

A large yellow circle is partially visible on the left side of the page, with its edge curving towards the center.

Wachttijdproblematiek in regio Rijnmond

De aanpak van wachttijden, bevindingen in regio Rijnmond
en advies voor conceptringingen.

April 2022

Colofon

Auteurs	Frens Pries, Lisa Stavenuiter, Julia Stoevelaar en Sanne Goedhart namens het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ)
Met medewerking van	Maaïke Roestenberg (GRJR) Leoniek Kroneman (BMC) Janinka Steenkuijl (VNG) Alle geïnterviewden uit de regio
Datum	14 april 2022
Versie	1.0

Samenvatting

Het project Aanpak Wachttijden in regio Rijnmond is onderdeel van een landelijk programma van Team Aanpak Wachttijden (voorheen Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd). In dit project wordt gewerkt aan interventies die op korte termijn de wachtlijst kunnen verminderen en verbeteringen die de wachttijd-problematiek structureel kunnen verbeteren. Dit verslag is het resultaat van de eerste fase van de 'structurele lijn'.

Wachttijden

Wachttijden zijn onder andere het resultaat van groei in vraag naar zorg en een vastgelopen systeem dat steeds verder onder druk komt te staan. Doordat in dit systeem alles met elkaar in verbinding staat, heeft het weinig zin om op één specifiek probleem te focussen.

Het is (nog) niet precies duidelijk hoe de problemen ontstaan, maar we kunnen wel verbeteringen maken door in te zetten op de in-, door- en uitstroom in het jeugdzorgsysteem. Dat vraagt een systeemaanpak en betekent ook dat een eenzijdige focus op het behalen van resultaat op de korte termijn afbreuk doet aan het goed begrijpen van het systeem en het stellen van doelen die op langere termijn écht iets gaan veranderen (hoofdstuk 2).

Aanpak

In de aanpak van dit project werken we in verschillende stappen, waarin dit rapport het resultaat is van de (eerste) onderzoeksfase waarin we trachten te zien en begrijpen wat er speelt in de regio rondom wachttijden. Dat hebben we gedaan middels gesprekken met 59 professionals in de regio en het raadplegen van diverse landelijke en regionale rapporten en literatuur. (hoofdstuk 3) De kracht zit echter in het gezamenlijk doen en leren: op basis van de gevonden belangrijke thema's gaan we aan de slag om concepten te ontwikkelen en – eerst op kleine schaal – te testen en verbeteren. De volgende stap is dan ook om samen oplossingen te ontwerpen voor drie thema's, die we vervolgens met professionals en jongeren uit de regio verder vormgeven (hoofdstuk 7).

Bevindingen

In dit rapport hebben we belangrijke bevindingen verdeeld in zeven thema's die te maken hebben in het voorkomen van zorg en verbeteren van de in-, door- en uitstroom; en daarmee het aanpakken van wachttijden (hoofdstuk 5).

Zo zien we dat het belangrijk is om de **eigen kracht** van kinderen en gezinnen te versterken. Ter preventie van problematiek, maar ook om gezinnen tijdens en na een ondersteunings- of zorgtraject te versterken. Daarvoor is de verbinding tussen het onderwijs, het CJG, lokale teams en jeugdhulp belangrijk om zorg op maat te kunnen leveren in de leefomgeving van het kind. Een laagdrempelig aanbod (zoals trainingen, een gezinscoach, lichte zorg op school) ter ondersteuning van ouders en kinderen kan beter zichtbaar of ingezet worden, bijvoorbeeld via scholen, het buurthuis of online.

Ook **vroegsignalering** vereist aandacht om te voorkomen dat problematiek ontstaat of verergert. Leerkrachten kunnen hierin versterkt worden, maar een focus op enkel het verbeteren van signaleren heeft geen zin wanneer geen aandacht wordt besteed aan de vervolgstappen en een laagdrempelige toegang tot hulp. Door dit als één schakel te zien, kan op bijvoorbeeld scholen gewerkt worden aan het verbeteren van signaleren en samenwerking met lokale teams, welzijn of het CJG om het kind naar de juiste hulp of zorg te kunnen leiden. We zien het verbeteren van de toegankelijkheid en vindbaarheid van lokale teams als aandachtspunt in de regio.

Zodra een kind of gezin in beeld is, is een goede vraagverheldering essentieel – ook in het verminderen van wachttijden. Een kind dat naar te zware zorg wordt doorverwezen of op de verkeerde wachtlijst terecht komt, is immers niet alleen nadelig voor het kind, maar veroorzaakt ook langere wachttijden voor andere kinderen of extra druk op professionals. **'Weten en doen wat het beste is voor het kind'** klinkt als een simpel advies, maar vraagt aandacht, kennis en kunde.

Breder ('integraal') kijken dan alleen de diagnose of hulpvraag en weten welk aanbod daarbij passend en beschikbaar is. Ondersteuning op het gebied van signalering en vraagverheldering kan waarde bieden, zoals een bredere inzet van de schoolmaatschappelijk werker en praktijkondersteuning voor huisartsen.

Ook een **duidelijk overzicht van aanbod** kan helpend zijn om een kind of gezin de juiste hulp of zorg te bieden. Dat overzicht ontbreekt nu en is voor veel professionals een knelpunt in het vinden van passende hulp of een contactpersoon die kan meedenken. Een digitaal systeem met het aanbod van zorg, ondersteuning en welzijn (en actuele wachttijden) is een oplossingsrichting die verder verkend kan worden. Meer overzicht kan wellicht ook gecreëerd worden door het aanbod en de werkwijzen van alle lokale teams meer op elkaar af te stemmen.

Verder zien we dat er voor kinderen en gezinnen vaak geen **doorlopende lijn** van zorg en/of contact is in het traject dat zij doorlopen. Het belang van sterke casusregie wordt steeds benadrukt, waarbij één contactpersoon het gezin begeleidt – onafhankelijk van de organisatie(s) die hulp verleent of verlenen. **Sterke casusregie** kan ook helpend zijn in het tijdig afschalen van zorg; één persoon die gedurende het hele traject betrokken is om tijdig de juiste hulp te kunnen regelen en samen (met het kind, ouders en hulpverleners) te blijven werken aan herstel én een sterke basis voor het gezin.

Het is lastig om verbetering aan te brengen in werkprocessen vanwege de werkdruk en dan (logischerwijs) prioriteit te geven aan zorg voor het kind in plaats van tijd te besteden aan verbeterprocessen. Toch is het nodig om ook te **investeren in duurzame veranderingen**, en dat kan klein beginnen. Door met kleine projecten in de praktijk te beginnen (met een groter doel voor ogen) en daarvan te leren – en kennis ook met andere gemeenten of organisaties te delen, kan stapsgewijs geïnnoveerd worden zonder dat in één keer alles en iedereen moet veranderen.

Drie belangrijke thema's

De bevindingen kunnen grotendeels worden samengevat in drie grote thema's, die we verder verkennen in de volgende fase van dit project.

1. Een interactief systeem om vindbaarheid en samenwerking te stimuleren

Een interactief overzicht of systeem leent zich voor een stapsgewijze ontwikkeling, het kan als breekijzer dienen om tijd van professionals vrij te maken, en

is bovendien uitermate schaalbaar. Daarnaast is het een onderwerp dat veel terugkomt, maar nog een gat lijkt te zijn in lopende regionale projecten. Globaal zouden we kunnen beginnen met een interactieve sociale kaart en deze stapsgewijs uitbreiden, zodat het systeem bijvoorbeeld ook bruikbaar wordt voor burgers, het professionals kan helpen elkaar te vinden en administratieve lasten kan verlagen.

2. Versterken proces 'in zorg komen' (vroegsignalering, verwijzing, triage).

Een ander punt dat grote impact kan maken en overlap heeft met verschillende bevindingen uit dit rapport is het proces van in zorg komen. Dit lijkt de plek met misschien wel de meeste impact op wachttijden. Zo zien we ((ook) in landelijke onderzoeken) dat hier veel ruimte ligt om onnodige instroom aan te pakken, veel werk van specialisten te besparen en effectievere zorg aan te kunnen bieden. Dus ook voor onderwerpen als normalisatie en werkdrukverlaging is dit DE plek om mee te beginnen.

3. Integraal samenwerken voor een integrale blik

Tot slot zien we dat er graag meer en beter wordt samengewerkt, dat processen en behandelingen beter op elkaar kunnen aansluiten en dat er in een behandeling soms breder kan worden gekeken dan de diagnose of behandeling alleen. Punten die we ook landelijk al jaren steeds terug zien komen, maar ook punten die vooral in de praktijk erg moeilijk blijken. Bijvoorbeeld omdat (gaan) samenwerken (veel) tijd kost, er groot verloop is in personeel en ontwikkelen/verbreden met de werkdruk die er nu al ligt vaak niet past. Het is bij dit punt dus van belang het kleinschalig en vooral passend bij de lokale praktijk te starten en zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande projecten.

Vervolg

De drie thema's gaan we verder uitwerken met professionals en jongeren uit de regio. Via 'pressure cookers' maken we een eerste aanzet tot concepten en de start van projecten op verschillende plekken in de regio. Uiteraard worden de projecten vormgegeven in verbinding met lopende projecten, de regionale visie Nabij en Passend, de nieuwe inkoop en de (lokaal) betrokken stakeholders – zoals kinderen en professionals.

Inhoudsopgave

<u>Samenvatting</u>	3
1. <u>Introductie</u>	6
2. <u>Een kijk op wachttijden</u>	7
2.1 Hoe erg is wachten eigenlijk?	8
2.2 Wachttijden: simpel of complex?	8
2.3 Wachttijden zijn een symptoom	9
2.4 Wachttijden aanpakken vraagt een systeemaanpak	10
3. <u>Aanpak</u>	12
3.1 Systeemaanpak	12
3.2 Inventarisatie en uitgebreide analyse	12
3.3 Hoe verder: interventierichtingen en kleine projecten	13
3.4 Van regio naar landelijk	14
4. <u>Toekomstbeeld</u>	14
5. <u>Bevindingen in Regio Rijnmond</u>	16
5.1 <u>Versterken van ondersteuning in de leefomgeving</u>	18
5.2 <u>Signaleren van problemen en toegankelijke hulp</u>	21
5.3 <u>Een goede analyse en het juiste aanbod</u>	23
5.4 <u>Inzicht in en overzicht van het aanbod</u>	28
5.5 <u>Een doorlopende lijn van zorg en contact</u>	31
5.6 <u>Tijdig (nadenken over) afschalen van zorg</u>	34
5.7 <u>Ondersteunende processen</u>	37
6. <u>Advies conceptrichtingen</u>	42
7. <u>Vervolgstappen</u>	43
<u>Bronnen</u>	44

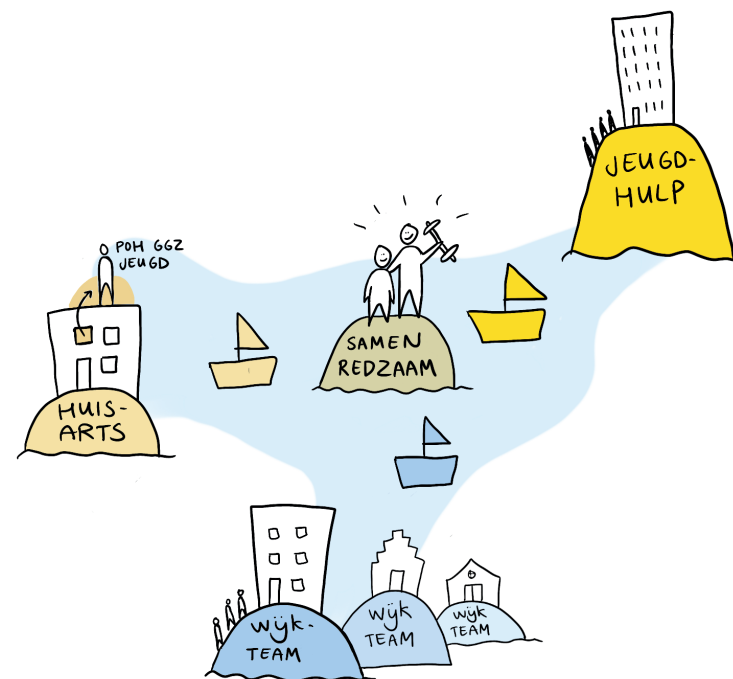
1. Introductie

Wachttijden zijn in de jeugdzorg in het algemeen in heel Nederland een groot probleem, zo ook in Rijnmond. Begin 2021 bleken er bijvoorbeeld 1500 kinderen te wachten op specialistische ambulante jeugdhulp. Er wordt in de regio hard gewerkt om dit aantal naar beneden te halen en voor alle kinderen snel(ler) passende zorg te bieden.

Als we kijken naar wachttijden, de oorzaken daarvan en waar we kunnen interveniëren om ze te verminderen, kunnen we verschillende plekken in het systeem onder de loep nemen. We kunnen kijken naar de instroom (kan problematiek worden voorkomen, zijn verwijzingen terecht, diagnoses juist?), de doorstroom (sluit zorg goed op elkaar aan, heeft de zorg effect?) en uitstroom (wordt zorg tijdig afgeschaald?). Tegelijkertijd zien we dat alles met elkaar in verbinding staat: ook als een verwijzing terecht is, kan problematiek vanwege wachttijd veranderen en blijkt toch andere zorg of extra ondersteuning nodig te zijn. Als zorg niet tijdig wordt afgeschaald, zorgt dat voor een opstopping aan de voorkant: er is geen ruimte voor nieuwe cliënten. Op deze manier loopt het systeem vol, en is het lastig om plekken te vinden waar de vicieuze cirkel kan worden doorbroken.

Wij richten ons met het project Aanpak Wachttijden daarom op een regio-brede structurele aanpak. In dit rapport schetsen we (1) de context van wachttijden in de regio en geven we (2) een globaal beeld van de problematiek en knelpunten in het systeem. Het doel is om uiteindelijk te komen tot verbeteringen in de praktijk. Deze rapportage is dus geen doel op zich, maar een stap in het proces van het project. Niet alle inzichten zullen dus per se nieuw zijn voor de betrokken partijen. Soms is het iets dat niet eerder aan wachttijden werd gekoppeld of simpelweg iets dat al goed op het netvlies stond en ook in onze ogen onderdeel kan zijn van een mogelijke oplossing. Zolang het maar handvatten geeft om de vervolgstap goed te faciliteren.

Middels een uitgebreide inventarisatie van bestaande rapportages uit de regio, landelijke onderzoeken en gesprekken met 59 professionals (o.a. wijkteammedewerkers, huisartsen, GGZ-professionals en ervaringsdeskundigen) hebben we onderzocht wat mogelijkheden zijn om wachttijden aan te pakken. De belangrijkste bevindingen delen we in dit rapport. Het algemene gevoel dat is blijven hangen na al die gesprekken: elke professional zet zich vol in voor de kinderen en wil graag meedenken en meedoen om wachttijden aan te pakken. Vanuit deze moed en overtuiging hopen we gezamenlijk het verschil te kunnen maken voor alle kinderen in de regio.



A large yellow shape, resembling a quarter-circle or a stylized 'C', is positioned on the left side of the slide.

Een kijk op wachttijden en de aanpak ervan

2. Een kijk op wachttijden

2.1 Hoe erg is wachten eigenlijk?

Hoewel de Nederlandse jeugd tot de gelukkigste (Unicef, 2020) ter wereld behoren, maakt een groot gedeelte van hen gebruik van jeugdzorg, in totaal een groep van zo'n 443.000 jongeren (CBS, 2020). En een groot gedeelte van hen moet wachten op de zorg die hen verder kan brengen in het leven – het is dus in ieder geval in getallen een groot probleem en ook in Rijnmond lijkt dat het geval.

Is wachten schadelijk?

Een antwoord op deze vraag is niet eenvoudig, de ernst is afhankelijk van de situatie en in ieder geval deels afhankelijk van de zorgzwaarte en mate van urgentie. Maar wachten op mentale zorg heeft wel vaak een negatief effect op de behandeling en de gezondheid van de cliënt. Gemiddeld gezien wordt de geestelijke gezondheid van een cliënt tijdens de wachttijd slechter (Belassio, 2018). Cliënten ervaren bovendien angst door wachttijden omdat ze bang zijn voor verergering van de problemen. Ze zijn bang dat het alleen maar erger wordt, het wachten uitzichtloos is of dat het probleem zich uitbreidt naar hun sociale situatie of relaties (werk, vrienden, familie). Uit gesprekken in andere regio's gaven sommige cliënten aan dat hun situatie (sociaal, financieel of (mentale) gezondheid) tijdens het wachten ook daadwerkelijk is verergerd. De angst is dus niet onterecht.

"Ik ga nu door een uitgebreid intakeproces, maar tussen die gesprekken moet ik steeds drie weken wachten. In die tijd kan er van alles gebeuren, maar heb ik geen hulp. Alsof ze zeggen: 'je moet drie weken wachten, drink maar een theetje.' Dat is af en toe moeilijk." – Ervaringsdeskundige

"Het is weleens gebeurd dat een situatie tijdens wachttijd voor hulp van het lokale team zoveel verslechterde, dat uiteindelijk gedwongen hulp nodig was." – Adviseur jeugdgezondheidszorg

Er wachten dus veel kinderen (te lang) op de juiste zorg. Dat is niet altijd erg, maar vaak wel. Wachten betekent bovendien (vaak) verergeren van de klacht en daarmee dus een onnodig zwaarder en langer behandelproces – wat zorgt voor een negatieve spiraal en extra druk op het zorgsysteem, maar daarover later meer.

2.2 Wachttijden: simpel of complex?

Ondanks de duidelijke prioriteit van het probleem, is het in voorgaande jaren lastig – zo niet onmogelijk (NJI, 2017; [de Koster, 2019](#)) – gebleken om landelijk een duidelijk beeld van de situatie te krijgen. Conclusies zijn over het algemeen weinig concreet en niet gemakkelijk om te zetten in oplossingen. Hoe komt dat? En waarom is dit probleem zo moeilijk te doorgronden?

Simpel EN complex?

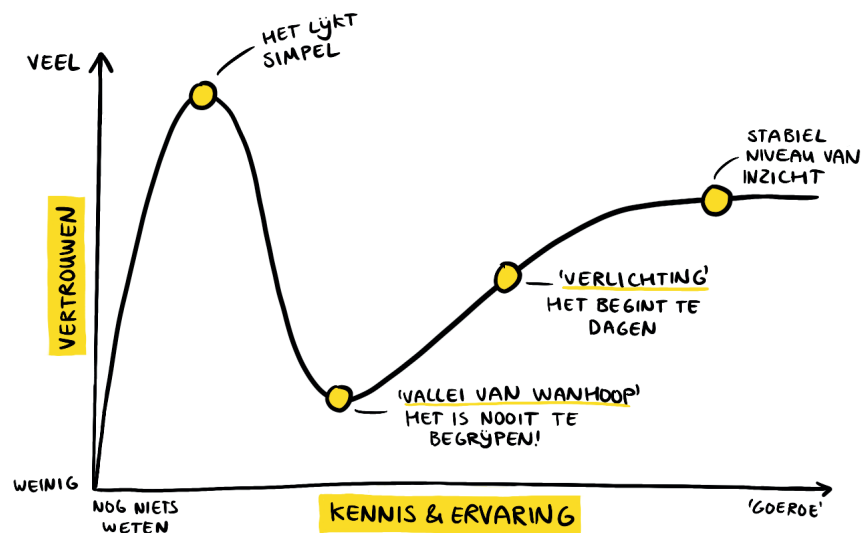
We denken dat dit begint bij het begrip van wat wachttijden zijn. Wachttijden lijken op het eerste oog vrij simpel: het is de tijd (in weken of dagen) dat iemand wacht, bijvoorbeeld op de zorg die hij/zij nodig heeft. En als je dan een kop leest als 'Kind in nood wacht gemiddeld tien maanden op hulp' die [NOS](#) plaatste in juni 2021, dan begrijp je ook de context: dit kan en mag zo niet langer doorgaan! Daar staat dan weer tegenover dat als je met een (data)professional over wachttijden praat het al snel over nuances gaat: zo makkelijk kan je er niet naar kijken, de ene wachttijd is de andere niet. Wacht iemand op hulp bij ernstige eetproblematiek, of op ondersteuning bij dyslexie? Heb je het over een wachttijd of een wachtlijst? Wanneer begint die wachttijd eigenlijk? Soms is wachten niet schadelijk, etc. etc.

