

Doen wat werkt: vier lessen om jeugdzorg te verbeteren

Charles de Monchy¹ en Ernst-Jan Wind²

Sinds een jaar schetsen alarmerende studies én krantenkoppen een dramatisch beeld van de jeugdzorg. Veel studies gaan over Rotterdam, maar ook landelijk sloeg de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd alarm (bron 1)³. Het lijkt nu of het in heel Nederland slecht gesteld is met de jeugdzorg terwijl er ook gemeenten zijn waar het prima gaat. In Utrecht gaat het al jaren ieder jaar beter, zo ontdekte Charles in de wijk Zuilen Ondiep, toen Ernst-Jan een rondleiding langs het teamwerk in o.m. jeugdhulp gaf. De dynamiek op de werkvloer tussen huisartsen, buurtteams, JGZ en specialistische zorg is bijzonder. Dat is niet aan één persoon of organisatie toe te schrijven maar het resultaat van samenspel; een optelsom van enthousiaste professionals uit zowel het medische- als het sociale domein en politiek die samen bereid zijn om elke dag passende zorg en ondersteuning te realiseren.

Wat doen we met de kennis die in Utrecht wordt opgedaan? Trekken we daar lessen en conclusies uit? Tot nu toe lijkt het een goed bewaard geheim, en daar zijn wellicht goede redenen voor. Het is nu eenmaal onverstandig je hoofd boven het maaiveld uit te steken, en een negatieve vergelijking is moeilijk te onderbouwen. Toch hebben wij de situatie in Utrecht en Rotterdam op een rij gezet om te kijken wat we hiervan kunnen leren. Dit zijn de vier lessen die wij belangrijk vinden:

1. **Vertrouwen werkt sneller dan controleren met contracten**

Professionals die het vertrouwen krijgen om te doen wat nodig is gaan meteen met hulpvragen aan de slag, ook als ze complex zijn. Als de *gewenste* resultaten *eerst* in contracten komen zijn lange wachttijden en rompslomp het gevolg.

2. **Werkplezier is het eerste verbeterpunt**

Zorgen dat professionals in jeugdhulp/-zorg hun werk *met plezier* kunnen doen is niet zo moeilijk als zij de ruimte krijgen om te doen wat nodig is.

3. **Faciliteer de samenwerking, niets gaat vanzelf**

In de jeugdzorg gaat het om de samenwerking tussen professionals in de verschillende lijnen: die moet goed zijn, vooral bij de jeugdigen en ouders met

¹ Adviseur bij Planfacilitators en onderzoeker bij Stichting Transactieland

² GEZ Coördinator van Stichting Zuilen Ondiep GEZond en directeur van Impulsor.health

³ Zie de lijst met bronnen aan het eind van het artikel

complexe zorg- en ondersteuningsvragen.⁴ Dit vergt toewijding en tijd, het gaat niet vanzelf.

4. **Focus op wat werkt in de praktijk van de wijk**

De jeugdhulp wordt beter als professionals kunnen focussen op wat werkt in de praktijk van hun wijk en buurt. Zorg dat ze kunnen *uitwisselen* wat ze vinden, dan gaat wat werkt als een lopend vuurtje rond.

En dan is er nog een bonuspunt, een extra reden om hier snel mee te beginnen:

5. **Financiële problemen in de jeugdzorg zijn oplosbaar**

Veel gemeenten in Nederland hebben een aanzienlijk tekort op de begroting voor jeugdzorg. Wij zien dat een groot deel van dat tekort kan worden opgelost door transactiekosten in het stelsel te elimineren. Dat is een goed begin. In dit artikel laten wij zien hoe we tot deze conclusies gekomen zijn.

Les 1. Vertrouwen werkt sneller dan controleren van contracten

Als een kind en ouders hulp nodig hebben is de toegang tot de hulp het eerste waarmee ze te maken krijgen. We konden geen cijfers van de gemeente vinden over wachttijden in Rotterdam, maar alarmerende koppen in de krant des te meer. Typerend is dat de wachttijden in Rotterdam inmiddels in maanden worden uitgedrukt, waar Utrecht dagen en weken hanteert.

Wachttijden in 2019	Utrecht	Rotterdam
Buurtteams Jeugd	6 dagen	1,5 maand*
Gemiddelde 2 ^e lijn	2 weken	4 maanden en meer**

Gemeente Utrecht, bron 3, * Rekenkamer Rotterdam, bron 7, pag7 ** IGJ, bron 10, p 18

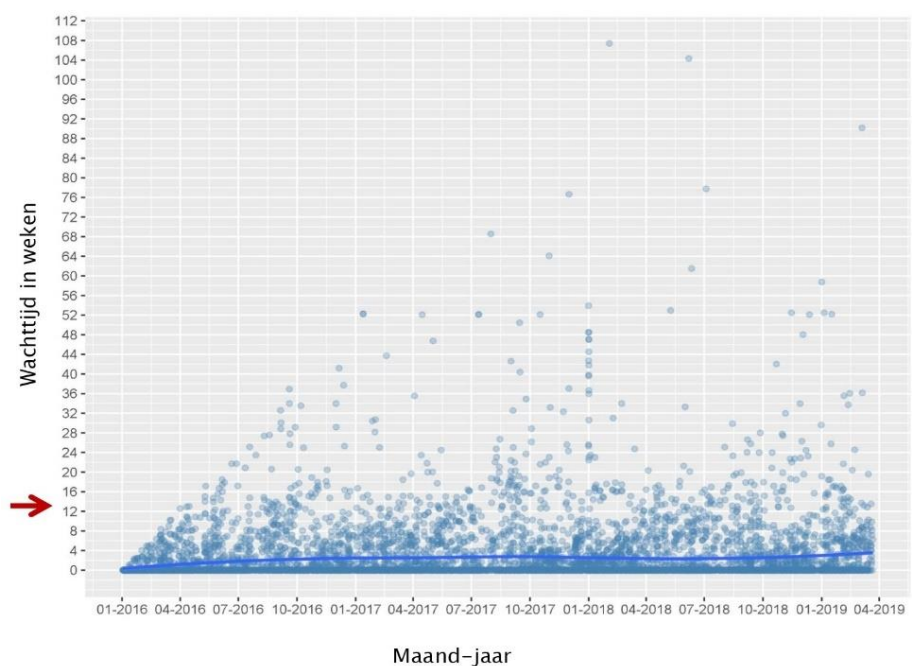
Dat is een groot verschil. Er is ook een groot verschil in de manier van werken. In Utrecht gaan professionals vrijwel meteen met een hulpvraag aan de slag. In Rotterdam wordt eerst onderhandeld over welk resultaat behaald moet worden, welke prijs daarbij hoort en wie dat moet doen. Daarna gaat men aan de slag. Hieronder gaan we kijken hoe dat uitwerkt.

