugdprofessionals in Gemeente C hebben een achtergrond als maatschappelijk werker (2x), jeugdpreventie medewerker (2x), medewerker bureau jeugdzorg (2x), MEE-consulent (1x), of waren voorheen hulpverlener in de jeugd & opvoedhulp (1x), jeugd-ggz (1x) en de zorg voor mensen met een lichtverstandelijke beperking (1x). Zij kunnen een beroep doen op een expertteam met psychologen, orthopedagogen en een psychiater.

Werkwijze

Halverwege 2016 wordt 14% van de ambulante jeugdhulptrajecten door de jeugdprofessionals van het CJG geboden en 86% door de diverse jeugdhulpaanbieders die regionaal zijn gecontracteerd. Halverwege 2015 was dit nog 12%, het landelijk gemiddelde ligt op 8%.

Nieuwe aanmeldingen worden wekelijks door leden van het toegangsteam verdeeld. Zij beoordelen of de jeugdgezondheidszorg, de leerlingenzorg of een jeugdprofessional het best passend is bij de gestelde vraag. Binnen vijf dagen neemt de betreffende medewerker contact op met ouders om een afspraak te plannen. Ouders (en jongeren) komen dan naar kantoor of de jeugdprofessional gaat op huisbezoek. In dat gesprek vraagt de jeugdprofessional breed uit en maakt een inschatting. Waar mogelijk biedt het team zelf licht en middelzware ondersteuning. Als er specialistische jeugdhulp nodig is dan zorgt de jeugdprofessional dat deze wordt ingezet. De professional maakt samen met het gezin een gezinsplan. Het is mogelijk om op basis daarvan specialistische jeugdhulp in te zetten. De jeugdprofessionals stimuleren dat ouders zelf een afspraak maken bij de beoogde jeugdhulpverlener. Meestal gaat de jeugdprofessional mee naar het eerste gesprek. Op basis van dat gesprek en het gezinsplan stelt de jeugdhulpaanbieder samen met ouders de doelen op en maken zij een passend arrangement. Onderdeel van dat arrangement kan zijn dat de jeugdprofessional een rol blijft spelen in het gezin. Ook worden afspraken gemaakt over evaluatiemomenten. Meestal in de vorm van een verslag of telefonische terugkoppeling.

De jeugdprofessionals hebben overzichten met de gecontracteerde jeugdhulpaanbieders. Op dit moment kan de meeste jeugdhulp vrij vlot worden ingezet.

Bereikbaarheid

Het CJG is tijdens kantooruren bereikbaar. De telefoon wordt opgenomen door een jeugdprofessional om direct zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn. Voor spoedeisende zaken buiten kantooortijd kan het nummer van Spoedeisende zorg van bureau jeugdzorg gebeld worden.

Samenwerking met onderwijs

De samenwerking met het onderwijs loopt goed. Daar lijken twee werkzame factoren voor aan te wijzen: de eerdergenoemde stuurgroep en de leerlingenzorg die wordt geboden vanuit het CJG. Tot enkele jaren geleden subsidieerde de gemeente de schoolbegeleidingsdienst. Deze functioneerde niet naar wens. In plaats daarvan heeft de gemeente in 2015 drie medewerkers leerlingenzorg in het CJG opgenomen. Dit zijn drie deskundigen die hun sporen in het onderwijs hebben verdiend. Zij vervullen een essentiële rol in de verbinding met de scholen. Zij kennen de taal en cultuur, de krachten en zwaktes van beide werelden. Door hun positionering binnen het CJG en de nauwe samenwerking met de JGZ en de jeugdprofessionals is de integrale onderwijs-jeugdhulp aanpak op lokaal niveau stevig geborgd.

De jeugdgezondheidszorg en jeugdprofessionals werken in koppels op de scholen en in de voor- en naschoolse opvang. Zij houden daar spreekuur en zijn een bekend gezicht. Idee daarachter is dat als ouders laagdrempelig met kleine vragen terecht kunnen, ernstiger problemen kunnen worden



voorkomen. Elkaar zien en daadwerkelijk samenwerken op de school is dan een belangrijke succesfactor. Bij de oprichting van het CJG is daarmee gestart, van die goede basis is bij de vorming van de gemeentelijke toegang dankbaar gebruik gemaakt.

De gecertificeerde instelling zou zorgdragen voor begeleiding van gezinnen waar de veiligheid van kinderen in het geding was, ook zonder kinderschermingsmaatregel. Dit laatste bleek in de praktijk niet goed te werken. Daarom zijn deze taken inmiddels ook bij het jeugdteam belegd.

Knelpunt is nu dat de jeugdprofessionals worden opgeslokt door zwaardere casuïstiek. Vaak casuïstiek waarbij sprake is van een complexe scheiding en/of waarbij de veiligheid van kinderen in het geding is. Het is daardoor niet altijd mogelijk om het spreekuur op de scholen vol te houden. Het vaste gezicht dreigt daarmee te verdwijnen, de drempel wordt hoger en er worden minder “kleine” vragen gesteld.

Door de zwaardere en complexere zaken, waarbij regelmatig sprake is van drang en dwang, krijgt het team ook met klachtenprocedures te maken. Dit ervaren jeugdprofessionals als belastend. Ook voor de gemeente is dit nieuw. Een klacht over jeugdhulp is van een volstrekt andere orde dan een klacht over een subsidie of vergunningsbeslissing. Omdat het over kinderen in de knel gaat. Maar ook omdat het team tijdens en na de klachtenprocedure vaak een rol blijft vervullen richting het gezin.

Regionale verschillen

De toegang tot jeugdhulp is in de regio verschillend georganiseerd. Er is onderzoek naar gedaan maar de cijfers zeggen nog onvoldoende over het effect van de verschillende varianten op het gebruik van jeugdhulp.