In deze tegenstrijdigheid van visies op wachttijden zit meteen een deel van het probleem. Wachttijden lijken heel eenvoudig, maar zijn dat niet. Je hebt heel snel het idee dat je het allemaal begrijpt, vaak onderbouwd met een sprekend (N=1) verhaal van een schrijnende casus. Zoals het in de media breed uitgemeten

2. Wachttijden

verhaal van Charlotte die met een spandoek voor het ministerie gaat zitten omdat ze al 804 dagen op zorg wacht ([RTL, 2020](#)). Dan lijken nuances niet meer belangrijk te kunnen zijn, maar toch blijkt de realiteit complex, en deze nuances cruciaal voor een goede aanpak.

Oftewel, als je op een basisniveau of eenvoudige manier naar wachttijden kijkt, lijken wachttijden een enorm, maar vrij simpel probleem dat NU opgelost moet worden (figuur 1). En bij dat (extreme) beeld past geen genuanceerd antwoord, waardoor een realistisch antwoord niet rijmt met verwachtingen. Bovendien zien we een grote doorloop bij professionals en ambtenaren die met jeugdzorg te maken hebben. Hierdoor moet het kennisniveau benodigd om wachttijden effectief te doorgronden steeds weer opnieuw worden opgebouwd.



Figuur 1 - 'Dunning-Kruger curve' laat zien dat een probleem simpel kan lijken wanneer je er weinig over weet, en meer kennis en ervaring juist kan leiden tot minder vertrouwen in het oplossen van het probleem.

In dit document doen we ons best om zoveel mogelijk de juiste balans te vinden: we willen laten zien dat wachttijden niet zo simpel zijn als ze lijken, zonder dat onze woorden te veel scherpheid verliezen door oneindige nuances. Om de complexiteit over te brengen gebruiken we zoveel mogelijk beelden en metaforen, en beschrijven we dus zaken die voor sommigen wellicht wat kort door de bocht zijn. Zo begrijpen we dat het gaat over jeugdigen (of kinderen EN jongeren), en over gezinnen, (stief)ouders en verzorgers. Maar gebruiken we vanaf hier voor de leesbaarheid kinderen, ouders en gezin.

2.3 Wachttijden zijn een symptoom

De afgelopen 20 jaar is het gebruik van jeugdzorg met bijna 350% gegroeid (Nji, 2019). Verhoudingsgewijs is het in deze periode bovendien van één op de 27 naar één op de acht gegroeid – een op de acht kinderen ontvangt dus een vorm van jeugdzorg! De directe oorzaak van groei wordt onder andere verklaard door een achterblijvende uitstroom (AEF, 2020). Verschillende (indirecte) oorzaken van die groei worden genoemd: van prestatiedruk, procentueel meer en langer werkende ouders en sociale media, tot een verhoogde norm van geluk en idee van maakbaarheid van dat geluk (Nji, 2019). Mede hierdoor zouden er meer, en nieuwe (lichte) zorgvragen ontstaan. Ook de duur van de zorg is de afgelopen jaren met zo'n 21% toegenomen.

Zo is het systeem in de afgelopen jaren dus steeds verder vol gelopen. Waardoor er lange wachttijden zijn ontstaan en waardoor de jeugdzorg steeds duurder is geworden. Wachttijden zijn dus deels een symptoom van een systeem dat de vraag / het gebruik van zorg niet aankan. Uiteraard zijn er ook wachttijden omdat iemand moet wachten op een systeem of procedure, maar in onze ogen gaat dit maar om een zeer klein deel van het wachttijden probleem. Datzelfde geldt voor andere specifieke bottlenecks, grote stappen zijn te maken door de in-, door- en uitstroom te verbeteren.

Systeemprobleem

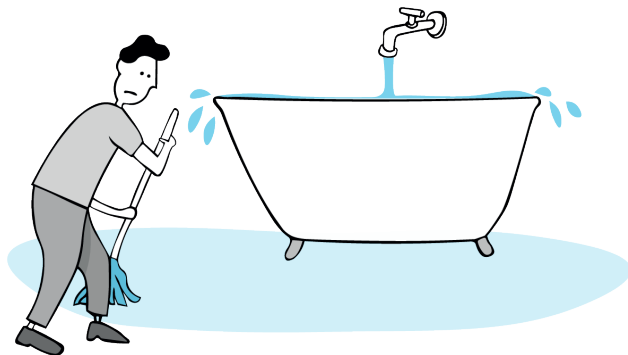
Wachttijden zijn dus onder andere het resultaat van groei en een vastgelopen systeem. Omdat er een sterke verbinding tussen de verschillende onderdelen van jeugdzorg bestaat, heeft een oplossing op de ene plek vaak gevolgen op een andere plek in dat systeem. Een voorbeeld om dit waterbed effect te illustreren: als je inzet op een sterke(re) afbakening van bijvoorbeeld het aantal

2. Wachttijden

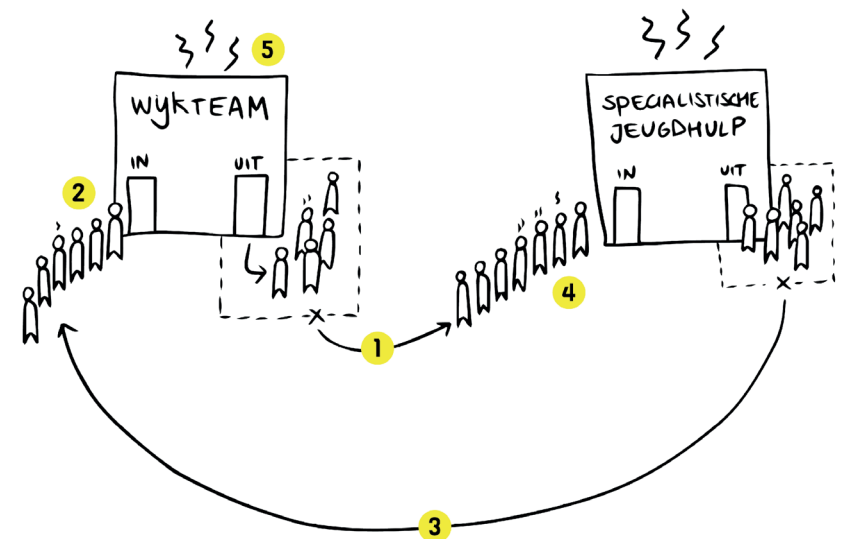
doorverwijzingen naar jeugdhulp bij wijkteams, vinden kinderen of hun ouders vanzelf een olifantenpaadje via bijvoorbeeld de huisarts, of wordt de situatie iets anders omschreven om grotere kans te maken op een behandelplek. Er ontstaat druk of grotere instroom op een andere plek; een nieuw probleem.

Wachttijden zijn dus niet alleen problematisch voor kinderen, maar voor het hele jeugdzorgsysteem. Het veroorzaakt negatieve spiralen van wachttijden en druk. Dit geldt in onderstaand voorbeeld (figuur 2) voor het wijkteam (of lokale team), maar heeft effect op de hele keten van (medisch) verwijzers en jeugdhulpaanbieders¹. Tijdens het wachten kan problematiek verergeren waardoor zwaardere of langere zorg nodig is, de doorloop van personeel groter wordt vanwege de toenemende werkdruk, ketenpartners elkaar niet meer weten te vinden en het systeem vastloopt. De bevindingen die we in dit rapport bespreken hebben effect op deze vicieuze cirkel, en laten zien in welke richtingen we kunnen bewegen om de cirkel te doorbreken.

Het direct bestrijden van wachttijden daar waar ze optreden komt dus meestal neer op symptoombestrijding, oftewel dweilen met de kraan open – want je pakt het gevolg aan en niet de oorzaak. Het is effectiever om te kijken hoe wachttijden ontstaan en ze in hun oorsprong te bestrijden.



¹ We zien dit bijvoorbeeld ook terug in de huisartsenpraktijk: door wachttijden in specialistische jeugdhulp blijven kinderen langer in behandeling bij een POH GGZ (Jeugd), waardoor de druk op de praktijkondersteuners toeneemt en ook daar wachtlijsten kunnen ontstaan ([NOS, 2022](#)).



- 1 Door de wachtlijst bij jeugdhulpaanbieders heeft het wijkteam meer werk: een plek vinden voor de jeugdige en een vinger aan de pols houden.
- 2 Dat extra werk kan een wachtlijst bij het wijkteam veroorzaken.
- 3 Door die wachtlijst is het vanuit de jeugdhulp niet mogelijk om af te schalen naar het wijkteam.
- 4 De druk op jeugdhulp wordt groter, en ook de wachttijd daar loopt op.
- 5 Op die manier neemt de druk ook toe op het wijkteam, en uiteindelijk overal: op jeugdhulpverleners, wijkteammedewerkers en op de jeugdigen en gezinnen.

Figuur 2 - Visualisatie van de negatieve spiraal die kan ontstaan door wachttijden op één plek in het systeem, leidend tot meer wachttijden en hogere werkdruk overal in de keten.

Systeem onder druk

Een zeer groot gedeelte van de huidige wachttijden zal gezien de beschreven groei logischerwijs worden veroorzaakt door capaciteitsproblemen. En dat brengt ons tot een andere inherente moeilijkheid in de aanpak van wachttijden. De professionals die met (lange) wachttijden te maken hebben en die logischerwijs dus moeten worden betrokken bij het ontwikkelen/ uitvoeren van mogelijke verbeteringen hebben daar geen tijd en ruimte voor. Hoe hard ze vaak ook werken, ze krijgen ook zonder 'nieuwe' dingen vaak hun werk al niet rond.

Ondertussen staat het aanbod mede door deze sterke groei steeds verder onder druk. Professionals zitten vaak tot over hun oren in het werk: zo denkt een op de drie psychiaters door de werkdruk aan stoppen ([GGZnieuws, 2020](#)). Het aantal jeugd GZ-psychologen is sinds 2015 met 40% afgenomen (Denys, 2020). Het zorgt ook voor een ziekteverzuim dat ruim 30% hoger ligt in de Jeugdzorg dan het gemiddelde (in het tweede kwartaal van 2021 was dit 6% ([CBS, 2021](#)) vs. 4,8% in het algemeen in Nederland). Bovendien is er een sterke doorloop van personeel van 15% op jaarbasis. Dit zorgt er i.c.m. de hoge werkdruk voor dat de organisatie zich niet verder kan professionaliseren. Op deze manier draagt de druk dus verder bij aan het probleem. Om diezelfde reden zien we overbruggingszorg niet als functionele oplossing. Je accepteert ten eerste dat de situatie (met wachttijden) is zoals hij is, en het draagt weer extra bij aan de werkdruk van professionals.

Naast werkdruk ervaren professionals ook een sterke druk vanuit de politiek, media en de gemeente. Dit leidt tot kiezen voor regels en zekerheid i.p.v. voor wat het beste is. Daar komt veel administratiewerk bij, wat veel tijd van professionals vraagt en maakt het moeilijk om benodigd maatwerk te leveren of voor een specifiek geval af te wijken van de gebaande paden. Deze druk geldt dubbel voor wachttijden: het is een groot probleem waar veel urgentie vanuit gaat en het drukt verder op wat kan. Zo ontstaat dus ook een negatieve spiraal, waarin de druk op professionals alsmaar verder toeneemt, en wachttijden ook alsmaar langer worden, wat er weer voor zorgt dat de zorgvraag verergert, etc.

2.4 Wachttijden aanpakken vraagt een systeemaanpak

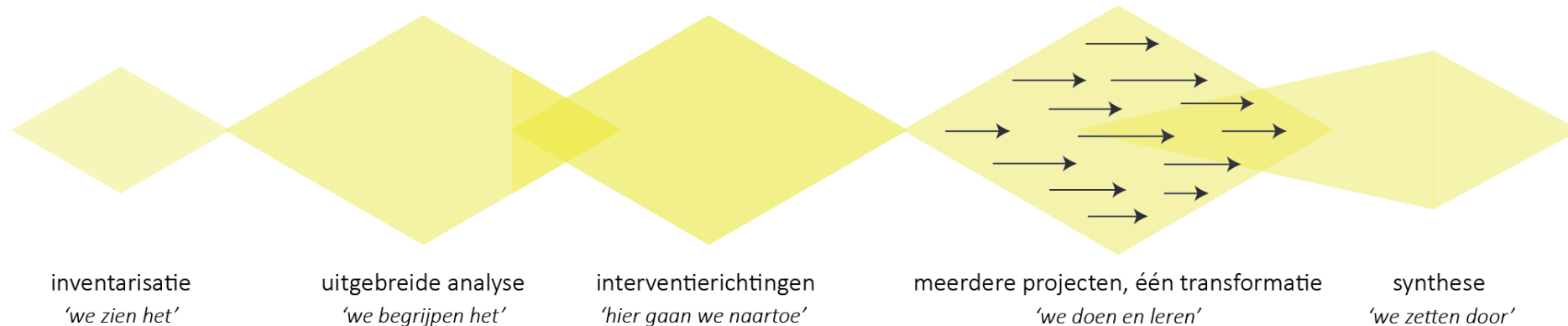
Samenvattend: wachttijden zijn complexer dan ze lijken en de aanpak ervan vraagt een goed begrip van de problematiek en hoe die ontstaat - en dat hebben we niet. Belangrijk om te begrijpen is dat wachttijden een symptoom zijn en dus niet goed direct aan te pakken op de plek waar ze optreden. De grote groei van het jeugdzorggebruik en de hoge (werk)druk hebben duidelijk een groot aandeel in de wachttijdproblematiek én versterken elkaar.

Ondanks dat we (nog) niet precies kunnen zien hoe problemen ontstaan, kunnen we al wel een grote slag maken in de richting van structurele verbeteringen: door in te zetten op het verbeteren van de in-, door- en uitstroom in het jeugdzorgsysteem. Dat vraagt een systeemaanpak en betekent ook dat enkel focus op resultaten op korte termijn ("quick wins") afbreuk doet aan grote(re) effecten op de langere termijn omdat dat je niet in staat stelt om het systeem te begrijpen en doelen te stellen die écht iets gaan veranderen (Meadows, 1999).

3. Aanpak

3.1 Systeemaanpak

Om de wachttijdproblematiek gestructureerd en systemisch te kunnen aanpakken, maken we gebruik van een innovatiemodel (figuur 3, Shoshin 2022) bestaande uit verschillende fases. Door kort cyclisch te werken kan je beter met grote onzekerheid en complexiteit omgaan. We delen de aanpak op in stukken en leren steeds van kleine stappen. Dat begint met het zien en begrijpen van de problematiek: wat is er aan de hand en waar komt dat door? Vanuit die uitgebreide analyse bepalen we belangrijke thema's waarmee we verbetering kunnen aanbrengen in de in-, door- en uitstroom in het jeugdzorgsysteem. De analyse en belangrijk bevonden thema's delen we in dit rapport. In de volgende fase onderzoeken we hoe we die verandering teweeg kunnen brengen, welke interventierichtingen veelbelovend lijken.



Figuur 3 - Systeemaanpak bestaande uit verschillende fases (Shoshin, 2022). Dit rapport is het resultaat van de uitgebreide analyse.

3.2 Inventarisatie en uitgebreide analyse

De inventarisatie en uitgebreide analyse hebben we in Regio Rijnmond uitgevoerd van najaar 2021 tot maart 2022. Om te zien en begrijpen wat in de regio speelt op het gebied van jeugdhulp, hoe partijen samenwerken, waar wachttijden vandaan komen en welke mogelijkheden er zijn om deze aan te pakken hebben we 42 gesprekken gevoerd met in totaal 59 professionals van verschillende organisaties in de regio². Daarnaast hebben we verschillende regionale en landelijke rapportages bestudeerd om de analyse te versterken en te gebruiken wat al bekend is.

² We hebben gesproken met medewerkers van 14 gemeenten (Barendrecht-Albrandswaard-Ridderkerk, Brielle, Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Nissewaard, Rotterdam Centrum/Noord, Rotterdam Zevenkamp, Schiedam en Vlaardingen), 6 jeugdzorgaanbieders (Youz, Enver, Mentaal Beter, Yulius, Timon en GGZ Delfland), de JBRR, het CJG, 3 ervaringsdeskundigen (ExpEx), het Sint Franciscus Gasthuis & Vlietland, het Erasmus MC, en verschillende andere organisaties (ExpEx, @Ease, Netwerk Nieuw Rotterdam, De Jonge Krijger, Wmo Radar en Thuis in West).

Het doel van de (semi-gestructureerde) gesprekken was om mogelijkheden voor het aanpakken van wachttijden te zoeken vanuit het perspectief van de vele verschillende professionals die dagelijks te maken hebben met wachttijden en zorg voor de jeugd. Alle geïnterviewden werden daarnaast uitgenodigd voor een bijeenkomst waarin in multidisciplinaire groepen werd verder gepraat over enkele belangrijk bevonden thema's: samenwerken rondom het gezin, afschalen van zorg, een doorlopende lijn en inzicht in het aanbod. De input uit deze gesprekken is meegenomen in de analyse.

Uit de gesprekken en rapporten zijn belangrijke inzichten en uitspraken opgehaald. *De analyse ervan heeft geleid tot een verzameling van thema's en veelbelovende oplossingsrichtingen, waarvan we de belangrijkste delen in dit rapport. We hebben deze gekoppeld aan een toekomstbeeld dat we in hoofdstuk 4 allereerst kort omschrijven.*

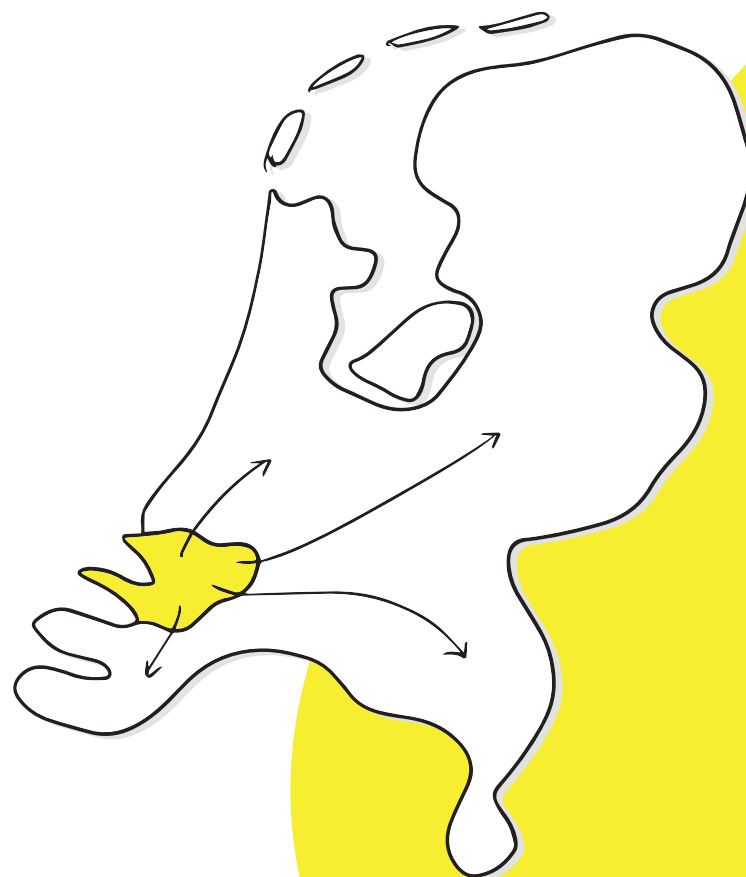
3.3 Hoe verder: interventierichtingen en kleine projecten

Het rapport is een opmaat naar de volgende fase van de aanpak: interventierichtingen. De meest veelbelovende thema's uit de analyse willen we verder verdiepen binnen kleinere projecten in de regio, waarbij we steeds blijven leren en verbeteren. Door verschillende lokale projecten op te starten op de belangrijke thema's, kunnen we samen leren wat werkt en wat niet werkt. Lees meer over de vervolgstappen in hoofdstuk 7.

