



**Proeftuin Basiszorg
Jeugd GGZ Utrecht**
Kernrapport

Proeftuin Basiszorg Jeugd GGZ Utrecht

Kernrapport

M.J.H. van Bon-Martens
R. Gilsing

Colofon

Opdrachtgevers

Stichting Lokalis
Gemeente Utrecht
Huisartsen Utrecht Stad
Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ)-netwerk Utrecht

Opdrachtnemers

Trimbos-instituut
Verwey-Jonker Instituut

Financiering

Stichting Lokalis
Gemeente Utrecht

Projectleiding

Marja van Bon-Martens, Trimbos-instituut
Rob Gilsing, Verwey-Jonker Instituut

Projectuitvoering (alfabetisch)

Annelies Tukker, Gemeente Utrecht
Christine Weenink, Huisartsen Utrecht Stad
Daniëlle Meije, Trimbos-instituut
Diane Bulsink, Verwey-Jonkerinstituut
Ernst-Jan Wind, Stichting Zuilen/Ondiep GEZond
Irma Wiebolt, Stichting Lokalis
Jeanine ten Haaf, Stichting Lokalis
Jooske Verburg, Volksgezondheid Gemeente Utrecht
Marenne van Kempen, Stichting Lokalis
Marja van Bon-Martens, Trimbos-instituut
Marjolein Mantel, Stichting Lokalis
Rebecca Houtman, Huisartsen Utrecht Stad
Rob Gilsing, Verwey-Jonker Instituut
Sofie Vloothuis, Stichting Lokalis

Ontwerp

Punt Grafisch Ontwerp, Utrecht

Productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Deze uitgave is te downloaden via:

www.awtijutrecht.nl

www.trimbos.nl (Artikelnummer: AF1602)

www.verwey-jonker.nl

© 2018, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Voorwoord

Leren samenwerken in de Basiszorg Jeugd Utrecht

In drie Utrechtse wijken is in 2017 een proef gedaan met als doel de samenwerking tussen partijen in de basiszorg aan jeugdigen met psychische klachten te verbeteren. De drie proeftuinen waren Leidsche Rijn, Ondiep en Binnenstad. In de proeftuinen hebben huisartsen, POH-GGZ (de praktijkondersteuner ggz die voor de huisarts werkt), jeugdarts en gezinswerkers van het buurtteam met elkaar gereflecteerd op hun werkwijze, aan de hand van casuïstiek. Dit heeft veel interessante lessen opgeleverd. Hiervan wordt in deze eindrapportage verslag gedaan.

De proeftuin heeft alles te maken met de verandering in het lokale 'zorglandschap'. Door de nieuwe Jeugdwet, die in 2015 van kracht werd, ging de zorg voor kinderen en jongeren volledig over naar de gemeente. Het ging niet alleen om een overdracht van taken, maar ook om nieuwe manieren van werken in de zorg. Zorg dichtbij en op maat, aansluitend op het 'gewone leven' en met de regie bij het gezin en de jongere(n) in kwestie. Dit waren de uitgangspunten waarmee de gemeente Utrecht de transformatie van de zorg voor jeugd inging.

Zorg op maat vereist samenwerking tussen hulp- en zorgverleners in het medische en het sociale domein. In de basiszorg aan jeugdigen met psychische klachten gaat het om de huisarts en de POH-GGZ, over de medewerker gezinswerker van het buurtteam en de jeugdarts. Dat samenwerking nuttig en nodig is, beseffen alle partijen. Ondersteuning en zorg moeten op het juiste moment door de juiste hulpverlener op de juiste plek worden geleverd. Maar dat maakt de samenwerking in de praktijk van alledag nog niet vanzelfsprekend. Dit houdt verband met de fase waarin de transformatie zich bevindt. De buurtteams met hun generalistische werkwijze zijn pas drie jaar aan de gang. Huisartsen en jeugdartsen zoeken nog hun weg in het veranderend stelsel. De transformatie van de specialistische zorg, die ook meer wijkgericht zal worden georganiseerd, verkeert in de beginfase.