1.1 In de Utrechtse jeugdhulp is de gemiddelde wachttijd twee weken

De gemeente Utrecht heeft als beleid voldoende zorg in te kopen zodat er geen wachttijden zijn. Sinds 2016 publiceert zij het volledige frequentie-duur diagram met wachttijden.

⁴ Dat zijn vragen of situaties waar om uiteenlopende redenen niet meteen duidelijk is wat er moet gebeuren en wie dat zou moeten doen. Hierna gebruiken wij de term ‘mensen met complexe ondersteuningsvragen’.

Deze grafiek toont de frequentieverdeling en gemiddelde wachttijd (doorgetrokken lijn) voor aanvullende hulp in weken in de gemeente Utrecht, van 2016 t/m april 2019. De rode pijl is wettelijke termijn van 12 weken. (Gemeente Utrecht, bron 3).



De gemiddelde wachttijd is ongeveer twee weken, maar er zijn ook kinderen die een jaar of meer op behandeling wachten. De gemeente neemt hier verantwoordelijkheid voor in de vorm van een Commissie Passend Alternatief en Maatwerk met doorzettingsmacht en een eigen budget van 6 miljoen euro.⁵ Jaarlijks worden zo'n 200 verzoeken gehonoreerd. Het gaat daarbij veelal om zorg die zo specialistisch is dat deze niet of te weinig gecontracteerd is. De Commissie zoekt samen met betrokken zorgpartijen naar manieren om mensen met complexe ondersteuningsvragen te helpen. Daar komen ook suggesties uit om de coördinatie tussen eerste, tweede en derde lijn te verbeteren (Gemeente Utrecht, bron 3).

De buurtteams Jeugd in Utrecht zijn vrij toegankelijk en werken samen met jeugdartsen, huisartsen en schoolconsulenten in de eerste lijn. In 2017 is de gemeente Utrecht een pilot gestart om ambulante specialistische hulp in vier (van de tien) wijken in de eerste lijn te integreren.⁶ Het *Extr@-team* van specialistische hulpverleners – zoals GZ-psychologen, gezinsbehandelaren, orthopedagogen, psychotherapeuten, kinder- en jeugdpsychiaters en systeemtherapeuten – biedt samen met de professionals in de eerste lijn als één team jeugdhulp in de wijk. Specialistische zorgverleners werken vanuit een consortium met een *lumpsumfinanciering* en hebben de ruimte om te doen

⁵ Zie de tabel met cijfers aan het eind van dit artikel

⁶ Zie ook: <https://vng.nl/artikelen/utrecht-aan-de-slag-met-buurtgerichte-specialistische-jeugdhulp>

wat volgens hen nodig is. De wettelijke verwijzers bepalen de toegang zonder tussenkomst van de gemeente.⁷

Hoe dat in de praktijk gaat beschrijft Nivel (bron 12, pag. 108) als volgt:

“De ervaringen van betrokkenen bij de pilot zijn positief. Volgens de geïnterviewde klinisch psycholoog die werkzaam is in een Extr@Utrecht-team is het een efficiënte manier van werken. Het is eenvoudiger om op huisbezoek te gaan, maar ook kunnen cliënten ervoor kiezen op het kantoor in hun buurt te komen; dat laatste heeft vaak de voorkeur van adolescenten. De samenwerking met andere specialisten, buurtteammedewerkers, huisartsen, jeugdverpleegkundigen, consultatiebureauartsen en scholen gaat makkelijker en beter, omdat je in de buurt zit en elkaar kent. (...) Positief is volgens de geïnterviewde GGZspecialist ook dat zij als professional alle vertrouwen krijgt van de gemeente. Zij kan zelf bepalen hoeveel tijd nodig is per gezin en voor een bepaalde behandeling; ze hoeft niets te registreren of te verantwoorden.”

De professionals in het veld hebben afspraken gemaakt over wie welke overleggen organiseert, wie welke informatie deelt en hoe die communicatie loopt. Eens in de maand of twee maanden bekijken de teams hoe de afspraken werken en welke lessen geleerd worden (Gem. Utrecht, bron 5).

Vanaf 2020 wordt alle specialistische jeugdhulp – zowel de ambulante als de residentiële - in alle tien wijken in Utrecht via specialistische wijkteams aangeboden. Er zijn twee consortia van grote en kleine aanbieders gevormd die ieder een aantal wijken bedienen waarbij de uitvoerder kan doen wat nodig is zonder tussenkomst van de gemeente via een taakgerichte uitvoeringsvariant. Bijzonder daarbij is dat wát geleverd wordt niet volledig vastligt, maar tijdens de looptijd aan de wensen van de betrokken partijen kan worden aangepast.⁸

1.2 Zekerheden in contracten vastleggen duurt lang

In Rotterdam komt de gemeentelijke kinderombudsman in juni 2019 met een noodkreet: *Het is mijn toekomst! Waar wachten we op?* (Kinderombudsman, bron 11) een onderzoek naar de problematiek van de lange wachttijden voor de specialistische hulp, waarin jongeren aangeven hoe men hen kan helpen de lange wachttijd heelhuids door te komen. De gemeente Rotterdam geeft aan dat het budget onvoldoende is om aan de vraag te voldoen, er personeelstekort is en professionals last hebben van

⁷ Buurtteam Jeugd, Huisarts, Jeugdarts, Rechter en Gecertificeerde Instelling.

⁸ Zie [Bovenregionale aanbesteding zeer specialistische jeugdhulp](#), gemeente Utrecht

bureaucratie.⁹ In oktober 2019 organiseert de gemeenteraad een serie hoorzittingen met praktijkexperts. Het verslag *‘Een kind is geen kavel’* (Begeleidingsgroep van de Raadscommissie ZOJCenS, bron 15) laat zien hoe het systeem werkt: Er zijn 6 percelen gecontracteerd, in oplopende zwaarte: ambulante hulp, daghulp, pleegzorg, langdurig verblijf, opname en crisishulp. Om een behandeling te kunnen starten moet het wijkteam, de ouders en jeugdigen de volgende stappen doorlopen¹⁰:

1. Situatie in kaart brengen (ontwikkelbehoeften van het kind, opvoedingsvaardigheden van de ouder(s), invloed van gezins- en omgevingsfactoren, hulpbronnen en draagkracht vanuit het eigen netwerk en veiligheidscheck)
2. Gewenste resultaten van de gevraagde hulp en de in te zetten middelen omschrijven in een arrangement;
3. Een aanbieder kiezen of zoeken, afhankelijk van de beschikbaarheid;
4. Het arrangement bestellen via een gemeentelijke beschikking;
5. De aannemer gaat aan de slag; schakelt zonodig een onderaannemer in.