3.4 Van regio naar landelijk

Regio Rijnmond is vanuit het landelijk programma Aanpak Wachttijden aangewezen als pilotregio. Ons onderzoek is onderdeel van het regionale project. Omdat we landelijk al vele jaren worstelen met het begrijpen en in kaart brengen van wachttijden, laat staan met het oplossen van de bijhorende en achterliggende problematiek, is ervoor gekozen de aanpak te focussen op regionale projecten, om daar in- en samen met de praktijk te leren. Te leren hoe wachttijden ontstaan, maar vooral hoe we de situatie kunnen verbeteren.

Een effectieve aanpak van wachttijden houdt namelijk rekening met hoe de jeugdzorg in de regiogemeenten is geregeld. Wat we daar leren brengen we vervolgens zoveel naar andere regio's en de rest van Nederland; ook daar passend bij de lokale situatie. Op dit moment focust deze aanpak zich op de regio Rijnmond en de regio Hart van Brabant. En hebben we met zo'n 10 regio's een 'leerexpeditie' doorlopen om van elkaar te leren en kennis te delen. Voor meer informatie, zie <https://www.voordejeugdenhetgezin.nl/programmas/aanpak-wachttijden>.



A large, bright yellow abstract shape, resembling a quarter-circle or a large arc, is positioned in the top-left corner of the page.

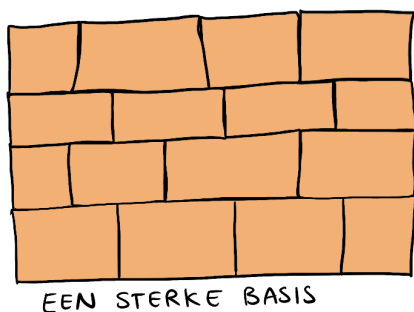
Toekomstbeeld

In de gesprekken hebben we vaak gevraagd naar het ideale scenario voor jeugdzorg, of voor 'zorg voor de jeugd' in het algemeen. De antwoorden daarop, in combinatie met andere bevindingen, hebben geleid tot een toekomstbeeld. Zo zouden we het willen inrichten, en we vermoeden dat de onderdelen bijdragen aan het verminderen van wachttijden doordat het in-, door- en uitstroom kan verbeteren. We plaatsen dit hoofdstuk - eigenlijk een conclusie - graag voor de bevindingen, omdat we altijd voorop willen stellen waar we naar streven en waar mogelijkheden liggen. In hoofdstuk 5 onderbouwen we de verschillende elementen uit het toekomstbeeld met de bevindingen uit ons onderzoek.

4. Direct naar de toekomst: zo zou het kunnen zijn

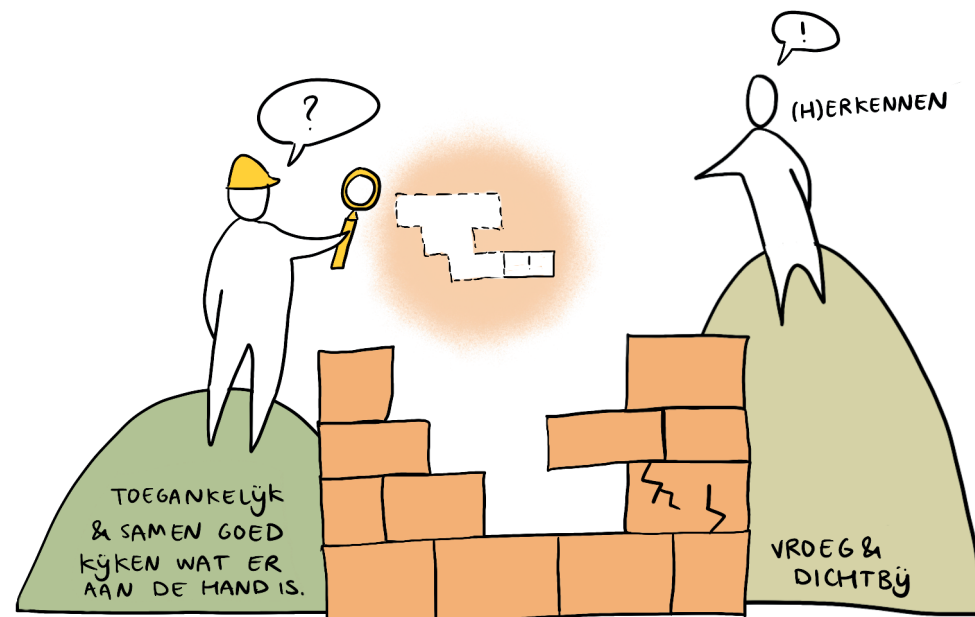
4.1 Een sterke basis voor iedereen

Allereerst beogen we een sterke basis. Een fundament dat staat als een muur: je kan er tegenaan schoppen met een bal, er kan een regenbui overtrekken of iemand kan erop gaan staan, maar die muur kan daar wel tegen en blijft stevig staan. Om dat fundament op de juiste manier sterk te kunnen neerzetten, is aandacht nodig. Aandacht voor veilig en gezond opgroeien.



4.2 Signaleren van problemen

Door omstandigheden kan de muur deels instorten of kunnen er scheuren ontstaan. Dat hoeft niet erg te zijn, maar des te belangrijker is om dat vroegtijdig te signaleren. Dat kan door iemand die dichtbij staat (op school, in de wijk), of door de persoon zelf – omdat in de sterke basis ook aandacht is geweest voor herkenning en erkenning van (kleine) problemen. En niet onbelangrijk: weten wat te doen met die signalen. Er is een plek of persoon in de buurt waar je om hulp kan vragen of simpelweg je zorg kan delen.



4.3 Toegankelijke toegang en een goede analyse

Er is een toegankelijke, laagdrempelige toegang tot hulp. Een hulpverlener gaat samen met de hulpvrager(s) op zoek naar wat er aan de hand is en wat daarbij helpen kan zijn om de muur te herstellen. Als de hulpverlener het zelf niet weet, is consultatie mogelijk om daarin te ondersteunen. Een collega uit de eigen organisatie of een ander domein is vindbaar en beschikbaar.

4.4 Goed overzicht van de hulp die beschikbaar is

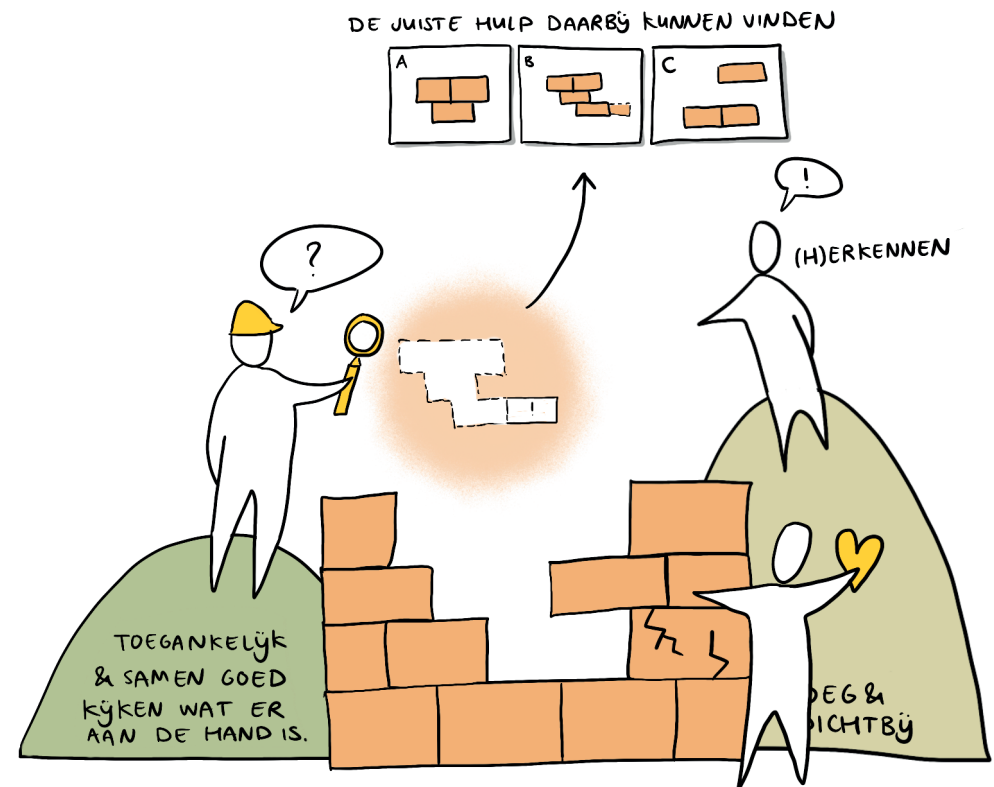
Als duidelijk is wat nodig is, is die hulp gemakkelijk te vinden via een overzicht van lokale of regionale zorg. Het is inzichtelijk welke zorg/ondersteuning beschikbaar is; ook als het om lichte ondersteuning in de buurt – zoals opvoedondersteuning of preventieprogramma's – gaat. Dat geldt ook voor ondersteuning tijdens of na een zorgtraject, om de basis van het gezin te kunnen versterken of de zorg te kunnen afschalen.

4.5 Een doorlopende lijn

Soms zijn verschillende zorg- of hulpverleningstrajecten nodig om de muur weer op te bouwen. Uiteindelijk hebben die trajecten hetzelfde doel: herstel van het fundament. Om ervoor te zorgen dat de bouwblokken goed op elkaar aansluiten en het proces soepel verloopt, staat er altijd iemand naast. Een casusregisseur of een mentor: iemand die je helpt in herstel en die er altijd voor je is. Hij of zij kan in de gaten houden wanneer de ondersteuning afgeschaald kan worden en hoe dat het beste kan. Ook als de muur weer helemaal is opgebouwd, staat die persoon nog even naast je om zelfverzekerd door te kunnen en niet te schrikken van iets dat de muur kan doen wankelen.

4.6 Een soepel proces met ondersteunende werkwijzen

Voor het kind en opvoeders loopt het proces soepel. Denk aan een goede 'front end' van een service, waarbij je niet weet wat er aan de achterkant allemaal gebeurt, maar dat ook niet heel belangrijk is. Het gaat erom dat je goed wordt geholpen met de vraag die je hebt. Om de 'back end' goed op orde te hebben is het belangrijk dat ketenpartners elkaar weten te vinden, werkwijzen op elkaar aansluiten en professionals zich kunnen blijven ontwikkelen.



A large, bright yellow abstract shape, resembling a quarter-circle or a large 'C', is positioned on the left side of the page, extending from the top to the bottom.

Bevindingen in regio Rijnmond

De elementen uit het toekomstbeeld kunnen onderbouwd worden met de bevindingen uit de analyse. We hebben de elementen verdeeld in zeven thema's, die de wachttijdproblematiek in regio Rijnmond beïnvloeden. We illustreren de thema's met voorbeelden, oplossingsrichtingen en uitspraken uit interviews. Per thema lichten we ook veelbelovende projecten of positieve veranderingen uit, om te laten zien wat mogelijke oplossingsrichtingen zijn die we kunnen verkennen. De meeste thema's houden verband met elkaar, wat laat zien hoe complex de wachttijdproblematiek is en dat het geen zin heeft om op slechts één van de thema's in te zetten.

De bevindingen zijn voor velen niet nieuw en sluiten sterk aan op eerder gevonden inzichten uit verschillende rapporten en de regiovisie Nabij en Passend (GRJR, 2021). Niet alles wat we hebben opgehaald, staat in deze samenvatting. We richten ons vooral op de meest belangrijke thema's waarvan we denken dat ze impact kunnen hebben op de wachttijdproblematiek.

5.1 Versterken van ondersteuning in de leefomgeving

5.1.1 Gat tussen 'eigen kracht' en jeugdzorg

In toenemende mate wordt vanuit de jeugdhulp uitgegaan van- en ingezet op de eigen kracht van opvoeders en kinderen; het is één van de transformatiedoelen uit de Jeugdwet ([NJI, n.d.](#)). Uit de gesprekken met de lokale teams en aanbieders blijkt dat er onvoldoende (inzicht in het) aanbod is voor gezinnen en kinderen om de eigen kracht te versterken. Door nadruk te leggen op zelfredzaamheid wordt (te) veel verwacht van kinderen, gezinnen en hun omgeving, waardoor de afstand tussen 'het op eigen kracht kunnen' en zorg/ondersteuning groter wordt (figuur 4). Problemen kunnen verergeren wanneer geen laagdrempelige ondersteuning beschikbaar is. Dat geldt niet alleen voor het voorkomen van zorg, maar ook wanneer een jeugdige in zorg is, een behandeling afsluit of na opname teruggaat naar huis: ook tijdens of na een behandeling is het zinvol te ondersteunen op het versterken van eigen kracht. Ondertussen zijn er veel mogelijkheden via het CJG ([CJG, 2022](#)) en welzijns- of vrijwilligersorganisaties, maar die zijn niet overal bekend en daar wordt niet altijd gebruik van gemaakt of naar doorverwezen (zie ook hoofdstuk 5.4).

Met het ondersteunen van eigen kracht kan uiteraard niet de volledige instroom naar zorg worden voorkomen, maar wellicht wel worden verminderd. Daarnaast zou ondersteuning in de leefomgeving van de kinderen ervoor kunnen zorgen dat zij gedurende of na een zorgtraject sterker in hun schoenen staan om zelf door te kunnen; ook afschalen van zorg (hoofdstuk 5.6) wordt dan gemakkelijker. Bovendien zijn zelfredzaamheid en een ondersteunend netwerk in de overgang naar 18+ belangrijk om te voorkomen dat kinderen terugvallen of zelfs dakloos raken (zie 5.5). Er is kortom behoefte aan een uitgebreid preventieprogramma met aandacht voor beschermende factoren om problemen te voorkomen en eigen kracht te versterken ([NJI, 2019](#)).

"Er gaat tegenwoordig veel aandacht naar jeugdhulp, terwijl het juist belangrijk is om op de juiste manier te ondersteunen om kinderen goed te laten opgroeien. Het is lastig om daar de aandacht naartoe te brengen met de huidige werkdruk. Als er huizen in brand staan, moet je die eerst blussen, ook al wil je iets aan brandpreventie doen."



Figuur 4 - Er lijkt een gat te zijn tussen zelfredzaamheid en jeugdhulp. Het aanbod van ondersteuning voor het versterken van eigen kracht lijkt onvoldoende (op de radar).

5.1 Versterken van ondersteuning in de leefomgeving

5.1.2 Aansluiten bij de (digitale) leefwereld van jongeren en ouders

Om ondersteuning te kunnen bieden in de eigen omgeving, is het van belang om aan te sluiten bij de leefwereld van jongeren en opvoeders: daar waar zij (willen) komen, laagdrempelige hulp of een luisterend oor bieden. Jongerenwerkers zien kansen voor plekken in de wijk waar jongeren kunnen chillen of kunnen meedoen aan activiteiten. "Een plek in de wijk waar jongeren naartoe kunnen, vermindert overlast van hangen op straat en de kans om met de verkeerde personen in contact te komen. Daarnaast kan je werken aan een vertrouwensband, signaleren wanneer het misgaat of ondersteunen als het even wat minder gaat." Op verschillende plekken wordt daar al aan gewerkt, zoals [@Ease](#), die voor haar inloophuizen streeft naar laagdrempelige (neutrale) plekken in de wijk waar jongeren gemakkelijk naar binnen stappen om hun verhaal kwijt te kunnen, als ze daar behoefte aan hebben. Daarnaast sluiten ze aan op de plek waar jongeren nu veel tijd doorbrengen: de digitale wereld. We zien dat er verschillende digitale platforms worden ontwikkeld³ waarop jongeren hun vraag kunnen stellen of kunnen werken aan hun mentale gezondheid en weerbaarheid.

"Op de chat van @Ease worden vaak vragen over zwaardere problematiek gesteld. Voor jongeren is het toch makkelijker om dat helemaal anoniem en vanuit huis te doen. Het kan bijvoorbeeld gaan om vragen waar een taboe op heerst, die thuis niet altijd besproken kunnen worden, zoals vragen over geaardheid." - Coördinator @Ease

Voor ouders kunnen dat gespreksgroepen of thema-avonden zijn op scholen of in een wijkcentrum. Zo organiseert Stichting Krachtvrouwen (Rotterdam West) bijvoorbeeld twee keer per week een gratis ontbijt voor vrouwen, waar zij veel met elkaar spreken over het opvoeden van hun kinderen en op die manier van elkaar leren of elkaar kunnen helpen. Vanuit de stichting is ook een korte lijn met welzijnswerk in de wijk.

[Netwerk Nieuw Rotterdam](#) biedt juist hulp aan jongeren via een plek en activiteiten waarbij ze vrienden kunnen maken en zichzelf kunnen ontwikkelen. Door dit te koppelen aan vrijwilligerswerk, voelen ze zich waardevol en dat versterkt hun welzijn. Ze zetten zich hiermee in tegen eenzaamheid, polarisatie en individualisme en helpen kwetsbare jongeren aan zelfvertrouwen en zingeving.

³ O.a. [MIND Us](#), [Enjoy van @Ease](#), [Grow it](#), [Temstem](#), [eenzamejongeren.com](#), [jouwggd.nl](#), [dekindertelefoon.nl](#), [jongerenhulponline.nl](#). Slechts een greep uit wat is ontwikkeld.

"Gezinnen komen vaak pas bij het lokale team of de huisarts als problemen al verergerd zijn. Voor complexere zaken is de draaglast voor ouders groot, maar is er weinig aanbod om ze te ondersteunen. Uiteindelijk moet je jeugdhulp inzetten omdat het gezin is ingestort of de problemen zijn verergerd." – Wijkteammedewerker



"Iemand die zelfredzaam is, heeft meestal een steunend sociaal netwerk om op terug te vallen. We kunnen beter spreken van 'samenredzaam', want in het leven hebben we elkaar nodig." - Netwerk Nieuw Rotterdam

Voorbeeld uit de regio

Een van de transformatieprojecten richt zich op het versterken van de samenwerking tussen gemeente, huisartsen en het CJG in Capelle aan den IJssel, met als doel om meer kinderen naar het CJG te verwijzen via de huisarts en verwijzingen naar specialistische hulp terug te dringen. Werkzame elementen in dit project zijn de dialoog tussen huisarts en CJG en de focus op een gezamenlijk belang: kinderen en hun ouders. Een werkwijze wordt verder ontwikkeld (Eindrapportage Transformatieprojecten Jeugdhulp Rijnmond, 2021).

5.1.3 Ondersteuning op school

Als het gaat om 'aansluiten bij de leefwereld van jongeren', dan is school een plek waarin de ontwikkeling van het kind in het algemeen natuurlijk al centraal staat. De druk op het onderwijs en leerkrachten is echter groot (bron), waardoor het lastiger wordt om ieder kind individuele aandacht te geven.

Op verschillende plekken in de regio krijgen schoolmaatschappelijk werkers een grotere rol, met positieve resultaten (zie voorbeelden Kinderogen en transformatieproject Jeugdhulp & Onderwijs). Ook voorlichting, preventie en gespreksgroepen kunnen via school worden aangeboden, bijvoorbeeld met de inzet van ervaringsdeskundigen of via jeugdverpleegkundigen van het CJG. Daarnaast zouden scholen in het voortgezet onderwijs kunnen werken met buddies, ouderejaars, ervaringsdeskundigen of mentoren die een luisterend oor kunnen bieden aan leerlingen die het moeilijk hebben.

Voorbeeld uit de regio

Het project [Kinderogen](#) streeft naar verbinding tussen onderwijs, kinderopvang en jeugdhulp om kinderen van hun eigen school en opvang gebruik te kunnen blijven maken. Maatwerk leveren door een samenwerking tussen pedagogen, leerkrachten en jeugdhulpverleners, die onderling van elkaar leren. Het project wordt in de gemeenten Hellevoetsluis, Brielle, Nissewaard, Westvoorne en Goeree-Overflakkee uitgevoerd in verschillende programmalijnen.