De gemeente Utrecht, Huisartsen Utrecht Stad (de stedelijke koepel van huisartsen), het GEZ-netwerk (GEZ staat voor geïntegreerde eerstelijnszorg) en buurtteamorganisatie Lokalis willen de samenwerking een impuls geven. Gezamenlijk gaven wij de opdracht voor de Proeftuin Basiszorg Jeugd GGZ.

De Proeftuin kende twee fasen. In de eerste fase is een visie geformuleerd op de basiszorg voor kinderen en jongeren. Deze visie omvat de volgende vier noemers: klant centraal, passende zorg, professionele afstemming en randvoorwaarden. Vervolgens is gedurende een periode van vijf maanden in elke wijk maandelijks een casuïstiekbespreking gehouden. In elke bespreking werden één of twee casus besproken, met de volgende vragen:

- In hoeverre is in een casus volgens de gezamenlijke visie gewerkt?
- Wat kunnen we van de casus leren over samenwerking?
- Welke verbeterafspraken kunnen we maken naar aanleiding van de casus?

Het kan geen verbazing wekken, dat huisartsen, jeugdartsen en gezinswerkers nog niet altijd op één lijn zaten. Maar de bespreking van casuïstiek heeft wel veel zinvolle aanbevelingen opgeleverd. Deze aanbevelingen zijn in deze rapportage helder verwoord. Misschien wel de belangrijkste is, dat huisartspraktijken, buurtteams en jeugdgezondheidszorg samen optrekken als "team basiszorg". Grote winst is dat de partijen in de drie wijken elkaar beter hebben leren kennen, begrijpen en waarderen. Inzichten werden gedeeld, verschillen van mening uitgesproken, er werd een gemeenschappelijk leerproces doorlopen. Dit leverde veel positieve energie op.

Als opdrachtgevers gaan wij de Proeftuin een vervolg geven, in de drie wijken waar we begonnen zijn en ook in de andere wijken. We gaan aan de slag met de aanbevelingen. Hoe we dit doen, daarover gaan we met elkaar in gesprek. Maar ons commitment om samen met de professionals in de wijk het gezamenlijk leren verder vorm te geven, staat vast.

Namens de opdrachtgevers van de Proeftuin Basiszorg Jeugd GGZ Utrecht,

Christine Weenink, huisarts Huisartsen Utrecht Stad

Ernst-Jan Wind, coördinator Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ)-netwerk Utrecht

Gerbrich Kuperus, directeur Maatschappelijke Ontwikkeling Gemeente Utrecht

Marenne van Kempen, bestuurder Stichting Lokalis

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1 Inleiding	7
2 Context	7
3 Werkwijze	8
4 Conclusies en aanbevelingen	8
4.1 Algemeen	8
4.2 Klant centraal	9
4.3 Passende zorg	11
4.4 Professionele afstemming	13
4.5 Randvoorwaarden	15
4.6 Tot slot: samenwerking in buurten en wijken op inhoud versterken	18



1 Inleiding

De huisartsenvoorzieningen (huisarts en POH-GGZ (Jeugd)) en de teams Jeugd & Gezin, als onderdeel van de buurtteams¹, vormen samen met de jeugdgezondheidszorg (JGZ) de basiszorg als het gaat om de zorg voor de psychische gezondheid van de jeugd in Utrecht. In de praktijk blijkt dat psychische klachten of problemen vaak gepaard gaan met sociale en/of opvoedkundige problemen. Dit vraagt om samenwerken en het aanbrengen van samenhang in de zorg die huisartsvoorzieningen, buurtteams en JGZ leveren. Lokalis, de gemeente Utrecht², Huisartsen Utrecht Stad (HUS) en het Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ)-netwerk Utrecht hebben hiervoor een Proeftuin opgezet. Het Trimbos-instituut en het Verwey-Jonker Instituut voerden het onderzoek uit binnen het kader van de Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Utrecht.