Samenspel toegang en gemeente

Het team van jeugdprofessionals is gehuisvest in het gemeentehuis. Dit heeft voordelen en nadelen. Voordeel is dat er korte lijnen zijn, dat geeft kansen. Een voorbeeld is dat de “sociaal medische indicatie” is afgestoft en opnieuw wordt gebruikt. Bijvoorbeeld om een aantal uren kinderopvang te vergoeden. In combinatie met ondersteuning vanuit het CJG kan een dure specialistische plek buiten de leefomgeving van het gezin worden voorkomen.

Nadeel is dat op het gemeentehuis in kantoortuinen wordt gewerkt. Er zijn maar beperkte mogelijkheden om privacygevoelige (telefoon)gesprekken te voeren.

Toegang via de huisartsen

In de eerste helft van 2016 kwam 42% van het aantal verwijzingen naar jeugdhulp van de huisarts, dit ligt dicht bij het landelijk gemiddelde van 43%

Net als aan de scholen is ook aan de huisartsenpraktijken een vast koppel met een JGZ-verpleegkundige en een jeugdprofessional verbonden. Er zijn enkele praktijken waarmee de samenwerking goed verloopt, in andere praktijken loopt dat veel minder goed.

Vanuit de gemeente en de jeugdprofessionals wordt aangegeven dat hier nog een wereld te winnen is. Op basis van een verwijzing van de huisarts gaan ouders zelf naar een jeugdhulpaanbieder, die maakt een arrangement en meldt dat bij het jeugdteam. Die zien deze verwijzingen dan voor het eerst en constateren daarbij regelmatig gemiste kansen. Het beeld is dat huisartsen snel doorverwijzen naar de aanbieders die zij al kenden. Zonder dat er met een brede blik naar kind en gezin gekeken is, zoals het jeugdteam dat wel doet.

“Na een rechtstreekse verwijzing van de huisarts start de jeugdhulpaanbieder met de aangemelde kind problematiek. Het komt regelmatig voor dat dan pas tijdens de behandeling duidelijk wordt dat er veel meer speelt in het gezin. Het blijkt op dat moment veel lastiger lastig om ouders alsnog te bewegen naar het CJG te gaan in verband met die problemen”.



De gemeente staat nu voor de vraag hoe zij de samenwerking met de huisartsen kunnen versterken. Hoe krijgen we de meerwaarde (van de integrale blik) van het jeugdteam bij huisartsen voor het voetlicht? Het blijkt lastig om de huisartsen te bereiken: de koppels komen vaak niet verder dan de assistente. Op bijeenkomsten verschijnen huisartsen meestal niet in verband met tijdgebrek. De gemeente overweegt nu om een pilot te starten en een Praktijkondersteuner-jeugd ggz aan enkele praktijken te verbinden.

In een van de regiogemeenten is stevig geïnvesteerd in de relatie met de huisartsen. Ook zitten daar meer jeugdprofessionals in de toegang en wordt daar meer vrij toegankelijke jeugdhulp geboden. Daar wordt nu wel een afname van specialistische jeugdhulp zichtbaar.

Overige verwijzers

Het percentage rechtstreekse verwijzingen door de jeugdartsen bedraagt 2% (landelijk ook 2%), vanuit de gecertificeerde instellingen 7% (landelijk 9%) en 2% komt via de medisch specialisten (landelijk 7%)

De jeugdarts, de kinderarts en de Gecertificeerde Instelling mogen ook doorverwijzen naar specialistische hulp. In dat geval maken zij een verwijfsbrief en maakt de jeugdhulpaanbieder een arrangement en stuurt dit aan de gemeente ter goedkeuring.

Inkoop en sturing

Regionale werkwijze

In de regio wordt de jeugdhulp gezamenlijk ingekocht. Er is sprake van een dynamisch inkoopstelsel, jeugdhulpaanbieders die aan de eisen voldoen kunnen zich inschrijven. Er is een digitaal overzicht van al het jeugdhulpaanbod. Gecategoriseerd naar cliëntprofiel en intensiteit.

De jeugdhulpaanbieder stelt samen met het gezin de doelen van het in te zetten traject vast. Bij de start van een traject ontvang de aanbieder 50% van de kostprijs. Op het moment dat de doelen zijn behaald volgt de tweede helft. Mocht de jeugdige binnen een jaar weer dezelfde hulp nodig hebben dan dient de aanbieder dit kosteloos te verstrekken.

Het afrekenen op behaalde doelen bleek veel meer voeten in de aarde te hebben dan tevoren was ingeschat. Het kostte de meeste jeugdhulpaanbieders aanvankelijk veel moeite om doelen te formuleren. Hierin moest ook vertrouwen groeien tussen aanbieders en de gemeentelijke toegang: hoe ga je om met onvoorziene omstandigheden waardoor doelen moeten worden bijgesteld of niet haalbaar blijken? Het vraagt ook om een reële inschatting bij de aanmelding: kan ik als aanbieder dergelijke doelen werkelijk realiseren?

Inmiddels is de verandering bij een deel van de uitvoerende professionals wel ingezet. Zij waarderen het doelgericht werken en de ruimte die ze daarbij krijgen. Maar er zijn ook (grote) aanbieders die niet transformeren, de beweging onvoldoende weten te maken. Een aantal van hen komt nu in de (financiële) problemen.

Op andere plekken vindt de transformatie wel plaats. Daar komt alle informatie rond een gezin lokaal goed samen. Vindt meer maatwerk plaats dan voorheen en wordt de geboden hulp in samenhang met andere voorzieningen geboden.

Regionale sturing



Een regionaal inkoopteam verzorgt het contractbeheer. Samen met de beleidsadviseurs van de gemeenten werken zij aan innovatie en transformatie. Vanuit het CJG is hier een jeugdprofessional nauw bij betrokken.