De aannemer is verantwoordelijk voor het behalen van een resultaat, waardoor starheid ontstaat die wachttijden veroorzaakt. Een arrangement aanvragen duurt meestal 6 weken, en moet voor iedere hulpvraag voor specialistische hulp worden gedaan. Dus opschalen of afschalen kost opnieuw 6 weken aan overleg, schuiven met budgetten en beschikkingen. Vervolgens is er ook nog een wachttijd om met behandeling te beginnen. De raadscommissie (bron 15, pag. 4) rapporteert dat het vooral mis gaat rondom complexe zorg- en ondersteuningsvragen:

“Veel draait om geld, en daar is te weinig van. De hand blijft op de knip en de vraag is: kan het niet goedkoper? Jeugdhulp als markt heeft ervoor gezorgd dat partners ook concurrenten zijn. De druk op de budgetten heeft gezorgd voor het mijden van lastige situaties en (dure) risico’s. Na de Europese aanbesteding zijn er winnaars en groeiers, de hoofdaanemers, en er zijn verliezers, de onderaannemers die de continuïteit van hun specialistische hulp in het gedrang zien komen. Sommige van de hoofdaanemers, ook wel aangeduid als supermarkten in de jeugdhulp, zijn ambitieus en willen het segment van de (hoog)specialistische hulp zelf bedienen en sturen medewerkers naar trainingen en opleidingen. (...)

Met als frustrerende ervaring dat kinderen en jongeren met complexe (gezins)problematiek na lang aanmodderen en getalm bij hen (specialistische

⁹ Zie de [reactie van de gemeente Rotterdam op rapport van de kinderombudsman](#), pag. 2

¹⁰ [Werken met het arrangementenmodel](#), Jeugdhulp Rijnmond, april 2019

onderaannemers) worden aangeboden. Zo'n 75% van de kinderen/jongeren komt in crisis binnen. Jongeren die anderen liever buiten de deur houden of jongeren die al dan niet via stepped care¹¹ in plaats van matched care, uiteindelijk en veel te laat, specialistische en forensische hulp krijgen.”

Na druk vanuit de gemeenteraad zijn de hoofdaanemers in juni 2019 gestart met een Forensische overlegtafel om met gemeenschappelijk budget de ernstigste forensische casussen op te lossen. Jongeren met complexe problematiek die vrijwillig behandeling zoeken komen echter (nog) niet op deze tafel aan bod (Raadscommissie, bron 15, p.5). Een belangrijke aanbeveling van de raad aan het college is: vertel voortaan het échte verhaal, analyseer hoe het systeem (niet) werkt en los de knelpunten op. De wethouder belooft beterschap in de zin dat ze zal uitzoeken wat er moet veranderen.¹²

1.3 Vertrouwen versnelt, contracten vertragen

Per definitie is geen enkele uitvoeringsvariant geschikt voor alle complexe casuïstiek, je zal altijd iets moeten doen om het passend te maken. Het stelsel in Utrecht werkt met een simpele lumpsumfinanciering gebaseerd op historisch verbruik en de professionals kunnen zonder enige bureaucratische vereiste doen wat nodig is. Dit systeem werkt snel, ieder jaar beter en biedt flexibiliteit.

In Rotterdam zijn de aanbieders per soort hulp gecontracteerd en de budgetten zijn verdeeld. Vervolgens wordt vooraf zekerheid gevraagd over een te leveren resultaat voor de behandeling van een jeugdige met een gedrags- of gezinsprobleem, maar de wal keert het schip als blijkt dat de aanbieders die beloften niet kunnen waarmaken omdat er geen flexibiliteit is. Ondertussen kosten al die contracten veel tijd en geld.

Wachlijsten leveren schade op voor jeugdigen en gezinnen, maar er hangt ook een prijskaartje aan. De problematiek wordt zwaarder tijdens het wachten en dus nemen de kosten snel toe. Een ander punt is dat het maken en beheren van al die contracten ook tijd en geld kost, door ons hier transactiekosten genoemd.¹³ Wij nemen aan dat jaarlijks voor ca. 12.700 trajecten arrangementen, beschikkingen, verantwoordingen en facturen opgesteld. Aan het eind van dit artikel maken we een schatting van al deze kosten, die in Utrecht nagenoeg afwezig zijn.

¹¹ *Stepped care* betekent 'eerst een lichte behandeling proberen, en zo nodig opschalen'. *Matched care* betekent 'zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig zonder verwijzingen'.

¹² [Brief van de wethouder aan de commissie Zorg, Onderwijs, Cultuur en Sport](#), 08-01-2020

¹³ Dat zijn alle kosten die nodig zijn om passende zorg bij jeugdigen te krijgen, zoals kosten van coördinatie, contracten, facturen, controle etc. Zie Boerma en Bröcking (bron 18) en Berenschot (bron 19).

Les 2. Werkplezier is het eerste verbeterpunt

De lange wachttijden hebben te maken met geld en coördinatie, maar ook met personeelstekort. Zonder werkplezier van de professionals is een goede dienstverlening sowieso niet mogelijk. Maar in een tijd van spanning op de arbeidsmarkt is werkplezier van nog groter belang. Gewoon zorgen dat professionals hun werk op de best mogelijk manier kunnen doen ligt heel erg voor de hand, maar helaas komt werkplezier niet in de statistiek voor. De jaarverslagen en gemeentelijke notities gaan over ziekteverzuim en personeelsverloop, en dat zijn de kosten die gepaard gaan met werkstress.

Die is aanzienlijk, maken we uit de cijfers op:

	Utrecht*	Landelijk	Rotterdam**
Ziekteverzuim 1 ^e lijn	6,4%	6%	onbekend
Ziekteverzuim 2 ^e lijn	6-7%		6,4%
Ziekteverzuim Jeugdbescherming	7,1%		9-11,3%
Personeelsverloop 1 ^e lijn	12%	16%	onbekend
Personeelsverloop jeugdbescherming	14%		24%

Bron: * gemeente Utrecht (3) ** JBRR (4 en 21). Gemeente Rotterdam geeft geen cijfers.