Uiteindelijk doel van de Proeftuin is om in de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten de juiste zorg en ondersteuning op het juiste moment door de juiste hulpverlener op de juiste plek te verlenen. Hierbij ontvangen jeugdigen én hun gezinnen zo vroeg en licht mogelijk passende zorg en ondersteuning. In een eerste fase van de Proeftuin is een gedeeld, stedelijk conceptueel kader voor effectieve basiszorg voor jeugd met psychische klachten opgesteld en gerapporteerd (klik [hier](#) voor de volledige rapportage). In een tweede fase is de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten in de Proeftuin (Binnenstad, Leidsche Rijn en Ondiep) onderzocht en verbeterd door deze te toetsen aan dit kader, te benoemen wat helpt en wat niet, en daarin verbeteringen aan te brengen.

Dit kernrapport geeft een samenvattende beschrijving van de context, de werkwijze en de conclusies en de aanbevelingen van de tweede fase van de Proeftuin: het onderzoeken en verbeteren van de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten in de drie buurten/wijken. Voor een uitgebreidere beschrijving van opzet, werkwijze, bevindingen, conclusies en aanbevelingen wordt verwezen naar het achtergrondrapport, als bijlage van dit kernrapport.

2 Context

Het Utrechtse zorgmodel – of kortweg het Utrechtse model – omvat drie ‘sporen’ met bijbehorende ‘leidende principes’³. Spoor 1 is de sociale basis en omvat al die voorzieningen die volwassenen, jongeren en kinderen helpen stevig in het leven te staan. Jeugdgezondheidszorg is één van deze voorzieningen. Spoor 2 betreft de sociale basiszorg welke door de buurtteams wordt geleverd. Hier ga je heen als je problemen zo groot zijn dat je er zelf niet meer uitkomt. In die zin zijn de buurtteams de sociale tegenhanger van de huisartsvoorziening. In de Proeftuin is de basiszorg gedefinieerd als de vrij toegankelijke zorg voor kind en ouders. Dit betreft hiermee de jeugdgezondheidszorg (JGZ) uit spoor 1 van het Utrechtse model en de huisartsvoorzieningen en buurtteams Jeugd en Gezin uit spoor 2 van het Utrechts model. De huisartsvoorziening betreft uitdrukkelijk zowel de zorg door de huisarts zelf, als die door de praktijkondersteuner huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), al dan niet specifiek voor de jeugd (POH-GGZ of POH-GGZ Jeugd).

¹ Tijdens het onderzoek in deze fase is gemakshalve gebruik gemaakt van de term ‘buurtteams’ daar waar de teams Jeugd & Gezin, als onderdeel van de buurtteams, worden bedoeld.

² Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is onderdeel van de gemeente Utrecht.

³ <https://www.utrecht.nl/zorg-en-onderwijs/informatie-voor-professionals/zorgmodel/>

De leidende principes van het Utrechtse model vormen de uitgangspunten voor betere en efficiëntere zorg voor de inwoners van de stad Utrecht, die beter is afgestemd op de behoeften van de inwoner, dichter bij huis geboden wordt en zich sterker richt op het versterken van wat de inwoner wél kan in plaats van focus op wat niet goed gaat. Deze principes geven de kaders aan waarbinnen in de Proeftuin de gezamenlijke visie op basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten is ontwikkeld, en vervolgens in de drie wijken/buurtten is beproefd en verbeterd.

3 Werkwijze

De in de eerste fase geformuleerde visie was het vertrekpunt om de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten in Utrecht in een cyclisch proces te onderzoeken en te verbeteren. Dit deden we in drie buurten/wijken van Utrecht: Binnenstad, Leidsche Rijn en Ondiep. Het doel was om inzicht te verkrijgen in de vraag of en hoe de ambities voor een effectieve basiszorg, zoals verwoord in de visie, in de buurten/wijken worden bereikt en welke factoren, inclusief de randvoorwaarden, daarvoor belemmerend of helpend zijn geweest. Om dit te doen is de visie vertaald in concrete evaluatievragen.