Tweemaandelijks krijgt de gemeente een rapportage over de financiële stand van zaken en het zorggebruik. Deze rapportage wordt voorzien van een advies om zaken, indien nodig, bij te sturen. Zo bleken er naar verhouding wel erg veel trajecten een te hoge (dure) intensiteit te hebben. Dit heeft geleid tot een extra scholing en instructie voor de jeugdprofessionals van het CJG.

Met de aanbieders worden contractbesprekingen gevoerd. Ook worden avonden met hen georganiseerd om de gewenste transformatie te bevorderen.

De regionale samenwerking wordt door de gemeente C als steunend ervaren.

Inkoop en sturing lokaal

Doordat 50% van de kosten na afloop wordt betaald is op dit moment nog geen goed zicht op de daadwerkelijk gemaakte kosten voor specialistische jeugdhulp. De verwachting is dat er overschrijdingen zullen zijn. Aangezien de budgetten nog verder dalen is er een noodzaak om nog steviger de beweging naar voren te maken zodat minder specialistische hulp hoeft te worden ingezet.

De korte lijnen tussen gemeente en het CJG maken directe lokale sturing op de toegang mogelijk.



Bijlage 4: Gemeente D

De reden om voor Gemeente D te kiezen was dat het aantal verwijzingen via de huisarts in de eerste helft van 2016 lager ligt dan gemiddeld (23% van de verwijzingen, tegen 43% landelijk), het aantal verwijzingen door de gemeente hoger ligt dan het landelijke gemiddelde (31% van de verwijzingen, tegen landelijk 24%). Een derde cijfers dat opvalt is het hoge percentage 'geen verwijzer' dat door zorgaanbieder is ingevuld.

Daarnaast ligt het jeugdhulpgebruik in diezelfde periode hoger dan het landelijk gemiddelde (10,6% van het aantal jongeren tegen 8,2% landelijk). Het percentage jeugdhulp met verblijf ligt daarentegen lager dan het landelijk gemiddelde (9,2% tegenover 12,4%).

Inhoudelijk viel Gemeente D op doordat de inrichting van de toegang bij een brede welzijnsorganisatie is ondergebracht.

Verwijzers

Bron: CBS 2017

	Nederland		Gemeente D	
	2015	2016 1 ^{ste} helft	2015	2016 1 ^{ste} helft
Gemeentelijke toegang	15%	24%	15%	31%
Huisarts	47%	43%	30%	23%
Jeugdarts	1%	2%	1%	2%
Gecertificeerde instelling	9%	9%	11%	7%
Medisch specialist	6%	7%	1%	2%
Geen verwijzer	11%	8%	27%	34%
Verwijzer onbekend	11%	7%	16%	2%

Jeugdhulp - Verblijf – Jeugdbescherming

Bron: CBS 2017

	Nederland			Gemeente D		
	1 ^{ste} helft 2015	2 ^{de} helft 2015	1 ^{ste} helft 2016	1 ^{ste} helft 2015	2 ^{de} helft 2015	1 ^{ste} helft 2016
Jongeren met jeugdhulp						
In % van alle jongeren tot 18 jaar		8,2	8,2	10,9	11,4	10,6
Jongeren met jeugdhulp met verblijf						
In % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar	12,1	11,5	12,4	10	9,2	9,2
Jongeren met jeugdbescherming						
In % van alle jongeren tot 18 jaar	1,1	1,1	1	1,5	1,5	1,3

Gemeentelijke toegang

In de eerste helft van 2016 kwam 31% van het totaal aantal verwijzingen naar jeugdhulp vanuit de gemeentelijke toegang. Dit ligt ruim boven het landelijk gemiddelde van 24% en is een toename ten opzichte van 2015, toen het aantal verwijzingen door de gemeentelijke toegang conform het landelijk gemiddelde lag (15%).

Een wijkteam jeugd en gezin

In het functioneel ontwerp is uitgegaan van een wijkteam jeugd en gezin dat de toegang tot de jeugdhulp vormt. Het team doet vraagverheldering, zorgregie en levert zelf lichte hulp. Het schakelt waar nodig specialistische zorg in via ZIN, of PGB. Ze zijn telefonisch en per mail bereikbaar, direct of via het CJG.

Het team is samengesteld uit hbo-geschoolden (MWD, SPH, Pedagogiek), met werkervaring als maatschappelijk werkers, cliënt ondersteuners van MEE, voormalig BJZ-medewerkers (van de



toegang), aangevuld met jeugd en opvoedhulp en GGZ-expertise. Er is een jeugdarts en jeugdverpleegkundige (voor beperkte uren) aan het team verbonden. De medewerkers zijn in dienst van een welzijnsorganisatie. Er zijn personele wisselingen geweest, waardoor de oorspronkelijke samenstelling van expertise is gewijzigd.

Omvang wijkteam

Het wijkteam heeft een omvang van ongeveer 12 fte dat zijn ongeveer 15 à 16 personen die één team vormen. Om te bepalen welke omvang het wijkteam zou moeten krijgen is uitgegaan van de gedachte dat 20% van de klanten door het wijkteam zou worden gezien. Gemiddeld was er dan 7,5 uur voor de doelgroep 0-17 en 15 uur voor de doelgroep 18-23 jaar beschikbaar. Dat leidde tot een beoogd aantal klanten van 2250 en een teamomvang van 12 fte.

Het oorspronkelijk beoogd aantal klanten wordt niet bereikt, zo blijkt na anderhalf jaar werken. Er is per gezin bovendien meer tijd nodig dan van tevoren ingeschat. Dat betreft met name veiligheid en regievoering. Inmiddels lukt het niet meer om zonder wachttijd te werken. Die is nu 42 dagen, terwijl er 40 kinderen wachten op hulp. Dat baart de gemeente zorgen.