5.1.4 Samenwerking tussen lokale partijen een verantwoordelijkheid van de gemeente?

Preventie is een taak van gemeenten, net als welzijnswerk en lokale jeugdhulp. De verbinding tussen die organisaties – en het organiseren van zorg en ondersteuning als collectief – kan echter lastig zijn wanneer sprake is van een nieuwe aanbesteding en doordat elke organisatie op zijn eigen manier werkt. Binnen elke organisatie gebeurt veel en iedereen wil graag verbeteren, maar de gezamenlijke beweging naar ondersteuning in de leefomgeving gaat langzaam.

Verschillende onderdelen in het systeem – onderwijs, jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein – zijn ook weer opgedeeld in verschillende domeinen en wetten, wat samenwerking niet bevordert. Hoe kan de gemeente die gezamenlijkheid dan toch op de juiste manier stimuleren en partijen verbinden vanuit een gezamenlijk belang?

5.1.5 Conclusie

Om de eigen kracht van kinderen en gezinnen te versterken, ook tijdens een hulp- of zorgtraject, is de verbinding en samenwerking tussen het onderwijs, het CJG, lokale teams en jeugdhulp belangrijk om zorg op maat te kunnen leveren in de leefomgeving van het kind. Een laagdrempelig aanbod (zoals trainingen, een gezinscoach, lichte zorg op school) ter ondersteuning van ouders en kinderen kan beter zichtbaar of ingezet worden, bijvoorbeeld via scholen, het buurthuis of websites/social media.

5.2 Signaleren van problemen en toegankelijke toegang tot hulp

Enerzijds zien we een maatschappelijke trend van medicaliseren, anderzijds vragen jongeren en ouders vaak niet zomaar om hulp. De drempel om hulp te vragen kan hoog zijn, vanwege schaamte of angst. Het is belangrijk om signalen op tijd te herkennen om verergering van problemen te voorkomen. Dat kan door ouders of jongeren zelf, maar ook op school of door de huisarts of lokale team.

5.2.1 (H)erkennen van signalen door jongeren zelf

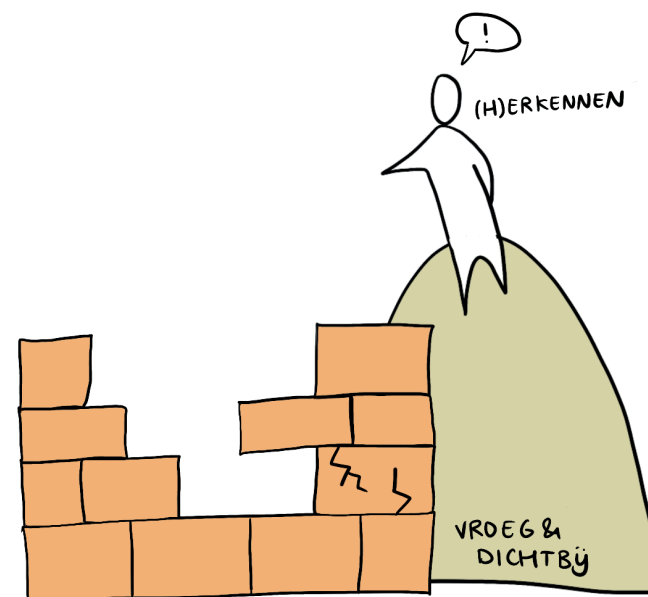
Ervaringsdeskundigen kunnen een rol spelen in het herkennen van signalen of erkennen van problemen door jongeren zelf, door bijvoorbeeld op scholen te vertellen over wat ze zelf hebben meegemaakt. Vrijwilligers van [@Ease](#) doen dat, en ook de ervaringsdeskundigen van [ExpEx](#) delen hun verhaal op scholen. De organisatie Me and Society maakt onderwerpen bespreekbaar met theaterstukken en aansluitend een dialoog. Ook rolmodellen kunnen jongeren ook alert maken of het gesprek openen, via bijvoorbeeld social media of muziek/rap.

5.2.2 Leerkrachten versterken

Uit de interviews komt vaak naar voren dat 'het pedagogisch klimaat versterkt moet worden': meer aandacht voor ondersteuning van kinderen die net iets extra's nodig hebben en voor het signaleren van problemen en ondernemen van actie daarop. De verhalen van de ervaringsdeskundigen die we spraken hadden een gemene deler: er werd te laat gesignaleerd. Sterker nog: problemen werden wel gezien, maar daarop werd niet gehandeld. Komt dat door handelingsverlegenheid, bang om zich te bemoeien, niet door hebben wat er aan de hand is? Leerkrachten kunnen hierin versterkt worden, wellicht via trainingen of met inzet van een schoolmaatschappelijk werker of jeugdverpleegkundige: van die expertise kunnen ook zij leren.

5.2.3 Signaleren – maar ook weten wat dan

Signaleren gaat dus hand in hand met weten hoe daarop te handelen: de juiste informatie beschikbaar hebben of zelf hulp kunnen bieden. Daartoe is het belangrijk dat er inzicht is in het aanbod (of verwijzers) of weten bij wie je terecht kan voor die informatie. Ook de samenwerking tussen lokale partijen is belangrijk: een leerkracht kan dan bijvoorbeeld gemakkelijker een casus voorleggen aan een jeugdconsulent uit het lokale team, huisarts of welzijnspartij; en dat gebeurt in de regio ook via de zorgstructuren van een school.



"Thuis ging het helemaal niet goed, maar mijn schoolprestaties waren nog prima. Op school was dat een graadmeter, en daardoor werden mijn problemen niet gezien." - Ervaringsdeskundige

Voorbeeld van buiten de regio

In Leiden, via het programma Meedoen met de stad, worden verbindingen gelegd tussen formele en informele zorg- en hulporganisaties. Via het 'signaleringsoverleg' in de wijk komen professionals en vrijwilligers samen om signalen op te pikken, elkaar om hulp te vragen en van elkaar te leren ([Zonmw, 2020](#)).

5.2.4 Toegankelijke toegang

De mate van toegankelijkheid van de lokale teams lijkt sterk te verschillen in de regio, zoals uitgebreider omschreven in hoofdstuk 5.7. De ene gemeente heeft een inloopspreekuur waar inwoners soms al direct geholpen kunnen worden, bij een andere gemeente kan je alleen in contact komen via aanmeldformulieren, waarna je als gezin moet wachten tot er contact met je wordt opgenomen door de bureaudienst. Uit de gesprekken, maar ook ons eigen onderzoek naar toegankelijkheid van de wijkteams blijkt dat deze niet altijd zo makkelijk vindbaar en toegankelijk zijn. Zo zijn 4 van de 15 websites van de wijkteams niet meer werkend via de website jeugdhulprijnmond.nl en is het – hoewel de naam anders doet vermoeden - via de Vraagwijzer niet heel toegankelijk om je vraag te stellen (een algemeen nummer waar niet elke vraag kan worden beantwoord, enkel beschikbaar in het Nederlands, online via verschillende keren doorklikken, inloggen met DigiD, etc). Gezinnen met jonge kinderen kunnen via het CJG naar het lokale team worden verwezen, maar ouders met schoolgaande kinderen komen daar al minder vaak mee in contact. Door de verschillende lockdowns van de afgelopen jaren lijkt de rol en zichtbaarheid van de jeugdverpleegkundige en schoolmaatschappelijk werker kleiner geworden te zijn.

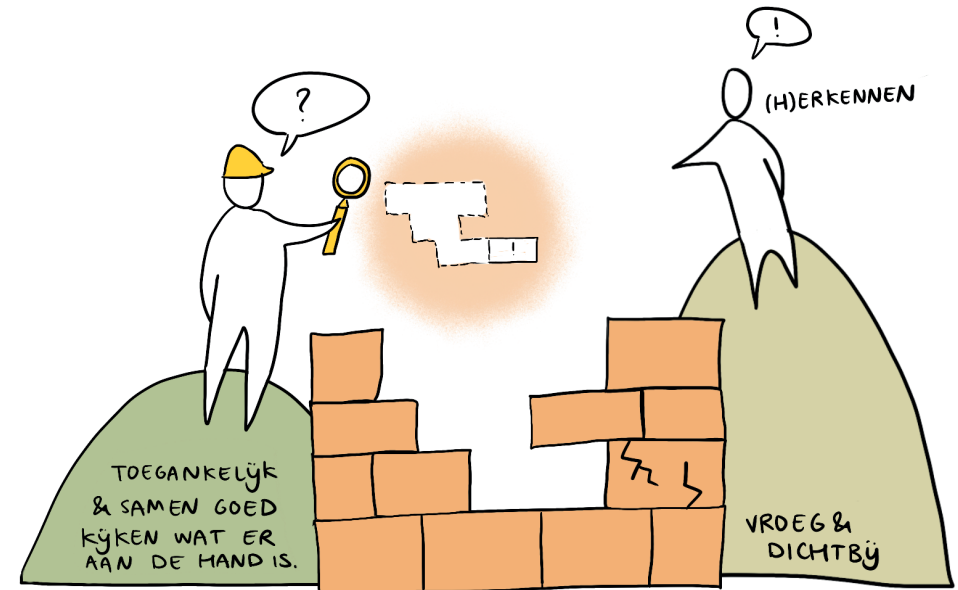
Wanneer meer wordt ingezet op signalering in de leefomgeving van het kind, zal mogelijke zorg of ondersteuning óók vindbaar en toegankelijk moeten zijn. Het verbeteren van signalering heeft dus alleen zin in combinatie met het verbeteren van toegankelijkheid tot zorg. Dit geeft het belang van een systematische analyse en aanpak weer: in het systeem is alles met elkaar in verbinding.

Een toegankelijke toegang kan zijn: een inloopspreekuur bij het lokale team, een chatfunctie op de website van het wijkteam, als lokaal team aanwezig zijn op scholen of in buurtcentra of het toepassen van het 'no wrong door'-principe waarin organisaties (achter de schermen) samenwerken om de juiste hulp te kunnen bieden: het maakt niet uit waar of welk loket je aanklopt, we zorgen dat je geholpen wordt.

"Een buurthuis kan een veilige plek zijn om hulp te zoeken: een plek waar je je niet hoeft te registreren en waar je je vragen ook gewoon tijdens een kopje koffie kunt stellen." - vrijwilliger buurthuis Thuis in West.

5.2.5 Conclusie

Een focus op enkel het verbeteren van signaleren heeft geen zin wanneer geen aandacht wordt besteed aan de vervolgstappen en een laagdrempelige toegang tot hulp. Door dit als één schakel te zien, kan op bijvoorbeeld scholen gewerkt worden aan het verbeteren van signaleren en samenwerking met lokale teams, welzijn of het CJG om het kind ook vanuit een signaal naar de juiste hulp of zorg te kunnen leiden. We zien het verbeteren van de toegankelijkheid en vindbaarheid van lokale teams als aandachtspunt in de regio.



5.3 Een goede analyse en het juiste aanbod

“Van het kastje naar de muur” of “tussen wal en schip vallen”: gezegden die je meermaals hoort in gesprek met jeugdprofessionals en ervaringsdeskundigen, en de boodschap die overkomt via rapporten en in de media wanneer casuïstiek besproken wordt. Kinderen die geen behandelplek kunnen krijgen omdat ze meerdere diagnoses hebben, die op de verkeerde wachtlijst staan of zelfs onnodig wachten op zorg. Het stellen van de juiste diagnose of begrijpen van wat nodig is, en het kunnen bieden van passende zorg is een cruciaal aspect in het verminderen van wachttijden. Want ook als je de verkeerde zorg ontvangt, wacht je in feite op de juiste zorg, kom je later opnieuw op een wachtlijst en/of duurt het totale traject langer.

Investeren in vraagverheldering wordt ook omschreven in de regiovisie Nabij en Passend (GRJR, 2021), waarin ervaring en expertise voorin en de stem van de kinderen en ouders als belangrijke onderdelen worden genoemd. We zien dat het, naast ‘weten wat nodig is’ ook belangrijk is om te weten wat mogelijk is op het gebied van basis- of specialistische hulp. Dat gaat om inzicht in het aanbod (hoofdstuk 5.4) maar heeft ook te maken met kennis over die mogelijkheden en weten bij wie je terecht kan voor consultatie en advies. We lichten enkele knelpunten binnen dit thema toe.

5.3.1 Doen wat het beste is voor het kind: niet alles is jeugdzorg

Verschillende geïnterviewden omschrijven dat “inmiddels ieder kind in de klas een diagnose heeft”. Mondige ouders vragen om specifiek diagnostisch onderzoek of een behandeling. Meer diagnostisch onderzoek kan ook beangstigend of bevestigend zijn voor het kind of opvoeders: “zie je wel, er is iets ergs aan de hand”⁴. Diagnostisering kan ook stigmatiserend werken en leiden tot neveneffecten zoals sociale uitsluiting, armoede, pesterijen en vooroordelen (Sociale vraagstukken, 2018). Ondertussen is tijdig signaleren van beginnende problematiek of hulpvragen wel belangrijk om de juiste hulp te bieden, en dat hoeft niet altijd jeugdhulp te zijn.

⁴ Een kinderarts vertelde hierover tijdens het gesprek dat we met hem hadden. Hij ziet veel kinderen met somatische klachten met een psychische oorzaak, zoals buikpijn door angst of bedplassen na een traumatische gebeurtenis. Ondanks dat dit vaak al snel duidelijk is, worden kinderen ‘voor de zekerheid’ of op aandringen van ouders toch naar de kinderarts doorverwezen voor somatische diagnostiek.

Voorbeeld uit de regio

In het transformatieproject Onderwijs & Jeugdhulp (Krimpen a/d IJssel) heeft de schoolmaatschappelijk werker een grotere rol gekregen. Het doel is inclusiever onderwijs, om te voorkomen dat kinderen ver buiten hun woonplaats naar een speciale school moeten. De SMW ondersteunt leerkrachten en ouders en heeft een korte lijn met het sociale team. Het project is succesvol en wordt verder uitgebreid in de gemeente. Het is een mooi voorbeeld van ‘doen wat het beste is voor het kind’, waarbij – via één vaste professional - verschillende partijen samenwerken rondom het kind en het gezin.

Volgens verschillende medewerkers van lokale teams kan er meer aandacht worden gegeven aan het normaliseren van opgroei- en opvoedvragen op zowel scholen als bij de huisarts. Een signaal of probleemgedrag betekent immers niet altijd dat er sprake is van een afwijking of stoornis waarvoor een arts ingeschakeld moet worden of die specialistische zorg behoeft. Daarbij hoeft een school of huisarts niet altijd zelf die hulp te bieden, maar is het wel belangrijk om te weten wat nodig en mogelijk is. Het vraagt echter expertise en ervaring (en vaak tijd) om erachter te komen wat daadwerkelijk nodig is en om dat samen met de opvoeders en/of jeugdige te bepalen of bespreken; en juist tijd is vaak

“Focus niet alleen op het gedrag van kinderen, maar ook op de ouders. Problematiek kan ontstaan wanneer ouders overbelast zijn. Door ouders te ondersteunen, kan problematiek bij hun kinderen worden voorkomen of verminderd.”

- Systeemtherapeut



een knelpunt. Om professionals (uit verschillende domeinen) te versterken is een tijdsinvestering nodig, voor bijvoorbeeld trainingen, het gebruiken van vaste methodes (zoals de verklarende analyse), of intervisie voor professionals. Weinig tijd en inzicht in het aanbod bij huisartsen zorgt voor grotere instroom naar specialistische jeugdhulp.

'Normaliseren' is een lastige term die we willen enigszins willen vermijden, omdat het zeker niet dé oplossing is: niet alles kan worden genormaliseerd en een diagnose is soms juist passend en nodig. We spreken liever over 'doen wat het beste is voor het kind' en dat behoeft kennis op verschillende vlakken, waaronder het herkennen van signalen, helpen op de juiste plek (bijvoorbeeld door een oudertraining van het CJG) en inzicht in de sociale kaart. Het risico van te veel (of verkeerd) inzetten op normaliseren is dat de verkeerde problematiek ook buiten de boot valt. Zoals geïllustreerd door het verhaal van een ervaringsdeskundige, wiens problemen werden gebagatelliseerd door de medewerkers in haar woongroep: *"Mijn vermoeden van borderline werd afgezwakt met 'je hebt gewoon last van stemmingswisselingen, dat hoort bij jou' en mijn depressie werd gedocumenteerd als 'sombere gedachten'."*

"Het kost zoveel tijd om een plek in de basis GGZ te vinden, dat ik dan toch maar via ZorgDomein naar specialistische GGZ doorverwijs." – Huisarts

5.3.2 Weinig tijd en inzicht in het aanbod bij huisartsen zorgt voor grotere instroom naar specialistische jeugdhulp

Erachter komen wat er echt aan de hand of nodig is vraagt dus tijd, aandacht en expertise. Tijd die – zeker met de huidige druk op de zorg – niet altijd beschikbaar is. Wanneer sprake is van GGZ-problematiek kan een standaard consult te kort zijn om het probleem en/of de vraag goed te doorgronden. Wie is er al betrokken geweest? Is het gezin in contact met het wijkteam, is de schoolmaatschappelijk werker al in beeld, speelt er op de achtergrond meer dan de hulpvraag doet vermoeden? Een brede uitvraag van zowel psychische, somatische en sociale aspecten is binnen 10 minuten nauwelijks mogelijk, laat staan het vinden van een geschikte aanbieder voor hulp- of zorgvraag.

"De gemeente wil dat we alles via het wijkteam doen, maar dat kost veel tijd. Soms is redelijk duidelijk dat het om GGZ-problematiek gaat en kan ik beter direct doorverwijzen naar jeugdhulp dan het kind naar de wachtlijst van het wijkteam te sturen." – Huisarts

Ondertussen biedt ZorgDomein, het systeem waarin huisartsen kunnen doorverwijzen naar (jeugd)hulp, beperkte mogelijkheden. Hierin staan enkel de grote regionale aanbieders om naar door te verwijzen (uit de interviews; [Lvo 2022](#)). Huisartsen hebben geen tijd om zich te verdiepen in het brede lokale aanbod buiten dit systeem of om het contact met het lokale team te leggen. Dit is één van de oorzaken dat het grootste deel van de verwijzingen naar (dezelfde) specialistische jeugdhulpaanbieders via de huisartsen komt⁵. Daarnaast is de huisarts voor kinderen en opvoeders ook de meest voor de hand liggende zorgverlener om naartoe te gaan: deze is bekend en vertrouwd voor veel mensen, en heeft geen wachttijden. Ook hier zien we dus een negatieve spiraal: door de toenemende druk op huisartsen ([LHV, 2021](#)) hebben zij minder tijd om de lokale teams of het (aanbod in het) voorliggend veld te leren kennen, en in combinatie met wachttijden bij lokale teams zijn zij sneller geneigd om direct door te verwijzen naar het bekende aanbod van specialistische zorg (figuur 5).

⁵ Het grootste deel (57%) van de verwijzingen naar specialistische ambulante jeugdhulp kwam in 2019 van de huisarts, ten opzichte van 6% via de gemeentelijke toegang (KPMG, 2019).



Figuur 5: Wanneer je haastig door een supermarkt loopt, kies je waarschijnlijk voor producten die in het oog springen en op ooghoogte geplaatst zijn. Een ander product, op de bovenste plank, past wellicht beter bij je. Iets soortgelijks gebeurt bij de huisartsen en lokale teams: het bekende aanbod wordt gekozen – wegens gebrek aan inzicht in het andere aanbod én weinig tijd om dat op te zoeken. De best passende zorg kan echter elders liggen.