Het antwoord op de evaluatievragen is gezocht door gedurende vijf maanden, elke maand in elk van de drie buurten/wijken een casuïstiekbespreking te houden waarin een of twee geanonimiseerde casusbeschrijvingen zijn besproken. Per casus is een vaste agenda gevolgd: 1) presentatie casus, 2) toetsen casus aan gezamenlijke visie, 3) leren van de casus, en 4) afspraken voor verbetering.

Om tot de casusbeschrijvingen te komen zijn voor iedere casus een of meer interviews gehouden: met hulpverleners uit de basiszorg (gezinswerker uit de buurtteams, huisarts, POH-GGZ en/of jeugdarts), soms met hulpverleners uit aanvullende zorg of uit het onderwijs, en waar mogelijk ook een interview met een lid van het betrokken gezin. Bij de interviews, de casusbeschrijvingen en de casuïstiekbesprekingen is vanzelfsprekend zorgvuldig omgegaan met privacy van de betrokken gezinnen en hulpverleners. De werking en werkwijze is hierop getoetst en positief beoordeeld door de Trimbos Ethische commissie. De gestructureerde maandelijkse casuïstiekbesprekingen, de verbeteracties en de implementatie hiervan vormden een cyclische werkwijze in de Proeftuin gedurende de onderzoeksfase.

In de vijfde en laatste casuïstiekbespreking van iedere buurt/wijk hebben de deelnemers het laatste uur gebruikt voor een reflectie op de eigen bevindingen, afspraken en werkwijze. Hiervoor hebben we de resultaten uit iedere buurt/wijk gerangschikt in vier hoofdthema's: klant centraal, passende zorg, professionele afstemming, en randvoorwaarden. Deze hoofdthema's omvatten de twaalf thema's uit de gezamenlijke visie.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Algemeen

In onderstaande paragrafen presenteren we de conclusies van de Proeftuin: hoe verhoudt de praktijk in de drie buurten/wijken uit de Proeftuin zich tot de gezamenlijk geformuleerde visie op een goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten? Dit doen we achtereenvolgens voor de vier hoofdthema's uit de visie: klant centraal, passende zorg, professionele afstemming, en randvoorwaarden. Per hoofdthema geven we ook de aanbevelingen. Deze zijn mede gebaseerd

op de door de deelnemers aan de casuïstiekbesprekingen naar voren gebrachte verbeterpunten. In de praktijk van de Proeftuin blijken de vier hoofdthema's sterk samen te hangen. De conclusies en aanbevelingen per hoofdthema zijn daarom soms ook relevant voor andere hoofdthema's.

Het proces dat in de Proeftuin is doorlopen, heeft volgens de betrokkenen op zich al tot een belangrijke opbrengst geleid. De vaste deelnemers aan de casuïstiekbesprekingen in de drie buurten/wijken van de Proeftuin zijn eensluidend van mening dat deze besprekingen hebben bijgedragen aan een betere samenwerking in de eigen buurt/wijk. Partijen hebben elkaar beter leren kennen en elkaar beter weten te vinden. Terwijl er op stedelijk niveau samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen het medische en sociale domein, blijken in de buurten/wijken niet alle afspraken bekend en worden ze nog niet altijd in praktijk gebracht. De casuïstiekbesprekingen in de Proeftuin dragen eraan bij dat dit wel gaat gebeuren doordat de partijen in de wijk elkaar echt leren kennen en doordat ze inzicht geven in hoe deze afspraken verder aangescherpt en aangevuld kunnen worden. Ook op stedelijk niveau heeft de Proeftuin de partijen in de basiszorg dichter bij elkaar gebracht: men heeft elkaar gevonden, er is een gezamenlijke visie opgesteld en partijen hebben een 'lerende houding' aangenomen.