Medewerkers van het wijkteam ervaren

een spanning tussen de opdracht naast ouders te gaan staan, en het bewaken van de veiligheid in een gezin. Dat vraagt om meer tijd en bewegingsruimte om aan te sluiten bij de vraag 'achter de vraag' dan van tevoren was gedacht.

De vraag wat een passende omvang van een 'toegang team', dat zelf ook hulp levert is op dit moment onderwerp van gesprek in de gemeente. Men vraagt zich af of de omvang van het team, dat wellicht wat kleiner is dan elders in het land, past bij de opdracht die aan het team is gegeven. Omvang en opdracht hangen nauw samen, en één-op-één vergelijken met anderen is dan ook lastig.

De verbinding is belangrijk in dit werk. Om goed gebruik te maken van elkaars expertise helpt het als je elkaar kent en vertrouwt. Dat geldt zowel voor gezinnen, als voor directe collega's en de gemeente. Ik voel soms een spanning tussen vertrouwen en controle door de gemeente.

Medewerker wijkteam

Samenwerking volwassenenzorg

Het team werkt samen met het wijkteam voor volwassenen, met expertise op onder andere WMO, schulden, en verslaving. Sinds januari zijn de twee teams in eenzelfde pand gehuisvest, dat geeft de samenwerking een positieve impuls, zo vertelt de medewerker uit het wijkteam.

Flexibele schil

Naast het wijkteam is er in 2015 een flexibele schil van vrij toegankelijke hulp bij de verschillende zorgaanbieders gesitueerd. Die flexibele schil zou in aanvulling op het wijkteam laagdrempelige hulp zonder verleningsbeschikking in kunnen zetten. Op verzoek van zorgaanbieders is deze flexibele schil na drie maanden weer afgeschaft. Het was onduidelijk welke hulp tot welk segment zou moeten behoren. Alle hulp vanuit de zorgaanbieder wordt nu op basis van een beschikking of verwijzing geleverd.

Expertpool

Ook is er een expertpool ingericht ten behoeve van consultatievragen voor het wijkteam. Daarvoor waren er bepaalde specialisten aangewezen om beschikbaar te zijn bij vragen. In de praktijk werd daar geen gebruik van gemaakt door het wijkteam. De medewerkers stellen hun consultatievragen middels het eigen netwerk. Daar waar ze een specialist willen consulteren zoeken ze degene op waarvan zij denken dat die hen kan helpen. Van de expertfunctie wordt door het team dus zeker gebruik gemaakt.



Bereikbaarheid bij crisis

Het wijkteam is tijdens kantooruren bereikbaar voor crisis. Daarbuiten zijn er twee crisisdiensten actief, vanuit de J&O hulp en vanuit de GGZ. Dat levert regelmatig de discussie op of het al dan niet om GGZ-problematiek gaat. Er ligt daarom een opdracht tot het ontwerpen van een integrale crisisdienst voor jeugd.

Regionaal casusoverleg en regie

De gemeente zoekt naar een passende balans tussen werken vanuit vertrouwen en dwingend sturen. Als de kosten en wachtlijsten oplopen, kan de gemeente ook niet stilzwijgend toezien. Er wordt daarbij gezocht naar oplossingen vanuit de inhoud.

Er is een regionaal casusoverleg ingesteld, waarin complexe casuïstiek, al dan niet als gevolg van wachttijden, wordt besproken. Vaste vertegenwoordigers van alle aanbieders, inclusief het wijkteam nemen daar aan deel. De opdracht is dat iemand van de aanwezigen met de besproken casus 'onder de arm' de deur weer uit gaat. Dat blijkt een goede formule, er worden dan toch oplossingen bedacht, of samenwerking gevonden die voorheen onmogelijk leek.

Als het wijkteam doorverwijst naar een zorgaanbieder, dan laat ze het gezin los. Dat wordt nu heroverwogen. Misschien dat meer sturing vanuit het wijkteam helpend zou zijn, ook in het verkorten van de zorg. Niet voor alle klanten is het daarnaast eenvoudig om de regie over de hulp te voeren.

Vechtscheidingsproblematiek blijkt in 50% van de meldingen te spelen. Het wijkteam doet de veiligheidscheck in het gezin. Inhoudelijk voelt het voor hen soms alsof de gemeente te dichtbij komt, en te veel wil weten op dit gebied.

Uit terugkoppeling van het wijkteam en zorgaanbieders klinkt de vraag om een steviger inzet van het voorliggende veld. Men voelt een gebrek aan mogelijkheden tot afschalen en voelt zich daarom genoopt langer hulp te verlenen dan strikt noodzakelijk.

Onderwijs

Met scholen en wijkteam zijn bijeenkomsten georganiseerd om de samenwerking te versterken. Uitgangspunt is dat de leerkracht geen hulpverlener is, en ook dus geen ingewikkelde gesprekken met ouders hoeft te doen. Als dat aan de hand is, komt, vanuit school, de intern begeleider in zicht. In de bijeenkomsten heeft men 'elkaars taal leren spreken' en zijn afspraken gemaakt over het eerder inzetten van hulp vanuit het wijkteam, waardoor school kan worden ontlast en meer in het preventieve veld kan gebeuren.

De dyslexiezorg is bij het wijkteam weggehaald en apart ondergebracht, bij twee mensen in dienst van het samenwerkingsverband.

Toegang via de huisartsen

In de eerste helft van 2016 kwam 23% van het aantal verwijzingen naar jeugdhulp van de huisarts, dit ligt ruim onder het landelijk gemiddelde van 43% en is afgenomen ten opzichte van 2015.

De gemeente wilde graag dat alle toegang tot de jeugdhulp via de gemeentelijke toegang zou lopen. Er zijn in de aanloop naar de transitie daarover afspraken met huisartsen gemaakt, die welwillend tegenover de gedachte stonden dat hun cliënten via het wijkteam verder geholpen zouden worden, daar waar niet de enkelvoudige GGZ-problematiek voorliggend is. Voorwaarde was daarvoor voldoende kwaliteit in de teams én het werken zonder wachttijden, omdat er anders voor de cliënt een extra stap zou worden ingebouwd (via huisarts, naar wijkteam naar zorgaanbieder). Het werken zonder wachtlijsten staat onder druk.