In Utrecht probeert men hier wel wat aan te doen. De kwartiermaker van de pilot Buurtgerichte Specialistische Jeugdhulp (Gemeente Utrecht, bron 5) verwoordt dit als volgt:

“Ik durfde de rol van kwartiermaker aan te nemen, omdat ik het idee had dat de gemeente Utrecht als één van de weinige regio's de uitdaging aannam om zelfs in de inkoop het idee van integrale jeugdhulp ruimte te geven. (...) Hier werden voor mij de schotten tussen basis en specialistische Jeugd GGZ, de voormalige provinciale jeugd- en opvoedhulp en de hulp aan kinderen met een beperking echt doorbroken.

Inhoudelijke ambities worden ook echt vertaald in inkoop.

(...) Goede professionals in de jeugdhulp redeneren niet vanuit zichzelf maar vanuit het kind, de jongere en het gezin. De professionals die zich erkend voelen in hun deskundigheid en hun gedrevenheid willen werken in deze setting, voor een gemeente die dit niet alleen maar mogelijk maakt maar ook echt draagt.”

Ook binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ), waar de huisartsen onderdeel van uit maken, is sturen op de gezondheid van de professionals een doelstelling en wordt hier beleid op gemaakt en uitvoering aan gegeven.

2.1 De relatie tussen cliënt en professional is belangrijk

Typerend voor de aanpak in Utrecht is de wijze waarop de relatie met de cliënt en de autonomie van de professional hierin vorm krijgt. Veel professionals gebruiken het

zogenaamde 4D-model (bron 23) om het gesprek met cliënten met meervoudige problematiek vorm te geven. Het 4D-model biedt een kapstok voor professional en cliënt om gezamenlijk de situatie in de vier domeinen *Lichaam, Geest, Maatschappelijk* en *Sociaal* helder te krijgen met aandacht voor de huidige en de gewenste situatie van de cliënt. Zo wordt duidelijk wat de cliënt wil veranderen en welke hulp daarbij nodig is. Het 4D-model is een gespreksmodel, het is geen vragenlijst of format, je kan er van alles mee doen:

“Naast inzet om te inventariseren, overzicht te creëren en te prioriteren kan het 4D-model ook worden gebruikt om onderlinge verbanden te verhelderen tussen domeinen óf verwachtingen in de zorg of ondersteuningsrelatie te verhelderen. Ook in de samenwerking wordt het 4Dmodel gebruikt, bijvoorbeeld om af te stemmen tussen professionals en in casuïstiekbesprekingen.” (Stichting Overvecht Gezond, bron 16)

Het 4D model is in 2010 ontwikkeld door twee huisartsen in de Utrechtse achterstandswijk Overvecht die mensen met meervoudige problematiek een betere plek in de gehele eerstelijnszorg wilden geven. Deze aanpak staat nu bekend als *Krachtige basiszorg* (bron 6) die inmiddels wordt uitgevoerd in twaalf ‘moeilijke wijken’ in de vier grote steden en Haarlem. Op een of andere manier passen de meeste huisartsen, buurt- en jeugdhulpverleners in deze wijken het 4D-model toe bij de ‘mensen met complexe zorg- en ondersteuningsvragen. Dit is vaak ongeveer 20% van de cliënten in achterstandswijken. Ze bepalen zelf wanneer ze het 4D-model gebruiken en begeleiden de cliënt naar andere professionals waarmee zij samenwerken. Niets is verplicht; vaak regelen professionals de scholing onderling. Professionals hebben zelf ervaren dat wanneer interprofessionele samenwerking nodig is één taal en één werkwijze noodzakelijk is. Dit heeft met werkplezier te maken, omdat de meeste professionals heel graag zelf bepalen hoe zij de relatie met de client vormgeven.

2.2 Wijkteams in Rotterdam worstelen met een vragenlijst

In Rotterdam zijn meer alarmerende krantenkoppen dan betrouwbare cijfers te vinden over de werkstress. De gemeente zelf geeft geen cijfers over de wijkteams.

In 2018 verscheen het rapport ‘Het komt niet in de buurt’ (bron 7) van de Rotterdamse Rekenkamer, waarin zij laat zien dat in Rotterdam de doelen van de transformatie (jeugdzorg dichterbij, minder specialistische zorg) niet worden gehaald en ook in de toekomst niet gehaald zullen worden. De conclusies zijn onder meer:

- Wijkteammedewerkers hebben last van de gemeentelijke bureaucratische regels en krijgen onvoldoende ruimte om samenwerking in de wijk op te bouwen;
- De gemeente onderkent de eigen bijdrage aan de problematiek onvoldoende.

Dit klinkt nog wat abstract, NRC¹⁴ beschrijft de werksituatie als volgt:

“Hulpverleners, zo blijkt, voelen zich vaak onbegrepen en onmachtig: uitgescholden door ouders, opgejaagd door de afgenomen tolerantie voor fouten, overwerkt en ingesnoerd in een strak bureaucratisch korset.”

Hoe ziet zo'n bureaucratisch korset eruit? De wijkteams zijn verplicht om bij aanvang van de hulp een checklist van ca. 30 pagina's te gebruiken om de zelfredzaamheid van een client op een 150-tal indicatoren te scoren. Dit heet het Vraag Analyse Instrument (VAI). Het dient als basis voor een hulpplan en het daar uit voortvloeiende arrangement. De gemeente wil dat de buurtteams de VAI in minimaal 80% van de gevallen toepassen, ook al geven professionals bij herhaling aan dat dit niet goed werkt. Wijkteammedewerkers over het VAI:

“De VAI is eigenlijk ‘een ramp’. Het kost soms twee of drie uur om de VAI helemaal in te vullen met een cliënt. (...) Helaas is het afnemen van de VAI verplicht. Maar het afnemen van de VAI kan de cliënt het gevoel geven dat hij verhoord wordt over zaken die niets met de hulpvraag te maken hebben. De intake zou eigenlijk veel eenvoudiger moeten zijn: Keep it simple!”. (...)

Ik ben van mening dat de cliënt in eerste instantie moet weten dat hij vragen op de verschillende levensgebieden aan ons kan stellen. Vervolgens moeten wij wel per situatie bekijken welke levensgebieden relevant zijn om uit te vragen en geen vragen over een levensgebied stellen als hier geen aanleiding voor is.” (Rekenkamer, bron 7)

Een evaluatie van de VAI door de gemeente zelf in 2017 concludeert:

“Redenen om het VAI niet (altijd) te gebruiken zijn: het VAI is te lang, te uitputtend voor de klant of er is sprake van enkelvoudige problematiek. De algemene opvatting is dat ‘het gesprek’ als een leidraad moet worden gebruikt, ter ondersteuning, en niet strikt als een vragenlijst moet worden toegepast.”