5.3.3 Praktijkondersteuning is waardevol, in verschillende vormen

Met de weinige tijd die huisartsen hebben – en hun relatief beperkte kennis van Jeugd GGZ (hun verantwoordelijkheden reiken immers ver buiten dat domein) – kan praktijkondersteuning waardevol zijn. Deze functie is nog jong en landelijk nog niet breed ingezet (0,6% van de totale capaciteit in de huisartsenpraktijk; [Nivel, 2022](#)). Wel wordt op steeds meer plekken een POH GGZ Jeugd ingezet, en ook in de regiovisie wordt het belang van het ondersteunen van huisartsen aangestipt ([GRJR, 2021](#))⁶.

Ondersteuning in verschillende vormen

De functie van POH GGZ Jeugd wordt op verschillende manieren ingevuld omdat er nog geen vast functieprofiel voor is. Hier wordt aan gewerkt, maar één standaardvorm lijkt niet wenselijk om goed aan te kunnen sluiten bij de lokale wensen en mogelijkheden: sommige huisartsenpraktijken hebben geen fysieke

Voorbeeld uit de regio

Een huisarts in Rotterdam werkt samen met het wijkteam, door op een vaste dag in de week een ruimte te bieden in het gezamenlijke POH-gebouw van zes huisartspraktijken. De wijkteammedewerker krijgt geen inzage in het medisch dossier, maar kan patiënten desgewenst wel zien buiten de algemene aanmeldprocedure van het wijkteam om. Het is laagdrempelig omdat de patiënt op een voor hem/haar bekende plek een gesprek kan hebben met iemand uit het wijkteam. De lijn met het sociaal domein is op die manier korter. Als het complexe casuïstiek betreft wordt het wijkteam daarover ingelicht en sluit een GGZ-professional aan bij het gesprek. Bijkomend voordeel is dat het kan zorgen voor een positieve ervaring met het wijkteam bij een kleine vraag: als een ernstigere situatie zich voordoet is de cliënt wellicht sneller geneigd om hulp van het wijkteam te accepteren. Al met al een cliëntgerichte samenwerking tussen huisarts en wijkteam.

⁶ Regiovisie Nabij en Passend (2021): “We streven naar meer preventie en eerstelijnszorg en beperking van het aantal onnodige doorverwijzingen. Daarom zetten we stevig in op het ondersteunen van huisartsen bij de vraagverheldering. Dat doen we bijvoorbeeld via de Praktijkondersteuner GGZ Jeugd (POH GGZ Jeugd) of een vast aanspreekpunt voor de huisartsen in de lokale infrastructuur c.q. het lokale team.

5.3 Een goede analyse en het juiste aanbod

ruimte voor een POH Jeugd ([NOS, 31-1-2022](#)), andere werken al nauw samen met het lokale team of raadplegen een expertteam voor bepaalde casuïstiek (zie het voorbeeld uit de regio). Ondertussen lijkt er wel behoefte te zijn aan duidelijkheid rondom de functie vanuit de huisartsen en POHs Jeugd: wat zijn de verantwoordelijkheden en taken, hoe kunnen we de functie zinvol vormgeven? We verwachten dat het zinvol is om enkele verschillende vormen van praktijkondersteuning op het gebied van Jeugd te ontwikkelen, zodat huisartsen (/gemeente) wél volgens een kader kunnen werken maar vrij zijn om een passende vorm te kiezen. Uiteindelijk is het belangrijk dat iemand kan meekijken met expertise op jeugd en meer tijd, en dat diegene ook lichte ondersteuning kan geven óf vinden om onnodige doorverwijzing naar specialistische jeugdhulp te voorkomen. Oftewel: doen wat nodig is voor het kind en gezin.

“Sommige ouders of jongeren zeggen: “We hebben toch recht op zorg!”. Het kan lastig zijn om daarmee om te gaan. Het is als professioneel belangrijk om uit te dragen dat het niet alleen om dat recht gaat, maar vooral om wat er nodig is. Ouders moeten daarin weleens een drempel over geholpen worden, maar uiteindelijk zien ze meestal wel in dat dat het beste is.” – Beleidsmedewerker Jeugd

Voorbeeld uit de regio

Het Huisartsenproject van Youz, Enver, MEE, Yulius en Indigo lijkt veelbelovend: in de pilot zijn uiteindelijk maar 11 van de 90 aanmeldingen doorverwezen naar specialistische jeugdhulp, en kon voor bijna een derde van de aanmeldingen een alternatief advies worden gegeven (zoals hulp bij het wijkteam). Daarnaast wordt de samenwerking met de POH GGZ Jeugd steeds actiever en kan het expertiseteam ook medicatievragen beantwoorden ([Youz, 2021](#)). De uitdaging in dit project ligt in bekendheid en verduurzaming: hoe komt de beschikbare hulp van het expertiseteam goed op de radar van de deelnemende huisartsen? En kan de ondersteuning worden uitgebreid naar andere verwijzers, zoals de lokale teams?

Tot waar reikt de verantwoordelijkheid van de huisarts?

Sommige huisartsen zijn voorzichtig met praktijkondersteuning omdat zij moeten instaan voor de zorg die geleverd wordt. Expertise op het gebied van bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg of het sociaal domein overstijgt hun eigen kennis, waardoor zij niet de verantwoordelijkheid kunnen dragen voor elke vorm van praktijkondersteuning (zoals die nu op sommige plekken wordt ontwikkeld). Ook een nauwe samenwerking met het lokale team behoeft aandacht met betrekking tot de privacy rondom het medisch dossier van de cliënt. Beide overwegingen vragen afwegingen in het maken van een functieprofiel voor praktijkondersteuning in- of van buiten de praktijk. Tevens een reden om de samenwerking tussen huisarts en het lokale team te versterken: daar waar de problematiek complexer is of sociale factoren omhelst, kan het lokale team (in overleg met het kind/gezin) ondersteunen.

5.3.4 Weinig maatwerk tussen basis- en specialistische GGZ

Wat het beste is voor het kind? Soms is dat duidelijk, maar zit het systeem tegen. Verwijzingen worden – vanwege het huidige inkoopmodel – veelal ingedeeld op basis- of specialistische zorg, wat niet altijd passend is bij de zorgvraag. Zo kan het zijn dat de zorg te specialistisch is voor ondersteuning door het lokale team, maar niet specialistisch genoeg voor een sGGZ verwijzing. Of dat het beter zou passen om een groot gedeelte van ondersteuning in de basis GGZ te krijgen, aangevuld met een klein beetje specialistische zorg. Daarnaast is in een lokaal team niet altijd de juiste expertise aanwezig voor bepaalde problematiek, waardoor het kind naar specialistische jeugdhulp wordt doorverwezen – terwijl basiszorg met aanvullende specialistische hulp dus wellicht voldoende of beter passend is. Een vorm zoals het expertiseteam voor huisartsen (omschreven in de vorige paragraaf) zou dan wellicht passend zijn.

*“Kinderen kunnen [in sommige gemeenten] in de basiszorg maar zes keer gezien worden, terwijl soms wat net wat meer nodig is. Er moet dan toch naar specialistische zorg verwezen worden.”
– Behandelaar specialistische jeugdhulp*

Wanneer specialistische hulp de lokale hulp kan aanvullen, hoeft een kind minder lang te wachten en kan hij/zij in een vertrouwde omgeving worden geholpen; 'inschalen' in plaats van opschalen. Ook een betere samenwerking tussen de aanbieders zou kunnen helpen om maatwerk te bieden: een specifiek aanbod van de ene aanbieder kan dat van de ander dan aanvullen. Het zorgaanbod wordt daarmee meer integraal, 'matched care': meer op elkaar afgestemd (verdeling van de vraag) en een verbetering van het gezamenlijke aanbod (multidisciplinair, bijvoorbeeld rondom pleegzorg of de rol van het onderwijs). Dit vraagt echter wel een andere bekostigingswijze (PWC, 2021). In de nieuwe inkoopstrategie voor 2023 wordt dit meegenomen (GRJR, 2021).

Voorbeeld uit de regio

Door meer vraaggericht te werken, kan zorg vanuit het wijkteam worden geleverd met specialistisch consult vanuit een zorgaanbieder. SPAN is een project dat werkt via die aanpak. Het is een specialistisch netwerk van ambulant werkers met expertise vanuit jeugd- en opvoedhulp, jeugd-GGZ en jeugd-LVB. SPAN is door het lokale team beschikingsvrij in te zetten, waarna de medewerker aansluit bij de wijkteammedewerker en het gezin. Ouders worden geholpen om de opvoeding weer op eigen kracht te kunnen uitvoeren. Zwaardere hulp kan worden voorkomen, kinderen worden eerder geholpen en trajecten zijn relatief kort (gemiddeld 4 maanden) (Gemeente Rotterdam, 2019; GRJR, 2021).

5.3.4 Sommige kinderen vallen tussen wal en schip

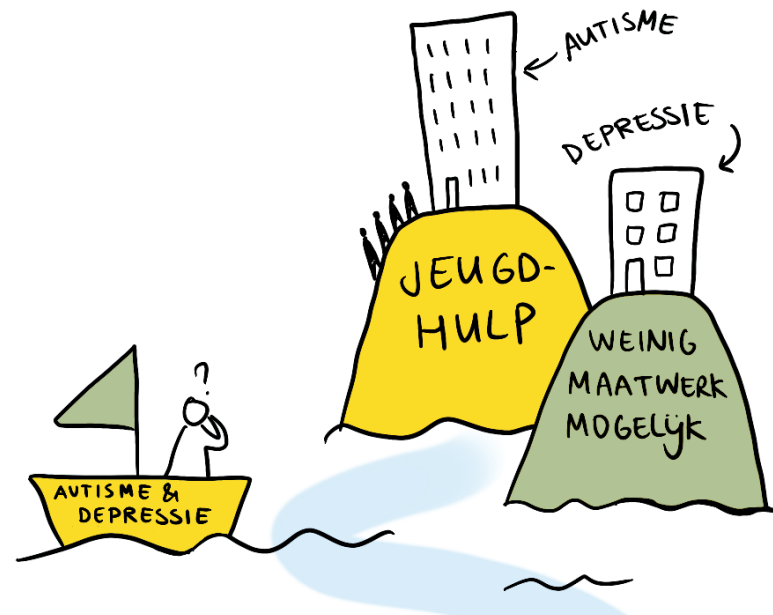
Voor sommige kinderen is het lastig een plek in zorg te krijgen vanwege comorbiditeit (zoals een combinatie van een depressie en een eetstoornis), wanneer het IQ van een kind op de grens ligt van LVB (waarbij ze bijvoorbeeld geen diagnose LVB krijgen, maar ook niet echt kunnen meekomen met leeftijdsgenoten) of wanneer het lastig te bepalen is welke vorm van zorg, behandeling of ondersteuning eerst nodig is in een complexe situatie. Vanwege de schotten in de zorg en het beperkte aanbod van sommige aanbieders is het voor verwijzers lastig om een passende plek te vinden, "een aanbieder die deze jeugdige wil hebben". Daardoor blijven kinderen soms te lang in zorg bij een lokaal team, een huisarts of ziekenhuis.

5.3.5 Conclusie

'Weten en doen wat het beste is voor het kind' klinkt als een simpel advies, maar vraagt aandacht, kennis en kunde. Breder kijken dan alleen de diagnose of hulpvraag en weten welk aanbod daarbij passend en beschikbaar is. Daarvoor kan helpend zijn:

- Ondersteuning voor signalering en vraagverheldering, zoals (bredere) inzet van de schoolmaatschappelijk werker op scholen en praktijkondersteuning voor huisartsen.
- Inzicht in het aanbod en een goed verwijssysteem
- De mogelijkheid om maatwerk te kunnen bieden, zoals een combinatie van basis- en specialistische hulp.

Uiteindelijk kan een betere analyse en kunnen bieden van of doorverwijzen naar passende hulp onnodige instroom kunnen verminderen en verkeerde verwijzingen kunnen voorkomen.



5.4 Inzicht in en overzicht van het aanbod van zorg en ondersteuning

Eén van de zaken die de vicieuze cirkel van druk en wachttijden versterkt, is het gebrek aan inzicht in en overzicht van het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio. Dat speelt bij zowel verwijzers als jeugdhulpaanbieders en heeft verschillende oorzaken en gevolgen. We zien dat dit onderwerp veel andere thema's raakt, zoals o.a. Een goede analyse en het juiste aanbod (hoofdstuk 5.3), versterken en ondersteunen van eigen kracht (5.1) en afschalen (5.6). In de verschillende rapportages en de regiovisie zien we dit nog weinig terugkomen; de reden dat we het extra belangrijk vinden om hier verder op in te gaan.

"Het is een grote warboel." - coördinator crisisbedden

5.4.1 Veel aanbod, veel verandering, weinig informatie

Het aanbod van zorg in de regio is groot en veranderlijk. Professionals weten niet meer waar ze moeten zoeken naar informatie of wie ze kunnen raadplegen over mogelijkheden van zorg voor een kind. Door de hoge werkdruk is het daarnaast geen doen om tijd te investeren in het op de hoogte blijven van het aanbod. Het aanbod van zorg verandert dikwijls, onder andere vanwege de doorloop van personeel in de sector. Zorgprofessionals raken hun vaste contacten – en daarmee een ingang naar kennis van het aanbod – daardoor kwijt. Samenwerking en vaste contacten lijken een belangrijke factor in het leren kennen van het lokale aanbod, om te weten bij wie je moet zijn voor informatie over het aanbod. Op dit moment lijkt dat echter te veel afhankelijk te zijn van contacten tussen personen in plaats van tussen organisaties of functies, wat het netwerk kwetsbaar maakt. Daarnaast is het hulp- en zorgaanbod per organisatie soms afhankelijk van de expertise die specifieke medewerkers hebben: *"Omdat wij toevallig een psychiater hebben die gespecialiseerd is in tic-stoornissen, worden alle cliënten met een tic-stoornis naar ons doorverwezen."*

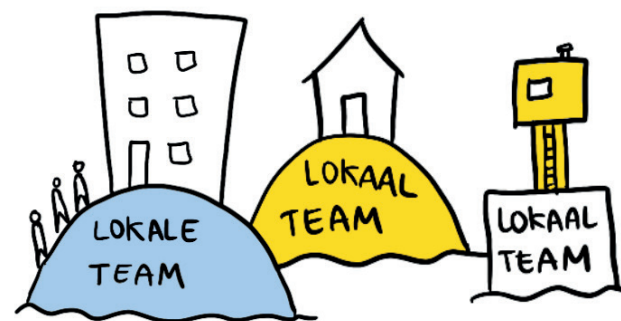
Er is behoefte voor een centraal punt van informatie (zoals een digitale sociale kaart, met ook actuele wachttijden) en betere contactlijnen met andere organisaties. Het is interessant om verder te onderzoeken welke vormen van sociale kaarten er al zijn (geweest) in de regio, waar de precieze behoefte ligt voor informatie(punten) en hoe we dit kleinschalig kunnen testen en ontwikkelen.

"Er is zoveel informatie te verzamelen, dat het bijna niet bij te houden is. Bij wie moet ik zijn voor bepaalde informatie?"

5.4.2 Verschillend aanbod per lokaal team

Doordat ieder lokaal team in de regio een ander aanbod en andere teamsamenstelling heeft, is het voor medisch verwijzers en (regionale) aanbieders bijna onmogelijk om te weten of zij het kind naar het lokale team kunnen doorsturen voor zorg of ondersteuning (zowel voor basiszorg, een parallel traject als rondom afschalen). Het gevolg is dat:

- Huisartsen toch naar dezelfde specialistische zorgaanbieder verwijzen, omdat dat gemakkelijker gaat (terwijl het kind misschien lichtere zorg nodig heeft). Vanwege tijdsdruk en een gebrek aan een volledige verwijsmodule of inzicht van het aanbod, verwijzen huisartsen vaak naar dezelfde aanbieders (zie ook hoofdstuk 5.3).
- Kinderen langer in zorg blijven bij zorgaanbieders (of ziekenhuizen) omdat die niet weten of- en hoe ze de zorg kunnen afschalen naar het lokale team.
- Kinderen/gezinnen laagdrempelige ondersteuning als nazorgtraject mislopen, met gevaar dat problematiek opnieuw ontwikkelt.



"Het is per lokaal team of gemeente lastig om in te schatten welke hulp ze wel en niet bieden. Het kost tijd om uit te zoeken waar het kind terecht kan voor specifieke ondersteuning. Het zou gemakkelijk zijn als lokale teams een meer gelijke manier van werken hebben. Al is dat ook niet helemaal de bedoeling: de hulp die het lokale team levert is juist toegepast op de situatie in de wijk" – behandelaar specialistische jeugdhulp

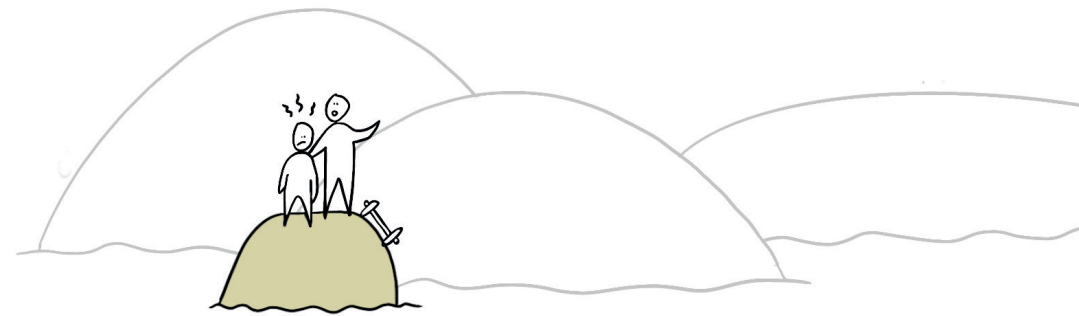
5.4.3 Weten waar we van zijn

Tijdens de interviews werd opvallend vaak gesproken over het moeten “weten waar we van zijn”. Dat geldt voor zowel de eigen organisatie als weten waar een andere organisatie ‘van is’: “tot waar gaan onze verantwoordelijkheden, waar kan het kind bepaalde basiszorg krijgen, wie kan ouders ondersteunen?”. Als niet duidelijk is wie welke zorg verleent, is het bijvoorbeeld lastig om zorg af te schalen of parallel aan een zorgtraject ambulante ondersteuning aan huis te regelen.

Het rapport Samen werken aan veiligheid in Rotterdam (IGJ, 2019) onderschrijft het belang van duidelijke rolverdeling in de jeugdketen: wanneer die er niet is in crisissituaties kan een jeugdige tussen wal en schip raken, met mogelijke ernstige escalatie van problematiek. Een kader heeft dus niet alleen voordelen voor de samenwerking en mogelijk verminderde werkdruk van professionals, maar uiteindelijk voornamelijk voor het kind. Zo’n kader lijkt een ‘makkelijke oplossing’, maar wanneer sprake is van wachttijden zal de partij die op dat moment met het kind/gezin in contact is altijd extra taken krijgen, zoals overbruggingszorg of lichte zorg die eigenlijk door een andere organisatie geboden zou moeten worden; kaders vervagen snel als het kind nu iets nodig heeft.

Het lijkt een balans tussen het afstemmen van verantwoordelijkheden om samenwerking te stimuleren (wanneer je effectief samenwerkt, weet je ‘wie daarvan is’ en kun je gemakkelijker een lijntje leggen naar de desbetreffende partij om samen te bepalen wat op dat moment mogelijk en passend is (PWC, 2021)), en juist flexibiliteit in te bouwen om samen te bepalen wat nodig is en wie die zorg kan geven. Sterke casusregie zou daarin een helpende factor kunnen zijn, iemand die de juiste professionals erbij kan halen wanneer dat nodig is.

“Als er kinderen op de wachtlijst staan en niemand kan hulp bieden, dan pak je het zelf op. Je hulpverleningshart slaat op hol en je doet het gewoon.” – behandelaar specialistische jeugdhulp



“Ik wist niet dat het CJG zo’n breed aanbod had, daar kwam ik kortgeleden achter. Mijn zoontje heeft veel driftbuien en daar zou ik meer over willen weten, maar toch voelt het als een drempel om naar het CJG te stappen. Ik herinner me daarvan vooral het consultatiebureau, maar die ervaring was niet heel positief. Liever zou ik via school – met bijvoorbeeld een thema-avond – daarover willen leren en in gesprek willen gaan met andere ouders.”
– Rotterdamse moeder van twee kinderen.