Bij het lezen van de conclusies en aanbevelingen vragen we de lezer om de volgende nuanceringspunten in het achterhoofd te houden. Door de opzet van de Proeftuin is het vanzelfsprekend dat het veel gaat over samenwerkings- en afstemmingsvraagstukken. Dit kan worden verklaard door de relatief prille samenwerking tussen de partijen in de basiszorg, en ook met partijen daarbuiten. De buurtteams zijn immers pas in 2015 toegetreden tot het speelveld van de basiszorg. Conclusies over en aanbevelingen voor partijen buiten de basiszorg - het voorveld en de aanvullende zorg - zijn niet in deze rapportage opgenomen, maar worden via de opdrachtgevers rechtstreeks met de betrokken partijen besproken.

In de Proeftuin zijn casussen besproken die door professionals in de basiszorg zijn ingebracht. De vraag aan hen was om daarbij casussen te selecteren waarvan geleerd kon worden. Dat betekent dat er een vertekening zit in de bevindingen die wordt veroorzaakt door de casusselectie. Tegelijkertijd hebben we per casuïstiekbespreking de bredere geldigheid van de conclusies besproken. De conclusies in dit hoofdstuk worden daarom door veel in de Proeftuin betrokken professionals herkend, maar zijn niet op alle casussen van toepassing.

4.2 Klant centraal

4.2.1 Visie



In goede basiszorg staat het perspectief van de jeugdige en het gezin in de eigen context centraal: in de dialoog, in de inhoud van zorg en in het beoogde resultaat. Basiszorg sluit daarmee aan op de leefwereld van jeugdige en gezin. Daarom hebben jeugdige en gezin medezeggenschap over het zorgtraject: over de inhoud, het tempo en de mate waarin de sociale omgeving wordt geïnformeerd over en betrokken in de ondersteuning. De positionering van de zorg is zo nabij als mogelijk voor jeugdige en gezin: toegankelijk en bereikbaar, in een vertrouwde omgeving en met een vertrouwde professional.

4.2.2 Conclusies

Uitgangspunt medezeggenschap klant krijgt vaak vorm

Alle professionals onderschrijven dat ouders en jeugdigen zeggenschap hebben in de hulp die zij krijgen en handelen daar in principe ook naar. Professionals vinden het vanzelfsprekend dat het gezin, inclusief oudere kinderen, deelneemt aan afstemmingsoverleggen tussen professionals. Vaak gebeurt dit, maar niet altijd, zoals in echtscheidingssituaties wanneer het bijvoorbeeld gaat over de verdeling van de zorg tussen de ouders. Als loyaliteit naar de ouders een rol speelt, wordt soms ook met het kind alleen gesproken.

Uiteenlopende visie op mate waarin klant zeggenschap heeft

De mate waarin ouders en jeugdigen daadwerkelijk zeggenschap hebben, hangt mede af van hun draagkracht. Sommige ouders nemen expliciet de regie, anderen zijn daar niet toe in staat of niet toe bereid. Professionals beoordelen deze draagkracht niet per definitie op dezelfde wijze. Bovendien hanteren professionals van het buurtteam het uitgangspunt dat het gezin de regie heeft. Dat uitgangspunt wordt niet door alle andere partijen, inclusief huisartsen, gedeeld. Daarnaast wordt door professionals ook verschillend gedacht over wat de zeggenschap van ouders exact omvat. Dit leidt tot verschil in inzicht tussen professionals waarover en over de mate waarin jeugdigen en ouders in specifieke casussen zeggenschap moeten hebben. Zeker wanneer de draagkracht van de ouders ontoereikend is of de behoefte van een kind niet door ouders wordt (h)erkend als vraag, geeft het uitgangspunt van regie bij de ouders aanleiding tot een dilemma in relatie tot het leidende principe van veiligheid voor de kinderen. Professionals zijn het erover eens dat als de veiligheid van de kinderen in het gedrang is, dit voorrang heeft op het principe van de regie bij de ouders, maar zijn het nog niet altijd eens over wat dat in de praktijk betekent.