Er is door de gemeente in een vroeg stadium contact gezocht met huisartsen. Als gevolg van persoonlijke contacten bleken die relaties eenvoudig te leggen. Dat is door iedereen als positief ervaren. Nu zijn er twee huisartsen vaste contactpersonen voor de gemeente. Men heeft elkaars taal leren spreken en er ontstaat betere afstemming, ook met de scholen. Daar waar er vanuit huisartsen kritisch wordt gekeken naar wachtlijsten bij het wijkteam hoort de gemeente geen geluiden van huisartsen over wachtlijsten bij de zorgaanbieders, terwijl die daar ook bestaan.

Te weinig heeft men zich in de gemeente gerealiseerd dat niet alle hulp via het wijkteam binnen komt, maar direct vanuit een van de andere mogelijke verwijzers naar de specialist zou gaan. Met name de route tussen huisarts en GGZ blijkt een 'hardnekkige'. Veel kinderen komen via de huisarts bij de gespecialiseerde hulp, wordt in de evaluatie geconstateerd. Vanuit het oogpunt van sturing zou de gemeente daar meer invloed op kunnen willen uitoefenen.

Andersom is er ook vanuit huisartsen behoefte aan afstemming en contact: *'Ik mis inmiddels een aanspreekpunt in het wijkteam tot wie ik me kan richten bij vragen over wachttijden, verwijzingen, contact met scholen, terugkoppeling en dergelijke. Nu het team zelfsturend is, doordat de coördinator (in mijn ogen) is wegbezuinigd, is dat lastiger. De gemeente is erg betrokken en dichtbij voor overleg. We zien elkaar ongeveer 4 keer per jaar voor overleg, ook met het wijkteam erbij. Daar bespreken we knelpunten, die dan worden opgepakt'* vertelt een vertegenwoordiger van de huisartsen. Op casuïstiekniveau kan er goed worden afgestemd met het wijkteam, al ontbreekt soms een inhoudelijke terugkoppeling, vinden de huisartsen. Er zijn nog verbeterlagen te maken in het contact met de scholen, waar ouders soms vandaan komen met de 'opdracht' om een verwijzing voor diagnostiek te halen.

Overige verwijzers naar jeugdhulp

In de eerste helft van 2016 deed de jeugdarts 2% van de verwijzingen jeugdhulp, de GI 7% en de medisch specialist 2%.

De jeugdarts is aan het wijkteam toegevoegd met als doel dat deze als verbindingsofficier tussen het wijkteam, de huisarts en het voorliggende veld zou kunnen fungeren. Vanuit de gedachte 'artsen praten met artsen' werd gedacht dat dit het op maat inzetten van hulp, op de juiste plek, inclusief het afschalen naar voorliggend veld, op deze manier bevorderd zou kunnen worden. De praktijk blijkt weerbarstiger.

Binnen Gemeente D hebben de kinderartsen, jeugdartsen en huisartsen onderling goed contact, men vindt elkaar makkelijk.

De jeugdarts verwijst toch regelmatig terug naar de huisarts wanneer er extra hulp geïndiceerd lijkt. Dit lijkt een extra stap voor cliënten met zich mee te brengen.

Huisartsen melden dat de afstemming tussen wijkteam en kinderartsen (die bijvoorbeeld het instellen van ADHD-medicatie voor hun rekening nemen) beter zou kunnen.

Inkoop en sturing

Regionaal

De inkoop van de jeugdhulp geschiedt regionaal. Een grote stad in de regio is daar de trekker in. Er wordt in drie trappen een verrekening gemaakt van de regionale inkoop: vanuit een solidariteitsbeginsel op grote zaken als JeugdZorg^{Plus}. Residentiele voorzieningen worden vanuit een gemiddelde afname betaald, en via verrekening achteraf bijgesteld, de ambulante trajecten worden direct per gemeente afgerekend.



Daarnaast is er nog budget gereserveerd voor de LTA. Dat is het afgelopen jaar verdubbeld. Kleine zorgaanbieders worden middels pxx gefinancierd, en grote zorgaanbieders middels lumpsum financiering (bestuurlijk aanbesteden). Er zijn een aantal nieuwe zorgaanbieders met een contract, maar zonder budget gecontracteerd.

Het normbudget voor de zorgaanbieders was oorspronkelijk met de marges +/- 20% ingericht. Op basis van een bepaald aantal mocht men 20% hoger of lager in aantal cliënten bedienen. Dat aantal zou dan vervolgens de 100% norm voor het jaar daarna worden. Dat blijkt in de praktijk veel stof tot gesprek op te leveren, omdat zorgaanbieders grote verschillen zien tussen cliënten die meer of minder hulp nodig hebben, en niet uit de voeten kunnen met de lumpsum gedachte. Inmiddels is de normering ook teruggebracht naar + of - 10%.

Op verschillende niveaus wordt de regionale samenwerking vormgegeven. Het opereren binnen een samenwerkingsverband van de gemeenten maakt de besluitvorming trager, en minder op maat dan soms gewenst is. Het blijkt niet altijd makkelijk om vanuit de kleinere gemeenten een standpunt in te nemen en dat vast te houden.

Sub regionaal

Het wijkteam, de PGB's en het groepsaanbod wordt lokaal georganiseerd en gefinancierd. Voor het wijkteam wordt daarin samengewerkt met een aantal andere gemeenten die hun gemeentelijke toegang op dezelfde wijze hebben ingericht, middels subsidieafspraken met een lokale welzijnsorganisatie (functiegericht).