De gemeente vindt echter dat er kaders moeten zijn, een volledige inschatting van de risicosituatie nu eenmaal bij het beroep hoort, de VAI een professionele norm is, belangrijk is voor een eenduidige dienstverlening en bescherming van de professional biedt. De gemeente legt niet uit waarom de VAI in 80% van de gevallen toegepast moet worden, ook als dit niet - of averechts werkt. (Rekenkamer, bron 7, pag. 25).

De aanpak in Rotterdam is tegengestelde aan die van Utrecht. Daar geven professionals meer aandacht aan de 20% cliënten met complexe zorg- en ondersteuningsvragen; dat is logisch omdat daar 80% van de middelen naar toe gaat. Een gespreksmodel werkt

¹⁴ [“Te vaak is het de jeugdzorg zélf die kinderen beschadigt”](#) NRC, maart 2019

beter dan een format van 30 pagina's en de professionals bepalen zelf wanneer dat nuttig is.

De benodigde inzet van middelen in Rotterdam is aanzienlijk: voor 13.500 cliënten per jaar in 44 wijkteams is jaarlijks zo'n 20-30.000 uur gemoeid, waarvan naar schatting 80% verloren gaat omdat er geen complexe situatie is, zeg 20.000 uur per jaar.

Dit is frustrerend voor professionals. Wij hebben diep respect voor diegenen die desondanks het bijltje er niet bij neer gooien, en voor diegenen die dat wel hebben gedaan trouwens ook. Wij vragen ons ondertussen wel af hoeveel het personeelsverloop af zou nemen als professionals zelf mogen bepalen hoe zij hun instrumenten inzetten.

Les 3. Faciliteer de samenwerking, niets gaat vanzelf

Veel rapporten over de jeugdzorg bevatten de aanbeveling – of de verzuchting – dat de samenwerking tussen de betrokken professionals beter zou kunnen, maar dat betekent niet dat het ook eenvoudig te regelen is. Professionals als huisartsen, jeugdteammedewerkers, jeugdpsychiaters en jeugdbeschermers hebben geheel eigen professionele en institutionele richtlijnen die soms onderling spanning vertonen. Dit betekent dat deze spanning moet worden onderzocht en bedacht moet worden hoe daar uit te komen voordat een crisissituatie zich voordoet.

3.1 Stap voor stap naar integratie

We hebben in les een gezien dat Utrecht werk maakt van de samenwerking tussen het medische domein (jeugdarts, huisartsen en andere eerstelijns aanbieders), het sociale domein (scholen, buurtteams, jongerenwerk etc), en tweede- en derde lijn (specialistische ambulante jeugdhulp, hulp met verblijf). Dat is niet zomaar besloten: het heeft een geschiedenis die we hier kort samenvatten.

In mei 2016 kwam een groep van 23 mensen - huisartsen, buurtteamleden, aanvullende zorgverleners, een ouder en een ambtenaar - bij elkaar om een visie de jeugdhulp in Utrecht te formuleren (Trimbos-Instituut 2018, bron 17). Samengevat luidt die (Raadsmemo, bron 5):

- *Er wordt cliëntgerichte zorg geboden, waarbij wordt gewerkt met een persoonlijke aanpak op maat, die uitgaat van de kracht en vraag van het gezin*
- *Een wijkgerichte aanpak, waarbij zorg, daar waar nodig, tijdig, dichtbij en op maat wordt geboden. De krachten van het informele netwerk, de basiszorg en de aanvullende zorg worden gebundeld en op elkaar afgestemd. Er wordt als team met de basiszorg gewerkt, om en met het gezin.*

- *Daar waar specialistische hulp passend is, worden duurzame oplossingen geboden. Hierbij zien we het kind in de context van het gezin en hun omgeving en de ontwikkelingsfase die zij doormaken.*

Deze visie vraagt nauwe samenwerking van de professionals in het veld. Ook werd besloten een proeftuin op te zetten om de samenwerking tussen huisartsen en het buurtteam jeugd te versterken. Die pilot was er niet voor niets: huisartsen en buurtteamleden hebben verschillende referentiekaders die samenhangen met hun beroep. Het kost tijd om elkaars mores en codes te leren kennen, en het zo te regelen dat precies die kennis wordt uitgewisseld die op dat moment nodig is. Deze aanpak werd al snel ook in de andere wijken over genomen.

Daarna werd een proeftuin gestart om de samenwerking met specialistische teams ook op wijkniveau te regelen. (bron 5) Feitelijk was er nu één team van huisartsen, buurtteam jeugd en specialistische hulpverleners, dat zowel de toegang en de uitvoering van de eerste én de tweedelijnszorg helemaal regelt, zonder veel bemoeienis van de gemeente in het werkproces. Ook hier bleek na een ‘inwerkperiode’ dat professionals grote waarde hechten aan elkaars expertise en elkaar ‘als één team’ weten in te schakelen. Meer dan 90% van de cliënten kan na afsluiting van het traject verder zonder hulp. (Gemeente Utrecht, bron 3)

In deze periode ontwikkelde de gemeente Utrecht werkende weg het hierboven beschreven taakgerichte aanbestedingsmodel, en zijn ook veel belemmerende kaders die vanuit organisaties komen verwijderd.¹⁵ Hiermee werden de voorwaarden voor effectieve samenwerking geschapen.

Nivel (bron 12) concludeert in een overzicht-studie van het jeugdstelsel dat samenwerking over de domeinen heen van groot belang is voor de effectiviteit van hulp en raadt aan:

- *Ontwikkel een visie op wat ‘passende hulp’ in de praktijk betekent en werk vage begrippen als ‘normaliseren’, ‘eigen kracht’ en ‘integraal’ verder uit.*
- *Doe dat met de professionals op de werkvloer, en vergeet ouders niet;*
- *Maak afspraken over wat ‘regie’ betekent, dus wie doet wat en wanneer;*
- *Erken dat er verschillende professionele en juridische kaders zijn die kunnen conflicteren, en los die op.*

Dit is precies wat de professionals in de proeftuinen en ontwikkeltafels in Utrecht de afgelopen jaren hebben gedaan. Ernst-Jan was erbij toen ze dat deden en het staat in

¹⁵ bv. Vereiste van een DSM-classificatie om een cliënt te kunnen helpen, een verplichte duur en/of frequentie van gesprekken/trajecten, tijdsregistratie per minuut en schotten tussen oude sectoren (bron 5)

detail beschreven in de verslagen van de proeftuinen. (bronnen 4 en 5) De integratie van de nulde, eerste en tweede lijn wordt in 2020 verbreed naar alle wijken in de stad, waarbij ook de integratie met de derde lijn wordt ingezet (zie pag. 4, noot 8).