5.4.4 Ook het preventief aanbod is niet (goed) op de radar

In de gesprekken met professionals werd het (aanbod van het) CJG Rijnmond weinig genoemd, en ook ander preventief aanbod of laagdrempelige ondersteuning (samenwerking met welzijn, jongerenwerkers) kwam niet vaak ter sprake. Het lijkt alsof dit aanbod niet bij alle verwijzers en aanbieders scherp op de radar is, terwijl de programma’s van o.a. het CJG kunnen helpen om (verergering van) problematiek te voorkomen of ondersteunend kunnen zijn tijdens/na een zorgtraject. Het zou verklaard kunnen worden door de expertise van medewerkers uit lokale teams (met vaak een achtergrond als hulpverlener) en medisch verwijzers die vaak meer georiënteerd is op jeugdzorg of curatieve zorg (CJG Rijnmond, 2021). Ondanks dat het CJG voorlichting geeft over haar programma’s en aanbod, beklijft dat niet bij medewerkers van lokale teams; het imago van de jeugdgezondheidszorg blijft vaak hangen op ‘dat is het consultatiebureau’. Daarnaast vermoeden we dat het te maken heeft met de bekendheid en

vindbaarheid van het aanbod; als professionals weten wat ondersteunend kan zijn in bepaalde situaties en weten waar ze (informatie over) dat aanbod kunnen vinden, kan dat wellicht dichtbij en vroegtijdig worden geregeld om verergering van problematiek en/of onnodige instroom naar specialistische jeugdhulp te voorkomen. Die bekendheid en laagdrempeligheid kan ook onder opvoeders en leerkrachten worden vergroot, zodat zij zonder tussenkomst van een professional (met wellicht wachttijd, verergering van problemen) aanspraak kunnen maken op ondersteuning van het CJG.

5.4.5 Conclusie

Een duidelijk overzicht van aanbod kan helpend zijn om een kind of gezin de juiste hulp of zorg te bieden. Een digitaal systeem met dat overzicht, inclusief aanbod in het voorliggend veld en wachttijden, is een oplossingsrichting die verder verkend kan worden. Hierin kan meer overzicht gecreëerd worden door het aanbod voor alle lokale teams meer op elkaar af te stemmen. Daarnaast is het van belang om te weten waar je terecht kan met vragen die jouw expertise als professional overstijgen, bijvoorbeeld via een dergelijk digitaal platform of door te investeren in het leren kennen van elkaar als professional of organisatie. Bovendien is weten wat ondersteunend kan zijn in bepaalde situaties: breder kijken naar wat nodig is en daar de juiste zorg of ondersteuning bij kunnen vinden (zie ook 4.2) in plaats van standaard doorverwijzen naar dezelfde aanbieders.

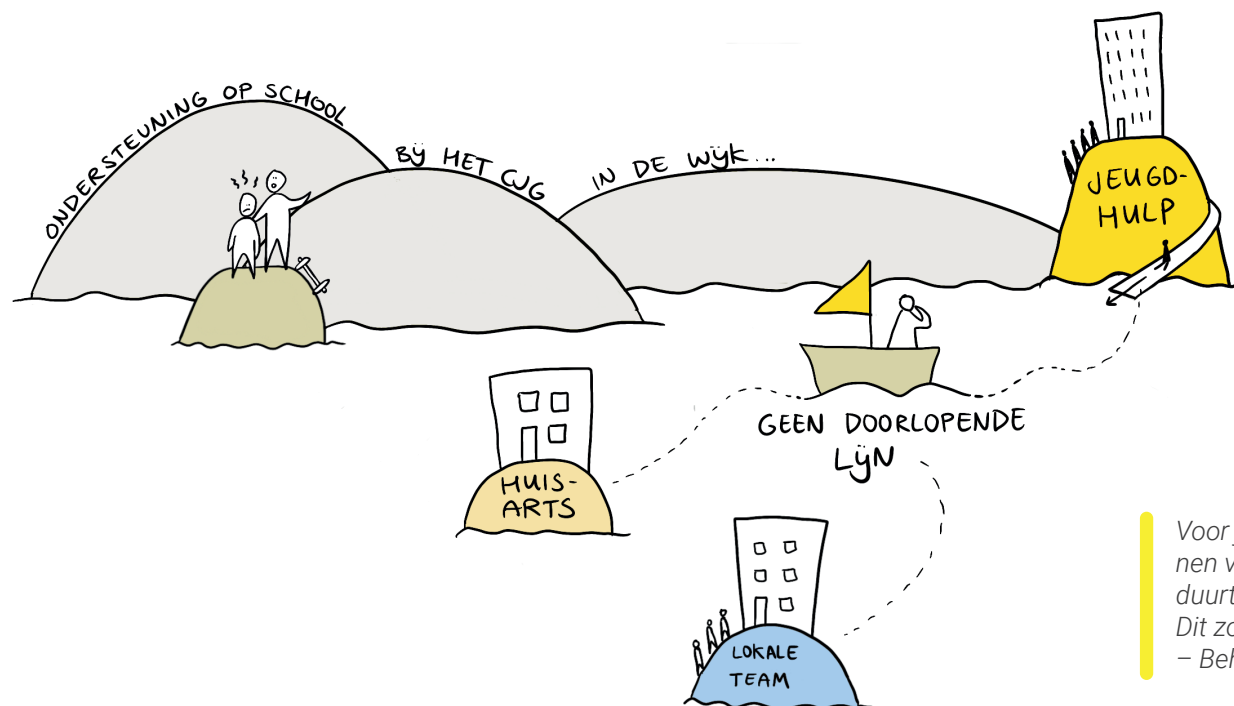


5.5 Een doorlopende lijn van zorg en contact

Het kind en/of het gezin beleven een zorgtraject op een andere manier dan een zorgverlener. Dat is een open deur, maar heel belangrijk om te realiseren in het vinden van mogelijkheden voor het verbeteren van zorg en het aanpakken van wachttijden. Een essentieel verschil in de beleving van cliënt en professional is het 'begin en eind'. Waar een professional vaak maar voor een deel betrokken is (begin: aanmelding, eind: doorverwijzing of afsluiten van de behandeling), gaat daar voor de cliënt van alles aan vooraf en zal elke volgende stap impact hebben op zijn/haar leven; ook het afsluiten van een behandeling. We horen van zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen dat zowel een doorlopende lijn van zorg (geen wachttijd, onderdelen sluiten op elkaar aan) als een doorlopend contact (iemand die er voor je is, los van de organisatie waar je hulp van krijgt) heel belangrijk zijn om perspectief te houden en je weg te vinden naar herstel. Het kan de doorstroom verbeteren en daarmee ook wachttijden voor het kind zelf en in het algemeen verminderen.

5.5.1 Er is niet altijd een vast contact gedurende het hele zorgtraject

Uit de gesprekken blijkt dat er vaak geen vast contactpersoon of casusregisseur is voor het kind gedurende het gehele traject van verwijzing tot nazorg. De casusregisseur uit het lokale team is of wordt niet altijd meer betrokken wanneer het kind naar een jeugdhulpaanbieder is doorverwezen, en bij een verwijzing via de medische route krijgt de huisarts weinig of geen terugkoppeling over het proces. Daarnaast wisselen casusregisseurs of jeugdbeschermers nogal eens vanwege het verloop van personeel in de sector: "We zien kinderen van 7 jaar die al met hun elfde jeugdbeschermers te maken hebben". Ook weten organisaties niet altijd van elkaar dat ze betrokken zijn, waardoor het kind/gezin met verschillende organisaties op hetzelfde moment te maken heeft zonder duidelijke regie. Voor het kind of het gezin is het belangrijk dat er iemand is op wie ze kunnen terugvallen, die kan helpen met zoeken naar passende zorg en ondersteuning



Voor jongeren is belangrijk dat ze eerlijkheid en duidelijkheid kunnen verwachten over hoe lang een behandeling of wachttijd nog duurt, maar ook het gevoel niet losgelaten te worden is belangrijk. Dit zou een toegewijde casusregisseur kunnen bieden.

- Behandelaar specialistische jeugdhulp

in de leefomgeving van het kind. Dat kan een casusregisseur uit het lokale team of van de jeugdbescherming zijn, maar ook een informele hulpverlener (JIM) of jongerencoach; iemand die de taal van de jongere spreekt en begrijpt. Op die manier kan een doorlopende lijn van zorg gecreëerd worden, waarbij ook tijdens wachttijd iemand beschikbaar is voor vragen en een luisterend oor.

“Hulp voelt voor mij alsof je er steeds uit en in gejojoed wordt.” - Ervaringsdeskundige

5.5.2 Zorgtrajecten sluiten niet (altijd) op elkaar aan

Vanwege de wachttijden en doordat ketenpartners elkaar niet altijd weten te vinden (of geen directe contactpersonen hebben) kan zorg soms niet goed op elkaar aansluiten. Bijvoorbeeld als blijkt dat er naast GGZ ook opvoedondersteuning nodig is, of wanneer een vervolgtraject gestart moet worden. Als een gezin op de wachtlijst staat voor opvoedhulp bij het lokale team terwijl een behandeling al wel is gestart, kan die behandeling minder effectief zijn. En soms kan een behandeling helemaal nog niet starten voordat sociale aspecten geregeld zijn. Door wachttijd kan problematiek verergeren. Bovendien veroorzaakt de administratie rondom het afgeven van een nieuwe beschikking soms voor nieuwe wachttijd: er ontstaat een gat tussen zorgtrajecten doordat de nieuwe beschikking te laat wordt aangevraagd of te laat wordt afgegeven.

“Een behandeling kan soms pas starten wanneer bepaalde randzaken op orde zijn, zoals ondersteuning voor ouders door het wijkteam om een veilige/rustige thuissituatie te creëren. Soms betekent dit dat je nog niet aan de slag kan met behandelen. Daardoor wachten kinderen nog langer op een specifieke behandeling. – Behandelaar specialistische jeugdhulp

5.5.3 Betrekken van het lokale team kost te veel tijd

Wanneer sprake is van jeugd-GGZ of sociale problematiek wensen gemeenten om het lokale team te betrekken. Zoals ook omschreven in hoofdstuk 5.3 kost dat voor een verwijzer vaak tijd, onder andere doordat zij gebruik maken van een ander systeem (“ik moet alle gegevens handmatig invoeren”) en er meestal geen vaste contacten zijn bij de lokale teams. Wanneer het lokale team wel betrokken wordt, is er niet altijd sprake van een goede overdracht of contact tussen huisarts en het lokale team. Het kan huisartsen ervan weerhouden om het lokale team te betrekken. Wanneer die samenwerking wordt vergemakkelijkt, kan de doorlopende lijn van zorg en contact verbeteren doordat op tijd in kaart gebracht wordt wat speelt en wat nodig is, om te voorkomen dat bijvoorbeeld pas – na lang wachten – bij de intake in sGGZ blijkt dat ook hulp door het lokale team nodig is.

Voorbeeld uit de regio

In transformatieproject Passend Arrangeren wordt na verwijzing van de huisarts naar de sGGZ eerst een zorgafstemmingsgesprek gehouden met (in ieder geval) het kind en ouders, een GZ-psycholoog en jeugdconsulent uit het lokale team. Op die manier is ook het sociale domein direct betrokken en kan vanuit verschillende perspectieven worden meegedacht over passende zorg.

“Bij de meeste patiënten is nog geen wijkteam betrokken omdat zij via de medische route bij ons komen. We proberen als ziekenhuis de wijkteams te betrekken, maar dat is lastig. Er zijn geen vaste contacten, waardoor de afdeling moet bellen naar de algemene nummers of een (onbeveiligde) mail sturen naar de backoffice. Naar een team dat je niet kent en waarvan je niet weet wanneer- en of ze gaan reageren.” – Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie.

5.5.4 Overgang naar 18+ zorgt voor nieuwe problemen

Door het huidige financieringsstelsel wordt een soepele overgang van zorg voor jongeren die 18 worden bemoeilijkt. Het liefst bereid je de jongere voor op de overgang naar een andere zorgaanbieder met degene die de zorg straks levert, maar dat is niet mogelijk wanneer een jongere nog geen 18 jaar is: de zorgaanbieder krijgt dan nog geen vergoeding van de zorgverzekeraar. Jongeren kunnen daardoor plotseling tussen wal en schip vallen als ze 18 worden en op een wachtlijst terechtkomen. Jongeren die in Jeugdzorg verblijven, raken soms zelfs plotseling hun woonplek kwijt, en veel dakloze jongeren (landelijk 60%; [NJI, 2020](#)) hebben een verleden in jeugdzorg. Er zijn overbruggingsplekken, maar ook die zijn tijdelijk. Het kan stress veroorzaken, problemen kunnen (weer) verergeren en het volgen van een opleiding belemmeren. Met volwassenheid (volgens de wet) hangt plotseling veel af van de eigen kracht en het ondersteunende netwerk van de jongere. Doordat deze overgang nog niet goed geregeld is, gaat hier veel tijd naartoe van professionals en kan het nieuwe instroom belemmeren.

"Op de leefgroep had ik iets opgebouwd. Een veilige omgeving waar ik mijn middelbare school heb kunnen afmaken. Toen ik 18 werd, had ik geen woning meer en geen zekerheid. Eigenlijk kreeg ik toen pas echt grote problemen. In de uitdagingen die ik had, zoals het vinden van een woning en op eigen benen staan, kon ik hulp vragen bij de begeleider van mijn oude woongroep. Zij ging voor mij door het vuur en hielp me aan een nieuwe woning. Ik kon haar bellen als ik zelf ergens niet uitkwam." – Ervaringsdeskundige



5.5.5 Conclusie

Om de doorstroom van zorg te verbeteren is sterke casusregie in elk traject belangrijk; een vast contact voor het kind en gezin. In de nieuwe inkoop vanaf 2023 (en vanuit de regiovisie) wordt gewerkt aan stevige casusregie. Uit de gesprekken en groepssessie wordt belangrijk gevonden dat daarin aandacht is voor:

- Een toegewijde casusregisseur die de taal van het kind, gezin of de jongere spreekt en begrijpt.
- Praten mét- in plaats van over het kind en gezin. Zij zijn zelf de hoofdpersoon in het hele traject.
- Het centraal stellen van het kind, de vraag boven het systeem/financiering plaatsen. Eerst nadenken over wat het beste is voor het kind, in plaats van wat mogelijk is. Dat vraagt samenwerking tussen hulpverleners en andere betrokkenen met daarin:
 - Enerzijds een casusregisseur, anderzijds ook een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel om (domein-overstijgend) de beste zorg te vinden voor het kind/gezin (en die mogelijkheid ook voelen binnen de financieringsmodellen).
 - Vroegtijdig in contact met verschillende partijen én het kind/gezin om af te stemmen wat nodig is voor herstel en wie wat kan doen. Daarbij is ook aandacht voor het leren kennen, begrijpen en vertrouwen van elkaar als professionals belangrijk.
 - Kennis van wet- en regelgeving binnen het jeugdzorgstelsel, zodat duidelijk is wat wel en niet mogelijk is.
- Weten wie professionals kunnen consulteren als de problematiek hun expertise overstijgt.

Naast een sterke casusregie en samenwerken rondom het kind, is het voor een goede doorstroom belangrijk om meer aandacht te hebben voor een soepel proces rondom nieuwe beschikkingen en zorg voor jongeren die 18 jaar worden.

5.6 Tijdig (nadenken over) afschalen van zorg

Afschalen van zorg en het afsluiten van een behandeltraject zijn knelpunten die wachttijden doen oplopen (zie ook hoofdstuk 2.3). Er zijn verschillende verklaringen, waarbij eerder genoemde bevindingen (inzicht in het aanbod, lokale samenwerking) terugkomen. Daarnaast lijkt het alsof opschalen – ondanks de wachttijden en het moeilijk vinden van een plek – vaak gemakkelijker gaat dan afschalen van zorg (CJG, 2021).

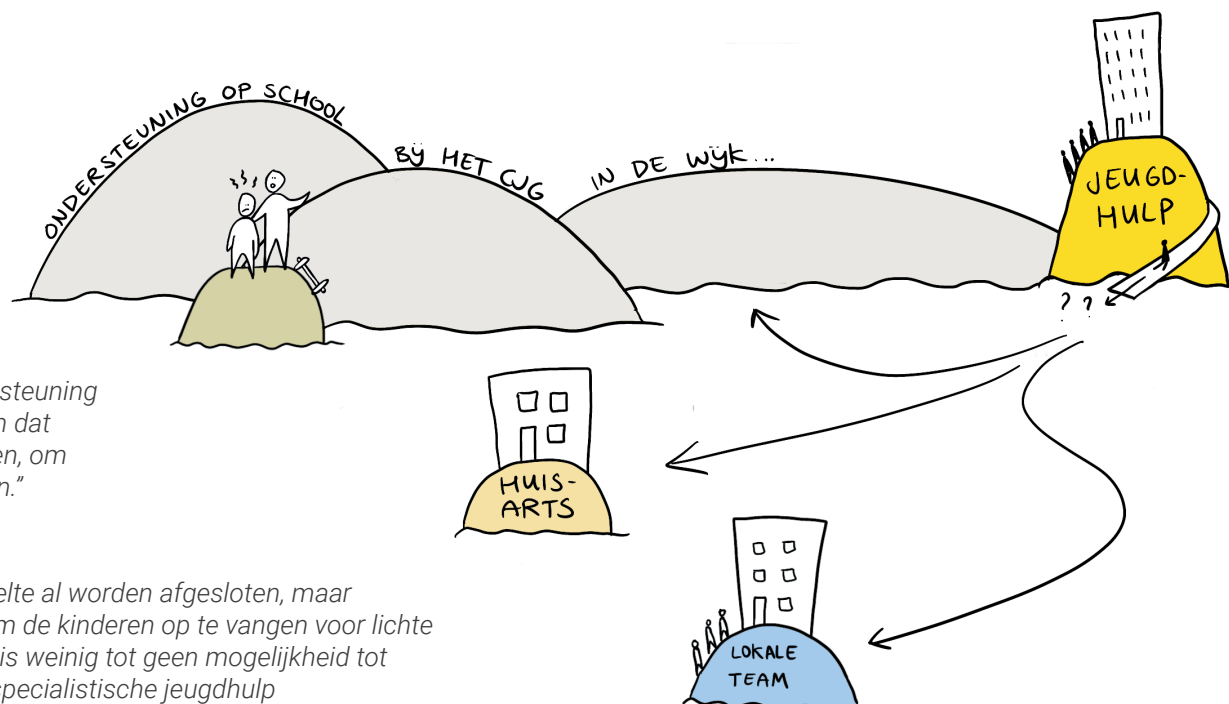
5.6.1 Inzicht in het lokale aanbod en wachttijden bij lokale teams

Vanuit de specialistische jeugdhulp en ziekenhuiszorg is het lastig om zorg af te schalen vanwege wachttijden bij lokale teams en een gebrek aan inzicht in het lokale aanbod – zoals ook eerder in dit rapport benoemd. Kinderen blijven langer in zorg omdat zij – ondanks dat hun (specialistische) traject kan worden

afgesloten – toch nog ondersteuning nodig hebben om wat zij tijdens de behandeling hebben geleerd ook blijvend te kunnen toepassen in hun eigen omgeving. De poli's voor Autisme lopen op verschillende plekken bijvoorbeeld vast omdat het lastig is om de kinderen lokaal ondersteuning te bieden, waardoor zij in behandeling blijven en er geen ruimte is voor kinderen die wachten op zorg. Wachttijden lopen daardoor verder op.