De kosten voor het wijkteam bedragen ongeveer 15% en PGB beslaat ongeveer 5% van het totale budget voor jeugdhulp. Daar waar de zorgaanbieders via ZIN geen ruimte meer zegt te hebben, kan via een PGB vaak nog wel zorg worden geleverd.

De gemeente zoekt naar een passende schaalgrootte van organiseren en inkopen.

Vrijwel alle jeugdhulp die voor Gemeente D geboden wordt, gebeurt buiten de gemeentegrenzen.

Dat vindt de gemeente niet wenselijk.

Beleid dat vanuit de 'grote stad' wordt ingezet, blijkt daarnaast niet altijd aan te sluiten bij de lokale behoefte. Zo zijn er algemene voorzieningen in een naburige stad ook voor burgers van Gemeente D ingericht. Die blijken echter bezwaar te hebben tegen de reisafstand en gaan liever op zoek naar lokale mogelijkheden, bij individuele zorgaanbieders. Die wordt dan vanuit een PGB gefinancierd.

Lokaal

Gemeente D zit maandelijks met een vertegenwoordiging van het wijkteam om tafel, om de voortgang te monitoren. Nu de organisatie werkt met zelforganiserende teams, komen er vaak dezelfde vragen bij de gemeente terecht. De gemeente organiseert kennisondersteuning voor het wijkteam, bijvoorbeeld over PGB, of verantwoordelijkheden van de gemeente.

De problematiek van wachtlijsten en schijnbaar ontoereikende budgetten beheerst het gesprek over de jeugdhulp. Zorgaanbieders melden al in januari dat ze 'vol' zitten en vragen om meer budget. Er wordt een verschil ervaren in het gesprek met bestuurders en de werkvloer. De laatsten zijn sneller geneigd om met pragmatische oplossingen te komen.

Daar waar men graag het gesprek zou voeren over passende jeugdhulp in de gemeente, dreigt het gesprek te gaan over het in stand houden van instituten. Gaat het om de organisatie van zorg, of om de zorgorganisaties vraagt de gemeente zich soms af.

Inzicht in de cijfers en de wereld erachter

Gemeente D heeft gekozen voor de kwalitatieve benadering van Meervoudig Verantwoorden. Deze manier van verantwoorden geeft een verrijking van de cijfers met verhalen van cliënten en professionals. Het is een leercyclus van alle betrokken stakeholders, die verbinding en samenwerking tussen alle partijen versterkt. Bij aanvang naar de transitie zijn heldere doelstellingen geformuleerd,



ten aan zien van het beperken van uitval, cliënttevredenheid en doelrealisatie. Het monitoren hierop blijkt niet eenvoudig. De gemeente monitort de ontwikkelingen in een cyclus van bijeenkomsten en beschouwt de evaluaties zélf als een stap in het ontwikkelproces. Naast de cijfers wordt ook gekeken naar de werkwijze en de knelpunten daarin.

Het is niet eenvoudig om cijfermatig inzicht te krijgen. Er zijn vanuit verschillende bronnen cijfers beschikbaar (CBS, regionale uitvraag, lokale uitvraag, budgetten, etc.), maar de interpretatie blijkt lastig.

Hoger jeugdhulpgebruik?

De aantallen jongeren die gebruik maken van jeugdhulp zijn hoger dan het landelijk gemiddelde. Gemeente D en een naburige gemeente scoren relatief hoog in jeugdhulpgebruik, weet de gemeente.

Het hoge aantal kan te maken hebben met de doelgroep 0 – 23 jaar (i.p.v. 0-18), die in de regio wordt gehanteerd. Dat is uit de registratiegegevens niet duidelijk te herleiden. Daarnaast kunnen de CBS-cijfers ‘vervuild’ zijn, in die zin dat als gevolg van de lokale organisatie (toegang én jeugdhulp al in een wijkteam belegd), er meer jeugdhulp wordt geregistreerd dan geleverd (als activiteiten als indiceren ook onder de noemer jeugdhulp worden weggeschreven, en als er dubbeltellingen zijn als gevolg van een doorgaande lijn in de hulp op het moment dat het wijkteam een specialistische zorgaanbieder inschakelt).

Er werd (en wordt) nog niet voldoende goed genoeg geregistreerd, als gevolg van kinderziektes in het registratiesysteem van het wijkteam, waardoor de cijfers nog altijd niet helemaal betrouwbaar lijken te zijn. Sommige zorgaanbieders leveren daarnaast gegevens slecht aan.

Bezuiniging niet gehaald

De budgetten zijn niet toereikend geweest, er is in de regio bijbetaald. Daarnaast is lokaal extra inzet gepleegd. Er zijn zorgen over de omvang van de jeugdhulp. Dit komt overeen met de zorgen in de andere onderzochte gemeenten. Inmiddels heeft de gemeente besloten om zelf een gegevens uitvraag onder zorgaanbieders te doen, middels het gegevensknooppunt.

Verwijzers als percentage van het totaal aantal nieuwe verwijzingen naar jeugdhulp

Bron: CBS 2017

2015 heel	Nederland	Gemeente D	Regio D
Gemeente	15%	15%	16%
Huisarts	47%	30%	46%
Jeugdarts	1%	1%	1%
Gecertificeerde instelling	9%	11%	11%
Medisch specialist	6%	1%	2%
Geen verwijzer	11%	27%	14%
Verwijzer onbekend	11%	16%	11%

1ste helft 2016	Nederland	Gemeente D	Regio D
Gemeente	24%	31%	35%
Huisarts	43%	23%	30%
Jeugdarts	2%	2%	2%
Gecertificeerde instelling	9%	7%	9%
Medisch specialist	7%	2%	3%
Geen verwijzer	8%	34%	20%
Verwijzer onbekend	7%	2%	2%



Gemeente D valt in het onderzoek op, vanwege het relatief lage percentage verwijzingen door huisartsen. Ook *binnen* de regio is dit verschil met andere gemeenten opvallend. Daarnaast kent Gemeente D een hoog percentage ‘geen verwijzer’. Er valt op dit moment niet met zekerheid te zeggen of het aantal ‘geen verwijzer’ te wijten is aan de ruime mogelijkheid van vrij toegankelijke hulp binnen de gemeente, of aan het nog niet goed registreren door zorgaanbieders. Zorgaanbieders zelf geven aan dat het merendeel van de verwijzingen vanuit de huisarts komt.