3.2 Jeugdigen in Rotterdam wachten op één beleid voor veiligheid

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kwam in april 2019 met het rapport *Samenwerken aan veiligheid, een onderzoek bij JBRR, Enver en de wijkteams te Rotterdam* (bron 10), waaruit bleek dat het aanbod van basishulp, specialistische hulp en Jeugdbescherming onvoldoende op elkaar was afgestemd, en dat er ook nog geen mechanismen waren om dat te doen. De veiligheid van jeugdigen was in het geding. Ieder doet te veel zijn eigen ding, waardoor de volgende situaties ontstonden:

- Verschillen in visie tussen hulpverleners in de tweede en derde lijn leidden tot moeilijkheden bij crisisinterventie, verwijzen en overdracht. (De een zei: opnemen; de ander zei: alternatief zoeken);
- Afschalen vanuit de tweede en derde lijn was moeilijk vanwege wachtlijsten in de eerste en tweede lijn: jongeren bleven te lang in de specialistische hulp, of krijgen terugval omdat ze na ontslag geen basishulp krijgen;
- Daardoor liepen de wachtlijsten bij specialistische hulp steeds verder op.

De aanbevelingen van de IGJ (bron 10) sloten naadloos aan bij de conclusies van Nivel eerder in dit artikel, en zij voegde daar nog twee punten aan toe voor Rotterdam:

- *Zorg voor een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod (in eerste en tweede lijn)*
- *Onderzoek hoe de wachtlijst problematiek verkleind kan worden.*

Hiermee bevestigde de IGJ nog maar eens dat de veiligheid van jeugdigen wordt bepaald door de samenwerking tussen de professionals in de verschillende lijnen. Het vergt tijd en aandacht van de gemeente om het systeem als geheel werkend te krijgen, het gaat niet vanzelf.

Les 4. Focus op wat werkt in de praktijk van de wijk

Utrecht en Rotterdam verschillen behoorlijk wat betreft de samenstelling van de populatie, maar dat geldt ook voor de wijken onderling. De verschillen tussen achterstandswijk Overvecht en Centrum zijn enorm, en dat heeft zijn weerslag op het jeugdzorgaanbod en buurtwerk, dus op de achterstandswijken wordt zwaarder ingezet en met andere accenten dan welvarender wijken als Leidsche Rijn (Gemeente Utrecht, bron 5):

“Net als de professionals zien de verwijzers in de pilotwijken nog kansen om meer te investeren en te sturen op het uitvoering geven aan de gedeelde visie op jeugdhulp. Bijvoorbeeld door gezamenlijk data en cijfers uit de wijk te analyseren en bespreken om te bepalen welke richting/inzet nodig is in die specifieke wijk en hierbij aandacht te hebben voor de vraag: hoe zorgen we dat we met de middelen die we hebben, de gezinnen helpen die dat het meeste nodig hebben?”

In een welvarende wijk als Leidsche Rijn zijn er veel vragen over diagnoses terwijl in Zuilen Ondiep meer behoefte is aan algemene opvoedingsproblematiek. Met het programma *Wijkbreed Leren* kunnen professionals in de eerste lijn in de wijken op basis van een analyse van problemen en hulpvraag een eigen ontwikkelroute uitzetten. De laatste stap in dit proces wordt nu in Zuilen Ondiep gezet: op het operationele niveau gaan teams de samenwerking optimaliseren door vier zaken bij elkaar te brengen voor een aantal moeilijke casussen die zij zelf bepalen:

- De werkende afspraken die de samenwerking regelen
- Hoe de klant de hulp in het netwerk¹⁶ ervaart, zowel het effect als de beleving
- Hoe de professional de samenwerking ervaart, zowel de communicatie als de meerwaarde die dat oplevert;
- Het zorggebruik van de client, i.e. de jeugdige en de ouders

Deze informatie wordt met alle collega's in het netwerk gedeeld. Als professionals de ruimte krijgen om te experimenteren komen ze er op deze manier snel achter wat werkt, verspreidt zo'n vernieuwing zich als een lopend vuurtje door de stad en trekt het professionals aan die zo willen werken. ¹⁷

4.1 Het college van Rotterdam gelooft in eigen kracht van de bewoners

In de vorige lessen hebben we gezien dat het gemeentelijk beleid bepaald lijkt te worden door overtuigingen die niet gestaafd worden door de feiten. In het geval van 'eigen kracht' lijkt het geloof in eigen beleid het zicht op wat werkt ook in de uitvoering te belemmeren. De eerste conclusie die de Rekenkamer trekt in haar rapport over de wijkteams luidt als volgt: (bron 7, pag. 12):

“De gemeente heeft te grote verwachtingen van het beroep dat wijkteams kunnen doen op zelfredzaamheid van cliënten en ondersteuning vanuit hun eigen sociale omgeving. Als dit beroep al mogelijk is, dan leidt het nauwelijks tot vermindering van professionele ondersteuning. (komt niet in de buurt).”

¹⁶ Op dit moment meten professionals de klanttevredenheid voor de eigen dienstverlening, niet het geheel.

¹⁷ Voor meer informatie over de proef zie <https://www.planfacilitators.net/blog>

Er werd vaak (76%) een beroep gedaan op het eigen netwerk (familie, vrienden of burens) maar dit werkte slechts in 12% van de casussen.

De gemeente geeft aan dat zij het beroep op eigen kracht niet verplicht stelt, dat dit het uitgangspunt van het beleid blijft, en negeert dat het maar zeer beperkt (12% voor jeugd) werkt. Dit roept de vraag op waarom de wijkteams dit blijven doen. De Rekenkamer geeft aan dat de gemeente de wijkteams wel degelijk vraagt om dit te doen (bron 7, pagina 35).

Doen wat werkt is echt het enige dat we kunnen doen om de jeugdzorg te verbeteren; er zijn simpelweg te weinig mensen om te blijven doen wat niet werkt. Dan lopen zij hard weg. Onze ervaring wijst uit dat geloof in de kracht van de professionals meer oplevert.