5.6.2 Durven afschalen

Ook het zorgend karakter van hulpverleners ("we willen het kind graag blijven helpen, we zijn immers hulpverleners") en de uitdaging van het duidelijk formuleren van doelen (en weten wanneer deze behaald zijn) zijn verklaringen voor knelpunten in afschalen. Jeugdhulpprofessionals zijn vaak betrokken bij hun



"Behandelingen zijn soms best theoretisch. Extra ondersteuning na de behandeling kan helpend zijn om ervoor te zorgen dat jongeren de theorie kunnen toepassen in hun eigen leven, om daar – onder lichte begeleiding – mee te blijven oefenen."
- Jongerenwerker

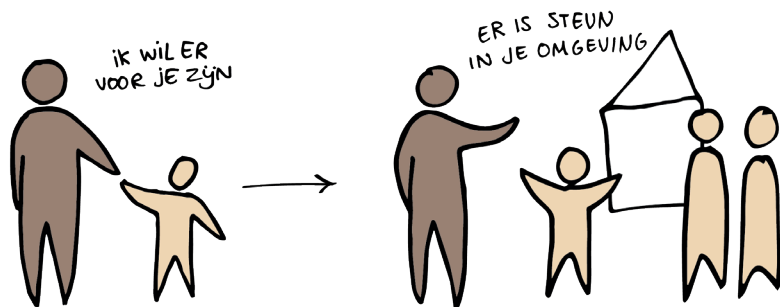
"Soms kan het specialistische gedeelte al worden afgesloten, maar omdat er niemand beschikbaar is om de kinderen op te vangen voor lichte ondersteuning, blijven ze in zorg. Er is weinig tot geen mogelijkheid tot afschalen van zorg." - Behandelaar specialistische jeugdhulp

5.6 Tijdig (nadenken over) afschalen van zorg

cliënt en willen ondersteunen in de dingen waarmee de kinderen en gezinnen worstelen, ook wanneer deze voorbij gaan aan de oorspronkelijke doelen (AEF, 2020).

"Een telefonische triage van 30 minuten kan in sommige gevallen te kort zijn om een goed beeld te krijgen, waardoor een jongere misschien onnodig op onze wachtlijst staat en eigenlijk beter ergens anders hulp zou kunnen krijgen. Daarnaast zeggen ouders niet altijd alles in die 30 minuten, waardoor een inschatting soms moeilijk is. Dit zorgt ook weer voor vertraging in het verdere proces. De langere wachtlijst zorgt ervoor dat het beeld bij de triage niet altijd meer overeenkomt met het beeld tijdens de behandelintake. Een goede inschatting zorgt voor een betere doorstroom van de zorg."
– Behandelaar specialistische jeugdhulp

Het rapport Stelsel in groei (AEF, 2020) beschrijft dat ook eerdere negatieve ervaringen met te vroeg afschalen ervoor kunnen zorgen dat het ingewikkelder is geworden om een traject af te sluiten. In zorg blijven, of zelfs opschalen, lijkt de veilige optie: niemand kan verwijten dat onvoldoende zorg geleverd is. Het kan daarbij als professional moeilijk zijn de rug recht te houden bij spanning die samenhangt met verwachtingen, prestatiedruk en onzekerheid bij jongeren en ouders – wat afschalen van zorg lastig kan maken. Ditzelfde horen we ook bij verwijzing (hoofdstuk 5.4) en vraagt dus ook wat van de vaardigheden en houding van professionals (CJG, 2021). Als een professional weet dat het kind ondersteund kan worden in zijn omgeving, wordt het gemakkelijker om het kind los te laten en dat ook te bespreken met de jongere of ouders.



"Het is ook wel hulpverleners-eigen om een casus vast te houden en voor een jongere te willen zorgen. Het zou schelen als al eerder wordt samengewerkt met andere partijen, zodat het afschalen gemakkelijker wordt. Wij zorgen dan voor complexe diagnostiek en behandeling, maar voor dynamiek in het echte leven (school, thuis) is langdurige (en kwalitatieve) begeleiding nodig." – Teamleider specialistische jeugdhulp

5.6.3 Aandacht voor verwachtingsmanagement en doen wat nodig is

Het opstellen van doelen is zo gemakkelijk ook niet: problematiek kan veranderen tijdens wachttijd of een behandeling, of pas later kan blijken dat er andere problemen ten grondslag liggen aan de hulpvraag. Kunnen sturen op uitstroom heeft dus ook te maken met het begin van het traject en voldoende evaluatie tijdens het traject: zijn we nog met de juiste dingen bezig?

Naast het (bij)stellen van doelen is ook verwachtingsmanagement een aandachtspunt: vanaf de start van een traject moet duidelijk zijn dat het traject eindig is, maar dat dat niet betekent dat het kind/gezin er alleen voor staat. Met die verwachting en duidelijke casusregie kan vanaf dat moment ook al worden nagedacht over de juiste manier van afschalen: wie of wat kan helpend zijn als de behandeling of ondersteuning wordt afgerond?

5.6.4 Het verticale systeem verdraaien tot een cirkel

In gesprekken met alle verschillende professionals valt op dat Jeugdzorg vaak als 'verticaal' wordt gezien, met enige hiërarchie. Bovenaan de meest specialistische/zware zorg, onderaan het 'voorliggend veld'. De woorden 'op- en afschalen' dragen daar ook aan bij. Het lijkt alsof tussen die verschillende lagen nog niet altijd een goede verbinding is: de trap tussen de verdiepingen moet zelf worden gebouwd door het kind of de ouders. Eenmaal boven is de weg naar beneden soms nog moeilijker, zoals blijkt in voorgaande bevindingen. Kunnen we dit beeld van het verticale systeem omdraaien, 90 graden kantelen of in een cirkel zetten? Kunnen we zorg rondom het kind geven in plaats van hem steeds 'hogerop' te sturen? Waarbij lichte zorg net zo belangrijk en waardevol kan zijn als specialistische zorg? Dan gaat het om de juiste zorg op het juiste moment, het 'inschalen' van bepaalde zorg in een vaste basis van ondersteuning. Dit is een samenwerkingsvraagstuk waarin het fundament (die stevige muur) vanuit het lokale veld kan worden gebouwd, en waarmee het probleem van 'afschalen' wellicht minder aan de orde is.

5.6.5 Conclusie

Afschalen vraagt om samenwerking tussen en met lokale ketenpartners, zo vroeg mogelijk nadenken over 'afschalen' of ondersteuning in de leefomgeving, goed verwachtingsmanagement en voldoende evaluatie op de zorg die gegeven wordt en nodig is (met ook evaluatiemomenten binnen het team met oog op uitstroom zodra dat kan). Niet minder belangrijk is een goede analyse van wat nodig is vanaf het begin en inzicht in (en contact met) lokale partijen om passende ondersteuning in de leefomgeving te vinden.

We zien wederom het belang in van sterke casusregie, waarbij één persoon van begin tot eind (en nazorg) betrokken is om tijdig de juiste hulp te kunnen regelen en samen te blijven werken aan herstel én een sterke basis voor het gezin. Daarbij gaat het niet alleen om op- of afschalen van zorg, maar om de juiste zorg of hulp op het juiste moment te kunnen bieden; maatwerk dat goede regie, inzicht in het aanbod en samenwerking vereist.

5.7 Ondersteunende processen

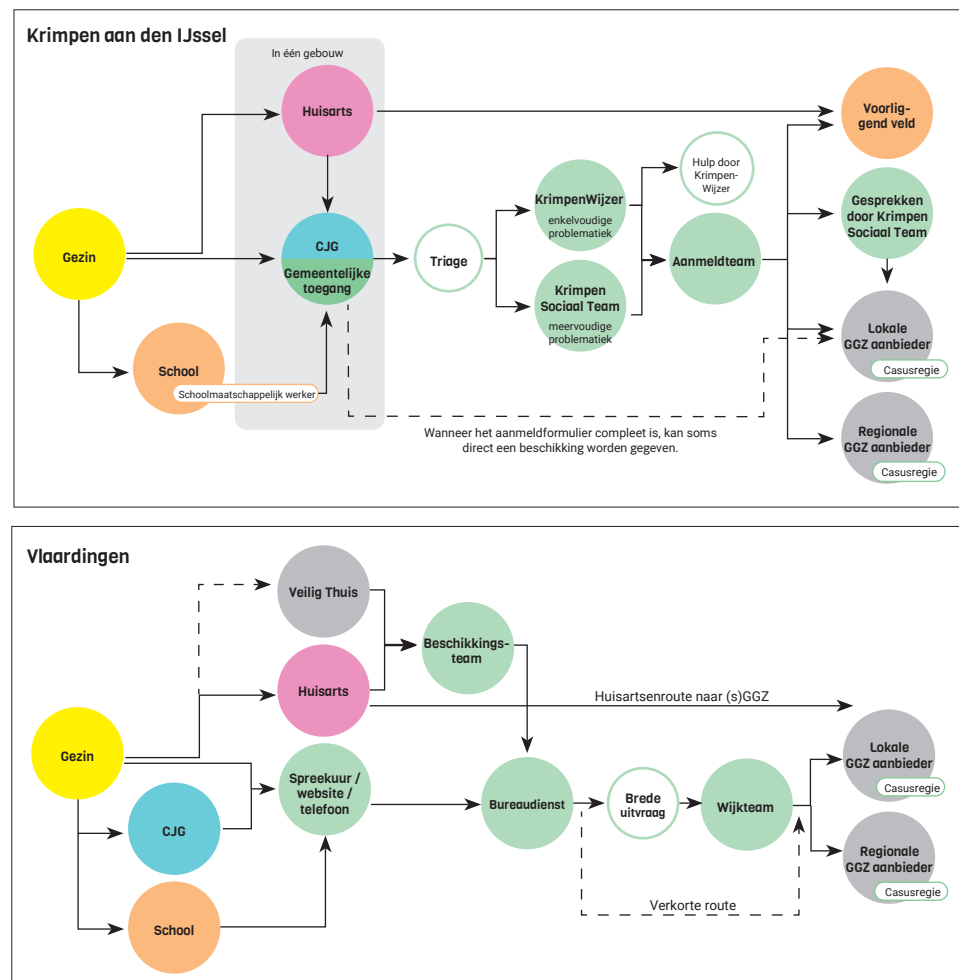
Een inzichtelijk aanbod en vraaggericht samenwerken vraagt om een gestroomlijnd proces waarin professionals weten hoe ze elkaar en het aanbod kunnen vinden. Op dit moment ontbreekt niet alleen het inzicht in het aanbod, maar zorgen de verschillende werkwijzen van alle ketenpartners ook voor ruis en veel uitzoekwerk. Werk dat tijd voor directe zorgtaken 'opslokt' (meer druk op de professionals) en vaak zelfs de weg naar passende zorg of ondersteuning blokkeert.

Werkwijzen op elkaar afstemmen om samenwerking te verbeteren

Opvallend zijn de grote verschillen tussen de lokale teams in de regio en ook binnen een gemeente. Regio Rijnmond telt 15 gemeenten waarin in totaal 72 lokale teams werkzaam zijn, en waartussen we veel verschillen zien. Dat begint al met de naam: wijkteam Albrandswaard, Jeugdhulp Hellevoetsluis, Vraagraak Maas-luis, Sociaal Team Krimpen of WijkOndersteuningsTeam Schiedam ([Jeugdhulp Rijnmond](#)). Lokale teams zijn verder verschillend in:

- **De manier waarop een gezin of organisatie in contact komt met het lokale team.** Sommige teams hebben inloopsprekken, in andere gemeenten kan men alleen via een digitaal formulier of algemeen telefoonnummer contact opnemen. Dat maakt het minder toegankelijk voor gezinnen en veroorzaakt extra werk voor ketenpartners: uitzoeken hoe ze in contact komen, wachten op een reactie van de 'backoffice'. Ook dit kan tot extra wachttijd leiden.
- **Samenstelling van het team en aanbod van basiszorg of ondersteuning.** Sommige lokale teams bieden zelf basiszorg, anderen verwijzen daarvoor door naar lokale partners. Dat is ook afhankelijk van de samenstelling van het team en de jeugdexpertise die daarin beschikbaar is (zie hoofdstuk 5.4).
- **Samenwerking met andere organisaties (CJG, scholen, huisartsen).** Lokale teams werken in meer of mindere mate samen met bepaalde lokale partijen. In de ene gemeente werken het lokale team, CJG en huisarts onder één dak, terwijl op andere plekken meer wordt samengewerkt via consultatie op afstand – of er weinig verbinding is met andere verwijzende partijen.
- **Werkwijze bij verschillende soorten problematiek.** Elke gemeente heeft een andere manier waarop met problematiek wordt omgegaan, zoals een apart team dat aanvragen van Veilig Thuis behandelt, een splitsing tussen eenvoudige- en meervoudige problematiek binnen het eigen lokale team of één team dat alles behandelt.

Een voorbeeld van de verschillen is te zien in figuur 6, waarin de algemene processen en partners van de lokale (jeugd)teams van de gemeente Krimpen aan den IJssel en Vlaardingen in beeld zijn gebracht.



Figuur 6 - schematische weergave van de werkwijze en procedures bij de gemeenten Krimpen aan den IJssel en Vlaardingen.

5.7 Ondersteunende processen

Het gevolg van deze grote verschillen is dat het voor andere verwijzers en aanbieders moeilijk is om overzicht te houden in de manier waarop zij in contact komen met een lokaal team, welke functie het lokale team heeft en welk aanbod zij bieden.

Niet alleen lokale teams onderling, maar elke verwijzer heeft een andere manier van werken, andere digitale systemen en uitvraagprotocollen. Daarbij wenst elke aanbieder andere informatie over de cliënt, waardoor er vaak discrepantie is tussen de informatie die een aanbieder krijgt en nodig heeft. Het kost de triagist tijd: die moet nabellen om het dossier op orde te krijgen. Het kost de verwijzer tijd: die moet de triagist te woord staan en extra informatie aanleveren. Het zorgt voor vertraging wanneer ouders gesproken moeten worden, maar de telefoon niet opnemen... Ondertussen valt niemand iets te verwijten, want dit ontstaat uit tijdsgebrek en de vaste werkwijzen en protocollen. Is het mogelijk om een efficiënte, op elkaar aansluitende werkwijze te ontwikkelen voor alle partijen, ten gunste van het kind?

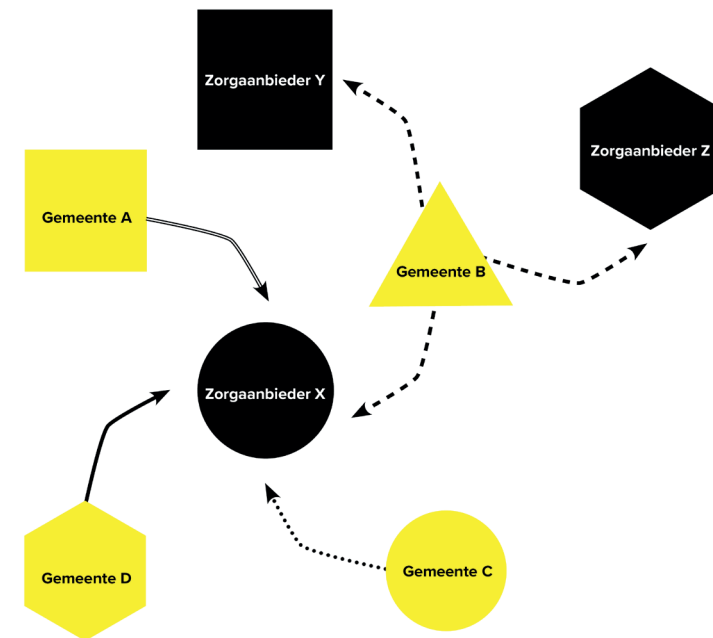
Enerzijds zijn de verschillen goed en logisch vanuit de Jeugdwet: aansluiten bij dat wat lokaal al beschikbaar en nodig is. Die 'couleur locale behouden en inspeken op de kenmerken van de eigen gemeente' wordt vaak benoemd in gesprekken met lokale teams, maar juist ook het stroomlijnen en uniformeren van de gemeentelijke toegang wordt als belangrijke succesfactor genoemd in transformatie van de toegang (Verwey-Jonker, 2021). Het is ook niet mogelijk (en nodig) om alles gelijk te trekken, maar er is een ingewikkelde puzzel ontstaan van veel verschillende partijen die proberen samen te werken (figuur 7). Het veroorzaakt extra (uitzoek)werk, wat iedereen meer tijd kost (zoals genoemd in hoofdstuk 5.4).

Lokale teams hebben ook moeite met de verschillende werkwijzen en criteria van jeugdhulpaanbieders in het vinden van een geschikte plek voor een kind: "Een kind op de wachtlijst krijgen is a hell of a job." - Medewerker lokaal team

Het is de kunst om ervoor te zorgen dat elke organisatie als puzzelstuk in het geheel zijn eigen kleur kan hebben, maar ook aansluit op de rest. Het NJi beschreef in 2017 al dat "gemeenten en aanbieders zoekend zijn in hun rol in het geheel (...)" Er zijn geen signalen die aangeven dat een nauwe samenwerking

tussen de partijen niet mogelijk is. Het vraagt wel een investering vanuit alle partijen." (NJi, 2017). Door actief naar elkaar toe te bewegen in het spreken van dezelfde taal, bepaalde werkwijzen op elkaar af te stemmen en van elkaar te leren wat wel of niet werkt, kan de jeugdzorg in de regio sterker worden. Er wordt dan meer vanuit een systemische benadering gewerkt, in plaats van lokale problemen afzonderlijk op een eigen manier op te lossen.

"We hadden in 2015 geen werkprocessen, helemaal niets. We hebben dat al doende ontwikkeld en hebben het nu redelijk op de rit. Omdat er een wachtlijst van zo'n 7 maanden is voor het wijkteam, experimenteren we nu met een verkorte route direct naar een aanbieder – wanneer het aanmeldformulier al heel volledig is." – Medewerker lokaal team



Figuur 7 - Zorgaanbieders en gemeenten proberen samen te werken, ondanks hun verschillende werkwijzen.

Ruimte creëren om ruimte te creëren

Alle professionals die we hebben gesproken willen graag verandering aanbrengen om wachttijden aan te pakken of jeugdzorg in het algemeen te verbeteren. Contacten leggen met professionals van andere organisaties, bijscholing over bepaalde onderwerpen, maatwerk leveren... Alleen: dat lukt niet, want de druk is te hoog en er is te weinig tijd om dat (goed) te doen. De wachtlijsten zijn lang, er zijn spoedgevallen die nu opgepakt moeten worden, declarabiliteitseisen zijn hoog en er moet nog van alles worden verwerkt aan administratie.

"We hebben geen tijd om de administratielast terug te schroeven en de organisatie geeft daar geen prioriteit aan; de zorg voor kinderen gaat voor. We doen die administratie allemaal gewoon, maar we mopperen er wel op."

Zaken die onnodig veel tijd kosten volgens de geïnterviewden (waarvan vele al ter sprake gekomen zijn in dit rapport):

- Het samenstellen van arrangementen en regelen van onderaannemers
- Het vinden van de juiste behandel- of ondersteuningsplek (zonder lange wachttijd)
- Contact zoeken met een andere partij (zoals het lokale team of de juiste persoon van een zorgaanbieder)
- Het gebruik van andere systemen door verschillende organisaties, waardoor gegevens overgetypt moeten worden.
- Het schrijven van uitgebreide verslagen en ondersteuningsplannen. Enerzijds belangrijk voor een goede informatieoverdracht en monitoring, anderzijds tijdrovend werk dat vaak als nutteloos wordt ervaren en meer te maken hebben met uit de hand gelopen bureaucratie dan de zorg voor het kind.