Jeugdhulp zonder verblijf – % trajecten uitgevoerd door wijkteam

Bron: CBS 2017

	NL	Gemeente D
30 juni 2015		
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	7%	12%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	93%	88%
31 december 2015		
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	9%	28%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	91%	72%
30 juni 2016*		
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	8%	28%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	92%	72%

In het aantal trajecten uitgevoerd door het wijkteam scoort Gemeente D hoog ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Deze getallen bevestigen het beeld dat uit de aantallen verwijzers naar voren komt: 34% ‘geen verwijzer’ in de eerste helft van 2016. Ook in relatie tot de regio is dit percentage hoger (20% in de regio).

De laatste opmerking betreft het percentage jeugdhulp met verblijf. Dat is in Gemeente D fors lager dan het landelijke gemiddelde, en zelfs iets afgenomen (van 10% naar 9,2%, zie tabel op pagina 4). In combinatie met het hoge aantal trajecten uitgevoerd door het wijkteam zelf, zou dit de hypothese kunnen rechtvaardigen dat intensieve hulp aan de voorkant leidt tot een afname van verblijf. Om echt van een trend te spreken is het nog te vroeg.



Bijlage 5: Cijfers 4 gemeenten vergeleken

Verwijzers als percentage van instroom in jeugdhulp

2015 heel	Nederland	A	regio A	B	regio B	C	regio C	D	regio D
Gemeente	15%	25%	17%	13%	16%	18%	23%	15%	16%
Huisarts	47%	44%	55%	66%	55%	44%	39%	30%	46%
Jeugdarts	1%	0%	2%	0%	1%	2%	1%	1%	1%
Gecertificeerde instelling	9%	6%	8%	3%	5%	2%	5%	11%	11%
Medisch specialist	6%	5%	5%	3%	4%	3%	4%	1%	2%
Geen verwijzer	11%	6%	5%	3%	3%	10%	11%	27%	14%
Verwijzer onbekend	11%	14%	8%	11%	16%	22%	17%	16%	11%

1ste helft 2016	Nederland	A	regio A	B	regio B	C	regio C	D	regio D
Gemeente	24%	40%	26%	21%	23%	32%	43%	31%	35%
Huisarts	43%	27%	46%	62%	56%	42%	39%	23%	30%
Jeugdarts	2%	0%	3%	0%	1%	2%	1%	2%	2%
Gecertificeerde instelling	9%	8%	8%	5%	4%	7%	8%	7%	9%
Medisch specialist	7%	4%	3%	5%	5%	2%	4%	2%	3%
Geen verwijzer	8%	3%	3%	0%	5%	0%	1%	34%	20%
Verwijzer onbekend	7%	16%	11%	5%	7%	12%	4%	2%	2%

Jeugdhulp - Verblijf – Jeugdbescherming

Jongeren met jeugdhulp	In % van alle jongeren tot 18 jaar				
	NL	A	B	C	D
1ste halfjaar 2015	8,2	7,3	7,2	8,9	10,9
2de halfjaar 2015	8,9	7,4	8,1	9,8	11,4
1ste halfjaar 2016	8,2	6,5	6,9	10,1	10,6

Jongeren jeugdhulp met verblijf	In % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar				
	NL	A	B	C	D
1e halfjaar 2015	12,1	15	8,8	9,7	10
2e halfjaar 2015	11,5	15,3	8,8	9,2	9,2
1e halfjaar 2016*	12,4	33,1	11,2	14,7	9,2

Jongeren jeugdbescherming	In % van alle jongeren tot 18 jaar				
	NL	A	B	C	D
1e halfjaar 2015	1,1	1,3	0,5	0,9	1,5
2e halfjaar 2015	1,1	1,2	0,5	0,9	1,5
1e halfjaar 2016*	1	1,3	0,6	1	1,3



Trajecten uitgevoerd door wijkteam

(percentage van alle trajecten jeugdhulp zonder verblijf)

30 juni 2015	NL	A	B	C	D
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	7%	0%	0%	12%	12%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	93%	100%	100%	88%	88%
31 december 2015	NL	A	B	C	D
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	9%	0%	0%	15%	28%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	91%	99%	100%	85%	72%
30 juni 2016*	NL	A	B	C	D
Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	8%	0%	0%	14%	28%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	92%	100%	100%	86%	72%



Bijlage 6: Interviewvragen

1. Interviewvragen Gemeenten

Organisatie van de gemeentelijke toegang

In welke mate zijn het jeugdhulpgebruik en de verwijsstromen in uw gemeente toe te wijzen aan de organisatie van de gemeentelijke toegang?

1. Hoe weten inwoners waar ze moeten zijn voor jeugdhulp? Hoe is de informatie?
2. Op welke wijze heeft u de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp georganiseerd?
 - Wat is de opdracht voor de (medewerkers van) de toegang? Welke taken voeren zij uit?
 - Wat is de omvang van het team/ de teams die de toegang verzorgen?
 - Samenstelling: welke deskundigheid (inhoud en functie) is beschikbaar?
 - Op welke wijze is de bereikbaarheid en beschikbaarheid buiten kantooruren georganiseerd? En bij situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken is geboden (crisis)?
 - In welke mate vangt de gemeentelijke toegang zelf zorgvragen af? Is dit conform verwachting? Zo nee, waar denkt u dat dit door komt? Zo ja, in welke mate gaat de gemeente verder op de ingeslagen weg? Welke ambities heeft de gemeente hierin?
 - Zijn er regionale afspraken over de organisatie van de toegang of is er sprake van lokale invulling?
3. Werkwijze gemeentelijke toegang:
 - Heeft de gemeentelijke toegang invloed op het gebruik van jeugdhulp? Hoe?