Bonuspunt 5. Financiële problemen in de jeugdzorg zijn oplosbaar

Zoals veel gemeenten kampt Rotterdam gemeenten met een financieel probleem in de jeugdhulp: men komt geld tekort voor de tweede- en derdelijnshulp. We baseren ons hierbij op cijfers t/m 2018 die we in de bijlage hebben samengevat. Utrecht geeft €5.661 per cliënt uit in de tweedelijnschulp en dat is voldoende, terwijl Rotterdam het moet doen met €3.740 per cliënt. Als Rotterdam op het niveau van Utrecht wil komen, moet er dus €16,6 miljoen bij. Daarnaast geeft Utrecht nog €6 miljoen extra uit aan mensen met complexe zorg- en ondersteuningsvragen. Aangezien Rotterdam 19.465 jeugdigen in jeugdzorg heeft en Utrecht 11280, is er ongeveer $1,7 \times €6 \text{ miljoen} = €10 \text{ miljoen}$ extra nodig om complexe gevallen onder te brengen. In totaal is er dan een gat van €26,6 miljoen voor de tweede lijn in Rotterdam.

Maar dat is niet alles. In de loop van dit stuk wierpen we vragen op over de omvang van de uitvoeringskosten van de jeugdzorg in Utrecht en in Rotterdam. Wij noemen dit *transactiekosten* omdat ze betrekking hebben op alles wat de instellingen moeten doen om de professionals in staat te stellen de noodzakelijke hulp te kunnen verlenen. In onderstaande tabel maken we een voorzichtige schatting van de bedragen die gemoeid zijn met transactiekosten, en vergelijken we die kosten in Utrecht en Rotterdam.

We zien hieronder dat Rotterdam ca. €30 miljoen vermijdbare transactiekosten heeft die niet bij de jeugdigen terecht komen. Als Rotterdam op hetzelfde niveau aan uitgaven per kind wil komen als Utrecht, zal het naast de eerdergenoemde €26 miljoen dus ook nog €30 miljoen aan transactiekosten moeten besparen *en* zorgen dat dat bedrag bij de jeugdigen terecht komt.

Het verschil in transactiekosten in Utrecht en Rotterdam is ca. €30 miljoen

Transactiekosten eerste lijn	Utrecht	Rotterdam
a. Hoeveel kinderen krijgen jeugdhulp?	11.280	19.465
b. Hoeveel kinderen krijgen tweede-/derdelijns hulp?	(46%) 5.190	(65%) 12.700
c. Hoeveel arrangementen zijn daarvoor nodig? *	n.v.t.	12.700
d. Kosten van arrangement + beschikking (16 uur @ €50,-)	n.v.t.	€ 800
e. Kosten van doorverwijzen (=c x d) per jaar	n.v.t.	€ 10,2 mln.
f. Kosten van verplichte instrumenten (zie pag. 8)	n.v.t.	€ 1,0 mln.
g. Schatting transactiekosten 1 ^e lijn (= f+g)	n.v.t.	€ 11,2 mln.
Transactiekosten tweede en derde lijn		
h. Gemiddelde kosten tweedelijns hulp per kind (zie bijlage)	€ 5.661	€ 3.740
i. Gemiddelde kosten derdelijns hulp per kind (zie bijlage)	€ 27.027	€ 27.253
j. # jeugdigen wachten > 12 weken op 2 ^e lijns hulp (schatting)	200	4000
k. # jeugdigen wachten > 12 weken op 3 ^e lijns hulp (schatting)	100	2000
l. Toename behandelzwaarte t.g.v. de lange wachttijd**	25%	25%
m. Kosten van de wachtlijst tweede lijn (h x j x l)	€ 0,3 mln.	€ 3.7 mln.
n. Kosten van de wachtlijst derde lijn (i x k x l)	€ 0,7 mln.	€ 13.6 mln.
o. Facturen en verantwoording, 4 uur per arrangement	n.v.t.	€ 2,5 mln.
p. Schatting transactiekosten 2 ^e en 3 ^e lijn (= m+n+o)	€ 1,0 mln.	€ 19,8 mln.
q. Schatting transactiekosten totaal (=g+p)	€ 1,0 mln.	€ 31,0 mln.

*Aannemende dat arrangementen nodig zijn voor hulp die niet wordt uitgevoerd door het wijkteam en jeugdhulp met verblijf, maar niet voor jeugdbescherming., zie Bijlage.

**Dit is een wilde aanname, we hebben hier geen gegevens over, hoewel mensen uit de praktijk vrezen dat de werkelijke schade hoger uitvalt. We willen dit graag verder uitzoeken.

Maar er is ook positieve trend mogelijk. In het overzicht (zie de bijlage) is te zien dat Rotterdam ca. 4.000 jeugdigen in de derde lijn krijgt, terwijl dat in Utrecht 1.100 is. Dat is bijna vier keer zo veel; dat zou veel minder kunnen en moeten worden. Het is waarschijnlijk dat als er meer problemen in de tweede lijn opgelost worden, de instroom naar de 3^e lijn afneemt. Hierdoor komt weer geld vrij voor de tweede lijn. We hebben echter in het voorgaande gezien dat hiervoor een betere samenwerking van de professionals in *alle* lijnen noodzakelijk is, dus het zal nog jaren duren voor dat dat lukt. Des te urgenter is het dat alle gemeenten en zorgverleners *nu* volop inzetten op doen wat werkt.

Tot besluit: leert u met ons mee?

Met dit stuk hebben we willen laten zien dat het de moeite loont om te doen wat werkt, en vooral dat de professionals de ruimte krijgen om dat toen. Er zijn al ongelofelijk veel

problemen in de jeugdzorg opgelost en het is zonde om die kennis niet te gebruiken. Daarmee is niet gezegd dat oplossingen makkelijk te herhalen zijn; alles wat werkt heeft zijn eigen context, iedere oplossing vergt *samenwerken*, dus niets gaat vanzelf. Wij zijn uiteraard wel heel benieuwd hoe dit gaat aflopen, dus we willen onderzoek blijven doen naar wat werkt in de jeugdhulp. Zo willen wij willen graag uitzoeken wat de transactiekosten zijn die we hierboven slechts ruw hebben ingeschat. Als u daar informatie over wilt geven laat het ons weten. Ook brengen wij u graag in contact met mensen die ervaring hebben met oplossingen die in dit stuk aan bod zijn gekomen. Het is ons doel dat uiteindelijk *alle* professionals in *alle* buurten in het land binnenkort toegang krijgen tot *veel* informatie over wat werkt in praktijk. De professionals, managers en bestuurders in de hulpnetwerken kunnen dan de best mogelijk samenwerking opzetten. We zijn hier nog maar pas mee begonnen, we hebben nog een lange weg te gaan, en we zoeken professionals en instellingen die hieraan mee willen werken en een bijdrage leveren.