"Er is een disbalans tussen behandeltijd en administratietijd. Er zijn veel regels en er moet veel verantwoording plaatsvinden. Tot tien jaar geleden kon een psycholoog zelf doorverwijzen naar een andere psycholoog, maar nu moet dat via een arts – die daardoor ook meer werk hebben aan psychologische zorg. Het systeem lijkt omslachtig, alsof cliënten worden 'rondgepompt' van psycholoog naar huisarts en terug naar een psycholoog. Al die extra regels en administratiewerk zorgen ervoor dat er minder tijd is om te behandelen." - Medisch manager

"Het gaat weer dezelfde kant op zoals vroeger met bureau Jeugdzorg, met al die indicatiestellingen waar we juist vanaf wilden. Professionals zouden hands-on moeten kunnen werken, naast de ouders kunnen staan. Dat wordt nu belemmerd door ingewikkelde processen en arrangementen."
– Adviseur jeugdgezondheidszorg

Waar haal je de tijd vandaan om te investeren in verbetering? Oftewel: hoe kun je ruimte creëren om ruimte te creëren; de mogelijkheid om – naast het leveren van zorg – te blijven leren en verbeteren? Om dit te doen zal je als organisatie moeten durven investeren ten koste van iets anders (tijdelijk langere wachttijd, minder capaciteit) om op langere termijn een duurzame verbetering te kunnen doorvoeren. De keuze kan nu dus pijn doen, maar uiteindelijk veel opleveren. De publieke en maatschappelijke reactie speelt hierin een rol, omdat die juist vaak gericht is op nu handelen. Zolang we incidentenpolitiek bedrijven en organisaties (of professionals) op fouten afrekenen, blijft het moeilijk om keuzes voor de langere termijn te maken. Het gaat daarbij dus om het afwegen van risico's, maar deze vervolgens ook accepteren.

Wat daarin helpend kan zijn is het ondersteunen van managers/organisaties bij het helpen prioriteren (vanuit een brede blik met oog op toekomstbestendige veranderingen) en als professional kunnen terugvallen op een team of afspraken, zodat iemand niet persoonlijk wordt afgerekend op de keuzes die op korte termijn wellicht gevolgen kunnen hebben op geld, capaciteit of wachttijden.



Nieuwe administratieve functies als pleister op het systeem

Het administratiewerk heeft geleid tot verschillende nieuwe functies bij zowel lokale teams als zorgaanbieders. Zorgmakelaars, beschikkingsmedewerkers, arrangeurs en wachtlijstcoördinatoren: veel van die functies zijn voornamelijk administratief of zoekwerk. Medewerkers zijn blij met hun nieuwe collega's die werk uit handen nemen, maar het lijkt ook op symptoombestrijding: een pleister op een niet goed werkend systeem. Als we, zoals in de vorige paragraaf omschreven, op sommige plekken ruimte kunnen creëren (bijv. door een deel beschikkingsvrij te maken, of een goede sociale kaart te ontwikkelen) kan de tijd en het geld voor deze taken weer direct aan zorg voor het kind worden besteed.

"De hele geldkwestie verstoort de relatie tussen behandelaar, aanbieder en casusregisseur. Voor 2018 was dat niet zo. De functie van zorgmakelaar is nodig om te kunnen bemiddelen tussen casusregie en aanbieder."
- Medewerker lokaal team

"Voorheen hadden we geen arrangeurs nodig, maar nu hebben we een team van arrangeurs – en daarin zijn we niet de enige. Het arrangeren kunnen we niet aan behandelaren overlaten, dat kost veel te veel tijd."
- Behandelaar specialistische jeugdhulp

Van elkaar leren en professionaliseren

Om voorgaande bevindingen te nuanceren: er wordt hard gewerkt aan het verbeteren van processen en de kwaliteit van zorg voor de jeugd. In de hele regio worden projecten geïnitieerd en goede oplossingen bedacht. Daarbinnen moeten we kijken hoe we dingen niet dubbel, maar dubbel zo goed kunnen doen, door samenwerkingen aan te gaan en te zoeken naar gaten in het geheel. Binnen de transformatieprojecten is veel geleerd en worden verschillende projecten nu opgeschaald naar andere gemeenten, en ook zijn er meer samenwerkingsverbanden ontstaan om kinderen passende zorg te bieden of samen van casuïstiek te leren. Het samen leren is belangrijk om te voorkomen dat wielen opnieuw uitgevonden worden en om elkaars kennis of werkprocessen te gebruiken.

Op het gebied van professionaliseren zien we verschillende aanknopingspunten:

- Feedback geven op verwijzingen aan huisartsen en lokale teams, zodat zij kunnen leren van de casuïstiek en wanneer een verwijzing wel of niet passend is.

- (multidisciplinaire) Intervisie voor (jonge) POHs Jeugd, omdat dit een relatief nieuwe functie is en deze professionals relatief alleen werken.
- Meer uitwisseling tussen beleid en uitvoer. Een voorbeeld daarin is de methodiek Samen signaleren van het CJG, waarbij uitvoerende professionals samen actief signaleren en hun bevindingen delen met beleidsmedewerkers.
- Klein en snel beginnen met leren van vernieuwingen: veelal worden nieuwe werkwijzen nauwkeurig uitgedacht op papier en dan geïmplementeerd in de praktijk. Snel testen van ideeën om de werkwijze te verbeteren kan veel opleveren om het gat tussen beleid en uitvoer te verkleinen.
- Inzet van ervaringsdeskundigen in organisaties. Zij kunnen naast de behandelaar werken om een casus vanuit een ander perspectief te bekijken, maar ook feedback geven op de behandelaar.

Conclusie

Het is lastig om verbetering aan te brengen in werkprocessen vanwege de werkdruk en dan (logischerwijs) prioriteit te geven aan zorg voor het kind in plaats van tijd te besteden aan verbeterprocessen. Toch is het nodig om ook te investeren in duurzame veranderingen, en dat kan klein beginnen. Door met kleine projecten in de praktijk te beginnen (met een groter doel voor ogen) en daarvan te leren – en kennis ook met andere gemeenten of organisaties te delen, kan stapsgewijs geïnnoveerd worden zonder dat in één keer alles en iedereen moet veranderen.

Naast efficiëntere werkprocessen kunnen ook andere zaken tijd besparen, zoals gebruik maken van dezelfde (ICT-)systemen, het afstemmen van informatieoverdracht en hanteren van dezelfde soort methodieken voor bijv. de vraagverheldering.

A large, bright yellow shape, resembling a quarter-circle or a large arc, is positioned on the left side of the slide, extending from the top to the bottom.

Advies conceptringen

6. Advies conceptrichtingen

Wanneer we de zeven losse richtingen uit vorig hoofdstuk op oplossingsmogelijkheden clusteren vinden we drie overkoepelende thema's. Deze drie thema's kunnen we in de komende fase naar concrete projecten gaan omzetten. Deze thema's zijn dan:

1. Een interactief systeem om vindbaarheid en samenwerking te stimuleren

Een interactief overzicht of systeem leent zich voor een stapsgewijze ontwikkeling, het kan als breekijzer dienen om tijd van professionals vrij te maken, en is bovendien uitermate schaalbaar. Daarnaast is het een onderwerp dat veel terugkomt, maar nog een gat lijkt te zijn in lopende regionale projecten. Globaal zouden we kunnen beginnen met een interactieve sociale kaart en deze stapsgewijs uitbreiden, zodat het systeem bijvoorbeeld ook bruikbaar wordt voor burgers, het professionals kan helpen elkaar te vinden, administratieve lasten kan verlagen (bijvoorbeeld met templates, beslisbomen), etc. Daarbij horen de thema's:

- Koppeling juiste aanbod (5.3)
- **Inzicht en overzicht van het aanbod (5.4)**
- Ondersteunende processen (5.7)

Later (eventueel) aangevuld met

- Toegankelijke toegang (5.2)
- Doorlopende lijn van contact, via gedeeld systeem (5.5)

2. Versterken proces 'in zorg komen' (vroegsignalering, verwijzing, triage)

Een ander punt dat grote impact kan maken en overlap heeft met verschillende onderdelen uit de hoofdstukken hiervoor is: het proces van in zorg komen. Dit lijkt de plek met misschien wel de meeste impact op wachttijden. Zo zien we ((ook) in landelijke onderzoeken) dat hier veel ruimte ligt om onnodige instroom

aan te pakken, veel werk van specialisten te besparen en effectievere zorg aan te kunnen bieden. Dus ook voor onderwerpen als normalisatie, en werkdrukverlaging is dit DE plek om mee te beginnen. En dat omvat:

- Signaleren van problemen en toegankelijke toegang (5.2)
- **Een goede analyse en het juiste aanbod (5.3)**
- Inzicht en overzicht van het aanbod (5.4)
- Een doorlopende lijn van zorg en contact (5.5)
-

3. Integraal werken en samenwerken

Tot slot zien we dat er graag meer en beter wordt samengewerkt, dat processen en behandelingen beter op elkaar kunnen aansluiten en dat er in een behandeling soms breder kan worden gekeken dan de diagnose of behandeling alleen. Punten die we ook landelijk al jaren steeds terug zien komen, maar ook punten die vooral in de praktijk erg moeilijk blijken. Bijvoorbeeld omdat (gaan) samenwerken (veel) tijd kost, er groot verloop is in personeel en ontwikkelen/verbreden met de werkdruk die er nu al ligt vaak niet past. Het is bij dit punt dus van belang het kleinschalig en vooral passend bij de lokale praktijk te starten en zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande projecten.

- Versterken van eigen kracht in de leefomgeving (5.1)
- Signaleren van problemen en toegankelijke toegang (5.2)
- Een goede analyse en het juiste aanbod (5.3)
- **Een doorlopende lijn van zorg en contact (5.5)**
- **Tijdig nadenken over afschalen (5.6)**

De in het geel gearceerde onderwerpen vinden we belangrijk om mee te starten.

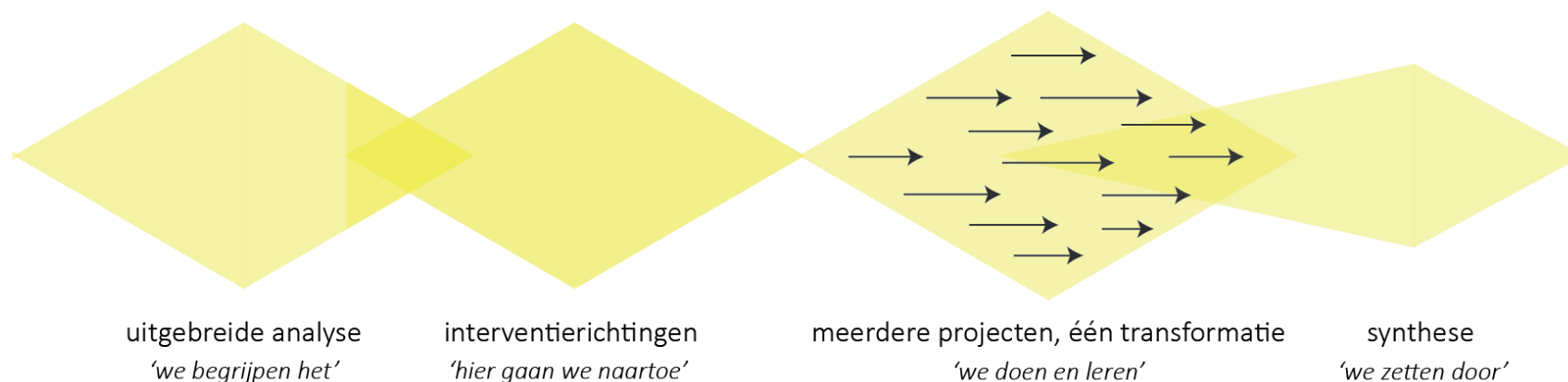
7. Vervolgstappen

De tot nu gezette stappen zorgen ervoor dat we de wachttijdproblematiek beter zien en begrijpen. We weten o.b.v. de analyse fase wat er speelt in de regio en hebben een idee waar dat door komt. Maar de komende fases zijn waar het om gaat, namelijk het opzetten van concrete verbeteringen (interventies) die de situatie blijvend weten te verbeteren. Dit is ook waar grotendeels de toegevoegde waarde en de kracht van het programma zit; via ontwerp denken in kleine stappen samen met de praktijk het anders doen.

Uit de genoemde thema's zal gezamenlijk een keuze worden gemaakt, waarna vervolgens projecten opgestart kunnen worden welke een bijdrage leveren aan het aanpakken van de wachttijden in regio Rijnmond. Uiteraard in verbinding met de regionale visie Nabij en Passend, de nieuwe inkoop en de (lokaal) betrokken stakeholders – zoals kinderen en professionals.

Welke stappen nemen tot en met eind juni?

In april wordt er gekozen met welke thema's we de volgende fase in zullen gaan, namelijk het ontwikkelen van concrete interventies. In de maand mei zullen we, op basis van 'pressure cooker'-sessies⁸, samen met elkaar en betrokken stakeholders een aantal concepten verder uitwerken en zoeken (en bouwen aan) naar de juiste randvoorwaarden voor een succesvol project. Zodat er vanaf juni gestart kan worden met het in kleine stappen in de praktijk toetsen.



⁸ Een pressure cooker is een dag (of soms meerdere dagen) waarin een multidisciplinair team in korte tijd van probleemanalyse naar conceptrichtingen gaat, onder leiding van een facilitator en met creatieve methodes. De oplossingen die worden bedacht, vormen de basis van projecten die verder worden uitgedacht of een concrete probleemstelling die verder kan worden onderzocht.

Bronnen

- **AEF (2020)**. 'Stelsel in groei'. <https://www.aef.nl/storage/images/Stelsel-in-groei-een-onderzoek-naar-financi%C3%ABle-tekorten-in-de-jeugdzorg.pdf>
- **Barendrecht, C., Jansen Lorkeers, L. (2022)**. 'Expertiseteam jeugdhulp en jeugd-ggz BAR-gemeenten.' Ivo, februari 2022. <https://ivo.nl/wp-content/uploads/2022/02/Expertiseteam-jeugdhulp-en-jeugd-ggz-BAR-gemeenten.pdf>
- **Ballesio et al., A. (2018)**. The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 37, 114-129.
- **CBS (2020)**. '443 duizend jongeren met jeugdzorg in 2019.' 30-4-2020. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/18/443-duizend-jongeren-met-jeugdzorg-in-2019>
- **CBS (2021)**. 'Ziekteverzuim zorg en welzijn blijft op hoogste niveau sinds 2003.' 14-9-2021. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/37/ziekteverzuim-zorg-en-welzijn-blijft-op-hoogste-niveau-sinds-2003>
- **CJG Rijnmond** – Webpagina 'Cursussen'. Geraadpleegd op 4-4-2022. <https://centrumvoorjeugdengEZIN.nl/cursus>
- **CJG Rijnmond, CJG Capelle a/d IJssel (2021)**. 'Handreiking effectief op- en afschalen'. I.s.m. met beleidsadviseurs Jeugd van verschillende gemeenten. 15-11-2021.
- **De Koster, J. (2019)**. 'Geen zicht op wachttijden jeugd.' Binnenlands Bestuur, 4-12-2019. <https://www.binnenlands-bestuur.nl/sociaal/nieuws/geen-zicht-op-wachttijden-jeugd.11628179.lynkx>
- **Denys, D. (2020)**. 'Het tekort van het teveel'. De paradox van de mentale zorg. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.
- **GGZnieuws (2020)**. 'Bijna 1 op de 3 psychiaters denkt aan stoppen vanwege emotionele uitputting.' 7-9-2020. <https://www.ggznieuws.nl/bijna-1-op-de-3-psychiaters-denkt-aan-stoppen-vanwege-emotioneel-uitputting/>
- **GRJR (2021)**. Eindrapportage Transformatieprojecten Jeugdhulp Rijnmond. <https://st-raw.nl/wp-content/uploads/2021/11/Eindrapportage-Transformatieprojecten-Jeugdhulp-Rijnmond-Final-version.pdf>
- **GRJR (2021)**. Regiovisie Jeugdhulp Regio Rijnmond: 'Nabij en Passend.' 15-05-2021. <https://www.jeugdhulprijnmond.nl/wp-content/uploads/2021/07/Platform-3-Regiovisie-nabij-en-passend-versie-2-juli-def.pdf>
- **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019)**. 'Samen werken aan veiligheid in Rotterdam: een onderzoek bij JBRR, Enver en de wijkteams'. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/rapporten/2019/04/16/samen-werken-aan-veiligheid-in-rotterdam-een-onderzoek-bij-jbrr-enver-en-de-wijkteams/DEF+rapport+Rotterdam.pdf>
- **Jeugdhulp Rijnmond** - <https://www.jeugdhulprijnmond.nl/verwijzen/wijkteams/>
- **KPMG (2019)**. Inzicht in besteding jeugdhulpmiddelen en wachttijden.
- **LHV (2021)**. Infographic 'zorgen over werkdruk en bezetting'. <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/10/LHV-Onderzoek-2021-Zorgen-over-werkdruk-en-bezetting.pdf>
- **Meadows, D. (1999)**. Leverage Points: Places to Intervene in a System. <https://donellameadows.org/archives/leverage-points-places-to-intervene-in-a-system/>

- **Nivel (2022).** 'Functie praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) waardevol: huisartsenpraktijken wensen behoud of uitbreiding'. 8-3-2022. <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/functie-praktijkondersteuner-huisartsenzorg-poh-waarde-vol-huisartsenpraktijken-wensen-behoud>
- **NJi (2019).** 'Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak.' <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Het-groei-end-jeugdzorggebruik-Duiding-en-aanpak.pdf>
- **NJi (2022).** 'Voorkom dakloosheid jongere na stoppen jeugdzorg.' – 22-4-2020. <https://www.nji.nl/nieuws/voor-kom-dakloosheid-jongere-na-stoppen-jeugdzorg>
- **NJi (2017).** 'Wacht maar.' Rapportage. https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2017/201705_wacht_maar_nji_onderzoek.pdf
- **NJi** – Webpagina 'Transformatie Jeugdhulp.' Geraadpleegd op 4-4-2022. <https://www.nji.nl/transformatie-jeugd-hulp/jeugdwet>
- **NOS (2022).** 'Driekwart huisartsen kan geen praktijkruimte vinden of uitbreiden.' 31-1-2022. <https://nos.nl/artikel/2415160-driekwart-huisartsen-kan-geen-praktijkruimte-vinden-of-uitbreiden>
- **NOS (2021).** 'Kind in nood wacht gemiddeld 10 maanden op hulp'. 2-6-2021. <https://nos.nl/artikel/2383242-kind-in-nood-wacht-gemiddeld-tien-maanden-op-hulp>
- **NU.nl (2022).** 'Lange wachtlijsten bij GGZ zorgen ook voor drukte bij de praktijkondersteuner.' – 16-3-2022. <https://www.nu.nl/binnenland/6189436/lange-wachtlijsten-bij-ggz-zorgen-ook-voor-drukke-bij-de-praktijkondersteuner.html>
- **PWC (2021).** Rapportage Lerend doen wat werkt (concept).
- **RTL Nieuws (2020).** '804 dagen op een wachtlijst voor hulp, wat vindt de GGZ-directeur daarvan?' 22-1-2020. <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/politiek/artikel/4994721/ggz-baas-reageert-op-woede-om-wachtlijsten-zorg-suicide-ggz>
- **Shoshin (2022).** Rapportage 'Aanpak wachttijden' (concept).
- **Unicef (2020).** Innocenti Report Card 16: Worlds of Influence - Understanding What Shapes Child Well-being in Rich Countries. https://www.unicef.nl/files/Report%20Card%2016%20UNICEF_3%20sept_2020.pdf
- **Van der Stigt, M. (2018).** 'Wat is er mis met een psychische diagnose?'. Sociale Vraagstukken, 29-10-2018. <https://www.socialevraagstukken.nl/column/wat-is-er-mis-met-een-psychische-diagnose/>
- **Van Looij, P., Hekelaar, A. (2019).** 'Evaluatie Specialistisch Ambulant Netwerk (SPAN)'. Afdeling Onderzoek en Business Intelligence, Gemeente Rotterdam, 1-7-2019. https://st-raw.nl/wp-content/uploads/2019/07/20190709_Eind-rapport-evaluatie-SPAN.pdf
- **Verwey-Jonker Instituut (2021).** Rapportage 'Eigenwijs transformeren'. Maart 2021. https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2021/04/220470_Eigenwijs_transformeren_WEB.pdf
- **ZonMw (2020).** Meedoen in de stad. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/project-detail/actieprogramma-lokale-initiatieven-mensen-met-verward-gedrag/meedoen-in-de-stad-het-project-is-een-vervolg-en-verbreding-van-het-project-verbinding-de-nieuwe/verslagen/>