Toegang via de huisarts

Wat is de invloed van huisartsen op jeugdhulp gebruik en verwijsstromen? In welke mate beïnvloedt de organisatie van de gemeentelijke toegang hun verwijsgedrag?

- Heeft u als gemeente afspraken gemaakt (bijvoorbeeld over verwijsgedrag of samenwerking) met huisartsen?
- In welke mate worden deze afspraken gerealiseerd? Wat gaat goed? Wat gaat (nog) niet goed?
- Heeft het verwijsgedrag van huisartsen invloed op het gebruik van jeugdhulp? Hoe?

Samenwerking verwijzers

- Hoe is de samenwerking van de gemeentelijke toegang met andere verwijzers:
- De huisarts,
- De jeugdgezondheidszorg
- Gecertificeerde instellingen
- Medisch specialisten.
- Heeft u als gemeente (actief) bemoeienis met de samenwerking tussen boven genoemde partners? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?

Inkoop / sturing

In welke mate zijn het jeugdhulpgebruik en de verwijsstromen in uw gemeente toe te wijzen aan de wijze van inkoop en sturing van de gemeentelijke toegang?

1. Wijze van inkoop:
 - a. Heeft u uw gemeentelijke toegang ingekocht bij een of meer organisaties? Of zijn deze professionals in dienst van de gemeente?
 - b. Welk aandeel van het jeugdhulpbudget is besteed aan de gemeentelijke toegang?
 - c. Heeft u een onderscheid gemaakt in vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke jeugdhulp? Op welke wijze?
 - d. Maakt de vrij toegankelijke hulp onderdeel uit van de gemeentelijke toegang? Graag toelichten.
 - e. Welk aandeel van het jeugdhulpbudget is besteed aan de vrij toegankelijke hulp?



- f. Op welke wijze financiert u de toegang: op productie (pxq), op functie (taakgericht budget) of is er sprake van populatiebekostiging? En de andere jeugdhulp?
- g. Is de wijze van inkoop van invloed op het dagelijks werk in de gemeentelijke toegang? Zo ja, hoe?
- h. Was er voldoende ingekocht in 2015, 2016? Volgens u? Volgens zorgaanbieders, anderen?
2. Wijze van sturing:
 - a. Heeft u als gemeente invloed op de omvang en kwaliteit van het gebruik van Jeugdhulp? Hoe?
 - b. Op welke factoren bevreagt u de gemeentelijke toegang en anderen? Hoe monitort u?
 - c. Wanneer bent u tevreden over de toegang? Hoe laat u dat weten?
 - d. Weet u of andere partijen tevreden zijn over de toegang? Is de cliënt tevreden?
3. Heeft u de inkoop en organisatie van de toegang aangepast op basis van evaluatie 2015/16? Op welke punten? Welke argumenten? Van wie kwamen die? Heeft u daar actief naar gezocht?

2. Vragen aan (vertegenwoordigers van) huisartsen

1. Hoe is uw praktijk georganiseerd? Werkt u alleen? in een groepspraktijk? In een samenwerkingsverband eerstelijns zorg? Welke disciplines maken daar deel vanuit? Werkt u met een POH-GGZ voor jeugd?
2. Welk afwegingskader hanteert u bij verwijzing naar jeugdhulp? Hoe geschiedt de triage? Is (eventueel handelingsgerichte diagnostiek) daar een onderdeel van? In welke zin?
3. Welke hulpmiddelen, screeningsmogelijkheden heeft u daarbij?
4. Is er mogelijkheid tot consultatie? Bij wie?
5. Is de passend geachte hulp ook altijd mogelijk? Zo niet, wat gebeurt er dan? Plaatsing op een wachtlijst? Second best? Anders?
6. Heeft u zicht op welke jeugdhulp binnen de gemeente beschikbaar is? Verwijst u naar alle vormen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, naar welke het meeste?
7. Hoe verloopt uw samenwerking met andere jeugdhulpverwijzers in uw gemeente? Wanneer verwijst u naar (een van) hen en wanneer rechtstreeks naar gespecialiseerde jeugdhulp?
8. Hoe kijkt u aan tegen de wijze waarop de toegang tot de jeugdhulp in uw gemeente is georganiseerd?

3. Vragen aan (vertegenwoordigers van) gemeentelijke toegang

1. Hoe is uw team samengesteld (qua grootte en functies)? Welke functies en deskundigheid hebt u beschikbaar in het team?
2. Welk afwegingskader hanteert u bij verwijzing naar jeugdhulp? Hoe geschiedt de triage? Is (eventueel handelingsgerichte diagnostiek) daar een onderdeel van? In welke zin?
3. Welke hulpmiddelen, screeningsmogelijkheden heeft u daarbij?
4. Is er mogelijkheid tot consultatie? Bij wie?
5. Is de passend geachte hulp ook altijd mogelijk? Zo niet, wat gebeurt er dan? Plaatsing op een wachtlijst? Second best? Anders?
6. Heeft u zicht op welke jeugdhulp binnen de gemeente beschikbaar is? Verwijst u naar alle vormen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, naar welke het meeste?
7. Hoe verloopt uw samenwerking met de andere jeugdhulpverwijzers in uw gemeente? Wanneer verwijst u naar (een van) hen en wanneer rechtstreeks naar gespecialiseerde jeugdhulp?
8. Hoe kijkt u aan tegen de wijze waarop de toegang tot de jeugdhulp in uw gemeente is georganiseerd?