Als u met ons mee wilt leren, neem dan contact met ons op!

Charles de Monchy: demonchy.charles@gmail.com

Ernst Jan Wind: ernstjan@impulsor.health

Bijlage: Kerncijfers over Jeugdhulp in Utrecht en Rotterdam

Kerncijfers over jeugdzorg gemeente Utrecht						Kerncijfers over jeugdzorg gemeente Rotterdam					
	Aantal cliënten Utrecht				#Trajecten		Aantal cliënten Rotterdam				#Trajecten
Jaar	2015	2016	2017	2018	2018	Jaar	2015	2016	2017	2018	2018
Vormen van jeugdzorg						Vormen van jeugdzorg					
Totaal jeugdhulp	5160	9645	11095	11280	14475	Totaal jeugdhulp	13455	14400	18615	19465	27295
Uitgevoerd door wijkteam	15	5420	7830	7900	8385	Uitgevoerd door wijkteam	4030	5290	12580	13540	14545
Niet uitgevoerd door wijkteam	4615	4830	4795	4495	5425	Niet uitgevoerd door wijkteam	8880	8850	8550	8665	10675
Totaal jeugdhulp met verblijf	555	645	580	540	665	Totaal jeugdhulp met verblijf	1840	1705	1840	1705	2070
Totaal jeugdbescherming	750	700	720	650	685	Totaal jeugdbescherming	2520	2465	2350	2300	2500
Totaal jeugdreclassering	265	275	250	240	325	Totaal jeugdreclassering	930	975	890	785	1020
Bron: CBS						Bron: CBS					
						We nemen aan dat voor deze trajecten een arrangement nodig is					
	Uitgaven Utrecht in miljoen euro				€/client		Uitgaven Rotterdam in miljoen euro				€/client
Gewoon opvoeden	3	3	2,8	3,8		Gewoon opvoeden (schatting)	8	8	8	8	
Jeugdhulp door buurtteams Jeugd	6,9	18,8	17,9	22,5	2854	Jeugdhulp door wijkteams	24,78	23,45	28,19	28,85	2131
Aanvullende jeugdhulp (2e lijn)	28,7	22,6	23,1	25,4	5661	Aanvullende jeugdhulp (2e lijn)	14,17	18,87	22,71	32,40	3740
Complexe problematiek			6,6	5,1		Complexe problematiek					
Jeugdhulp met verblijf (3e lijn)	20,4	15,9	16,5	20,9	38763	Jeugdhulp met verblijf (3e lijn)	59,1	54,8	59,1	54,8	32115
Jeugdbescherming (3e lijn)	12,8	11,2	10,4	11,2	12618	Jeugdbescherming (3e lijn)	53,1	58,2	48,5	54,4	23649
3e lijn totaal	33,1	27,1	33,5	37,3	31313	Jeugdbescherming totaal	112,2	113,0	107,6	109,1	35381
Jeugdzorg Utrecht totaal	71,8	71,5	77,3	89,1		Jeugdzorg Rotterdam totaal	159,19	163,31	166,53	178,40	
Bron: gemeente Utrecht						Bron: gemeente Rotterdam					

De cijfers in blauw zijn gebaseerd op een schatting. Rotterdam vermeldt geen uitgaven voor jeugdhulp met verblijf, maar het CBS geeft wel het aantal cliënten. We schatten de kosten van de jeugdhulp met verblijf door de gemiddelde kosten per client per jaar in Utrecht te vermenigvuldigen met het aantal jeugdigen met jeugdhulp met verblijf in Rotterdam.

Bronnen

1. [Signalement kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#), 7-11-2019
2. [Kamerbrief over betere organisatie van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering](#), Ministers de Jonge en Dekker, 7-11-2019
3. Gemeente Utrecht, [Gecombineerde voortgangsrapportage en uitvoeringsagenda Jeugd 2019-20](#)
4. [Proeftuin basiszorg jeugd GGZ](#), M. van Bon en R. Gilsing, Trimbosinstituut, 2018
5. [Raadsmemo Pilot Buurtgerichte Specialistische Jeugdzorg](#) en Bijlage 1, [Leeropbrengsten Pilot Buurtgerichte Specialistische Zorg](#), gemeente Utrecht 2018.
6. [Krachtige basiszorg, overzicht resultaten](#), Marc Roosenboom, Nikki Makkes en Petra van Wezel, Stichting Overvecht Gezond, Utrecht 2018.
7. [Het komt niet in de buurt](#), onderzoek naar aanpak knelpunten functioneren wijkteams, Rekenkamer Rotterdam, juni 2018.
8. [Te vaak is het de jeugdzorg zélf die kinderen beschadigt](#), NRC 1 maart 2019
9. [Veel is veranderd in de jeugdzorg, maar beter werd het niet](#), Vers beton, mrt 2019.
10. [Samen werken aan veiligheid in Rotterdam: een onderzoek bij JBRR, Enver en de wijkteams](#), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, april 2019
11. [Het is mijn toekomst! Waar wachten we op?](#) Toegang tot gespecialiseerde hulp: ervaringen en oplossingen van jongeren, Gemeentelijke Kinderombudsman Rotterdam, juni 2019.
12. [De Jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen](#), Nivel Utrecht, juli 2019.
13. [Jaarverslag Lokalis 2018](#) en [Jaarverslag Includio 2018](#)
14. [Jaarverantwoording Samen Veilig Midden Nederland 2018](#)
15. [Een kind is geen kavel](#), de praktijk van specialistische en forensische jeugdhulp in Rotterdam, Begeleidingsgroep Raadscommissie zorg, onderwijs, jeugd, cultuur en sport van de gemeenteraad Rotterdam, november 2019.
16. [Handleiding voor het 4D model](#), Stichting Overvecht Gezond, 2019
17. [Visie op Basiszorg Jeugd GGZ](#), De ontwikkeling van een gedeeld, stedelijk conceptueel kader in Utrecht, M.J.H. van Bon-Martens, Trimbos Instituut 2016
18. Boerma, N., & Bröcking, B.C. (2019). Van transitie naar transformatie van de jeugdhulp: Biedt de transactiekosten-theorie aanknopingspunten voor meer kwaliteit, minder uitvoeringskosten en lagere administratieve lasten? Bestuurswetenschappen (in press).
19. [Overzicht coördinatiekosten WMO en Jeugd](#), Berenschot 24 sept. 2019

Doen wat werkt, vier lessen om jeugdzorg te verbeteren