Regie bij ouders: informatiedeling niet vanzelfsprekend

Bij het beleggen van de regie bij ouders zijn zij ook verantwoordelijk voor het delen van informatie met andere partijen. Het lijkt echter niet vanzelfsprekend dat de informatie door jeugdige en ouders onder relevante partijen wordt gedeeld.

Continuïteit bij inzet andere professionals kan beter

In het algemeen is er sprake van nabije basiszorg, die toegankelijk en bereikbaar is. Punt van aandacht is de continuïteit bij personeelwisseling binnen de eigen organisatie én bij het betrekken van professionals uit andere organisaties. De communicatie hierover wordt door ouders niet altijd als afdoende ervaren. Het komt voor dat ouders of jeugdigen hun verhaal opnieuw moeten vertellen of dat een breuk in het zorgtraject dreigt.

4.2.3 Aanbevelingen

Eenduidige definiëring en visie op regie bij gezinnen

De visie op basiszorg wordt op het punt van regie bij gezinnen verschillend geïnterpreteerd: is het de regie zoveel als de draagkracht toelaat bij gezinnen, of is het geven van zeggenschap in de vorm, de organisatie en de inhoud van de hulp voldoende? Binnen de basiszorg wordt hierover verschillend gedacht. Duidelijk is wel dat als de veiligheid van de kinderen in het gedrang is de regie niet bij de ouders dient te liggen. Het verdient aanbeveling om met elkaar in gesprek te gaan over dit onderdeel van de visie: wat betekent dit concreet?

Afspraken over regievoering met klant maken

Wanneer meerdere professionals bij een gezin betrokken zijn, worden ouders bij voorkeur betrokken bij het bepalen van wie de regie heeft. Maak hierover duidelijke afspraken samen met de klant. Indien de regie bij ouders ligt, is het zaak te bespreken en beoordelen wanneer ondersteuning daarin gewenst is en goede afspraken te maken over (de verantwoordelijkheid voor) het delen van informatie. Afspraken dienen altijd door alle betrokken professionals in overleg met het gezin te worden gemaakt.

Ouders en omgeving rol geven in vroegsignalering

Bij kinderen die een verhoogd risico lopen op psychische problemen is het belangrijk om ouders en de omgeving van het gezin te informeren over signalen die op het ontstaan van deze problemen kunnen wijzen. Zeker als ouders niet in staat zijn om te signaleren, is de betrokkenheid van belangrijke personen in de leefomgeving van het opgroeiende kind van belang – denk bijvoorbeeld aan leerkrachten.

Continuïteit bij professionele wisselingen goed regelen

Binnen professionele organisaties is er onvermijdelijk sprake van verloop van personeel. De klant mag hier geen last van hebben. Dit vraagt dat nieuwe professionals zich goed inwerken op het dossier. Hierbij kunnen een goede dossiervorming en een soepele en warme overdracht van het dossier tussen professionals helpend zijn. Dit geldt overigens net zo voor het betrekken van professionals uit andere organisaties. Communicatie met het gezin en met andere betrokken professionals over personele wijzigingen in de hulpverlening van een gezin is van belang voor het continueren van bestaande overlegvormen tussen professionals vanuit verschillende zorgvoorzieningen.

4.3 Passende zorg

4.3.1 Visie



Zorg dient aan te sluiten op de vraag van de jeugdige en het gezin. De zorg dient tijdig en proactief te zijn, en er dient sprake te zijn van maatwerk. De zorg is zo licht als verantwoord en zo zwaar als nodig (matched-care).

4.3.2 Conclusies

In veel gevallen had de zorg beter kunnen passen

De zorg wordt in lang niet alle casussen als passend beoordeeld. Vaak was de zorg niet tijdig of was er aanvankelijk sprake van zorg die gezien de problematiek te licht was. De oorzaken van het niet passend zijn van de zorg liggen onder meer in het niet tijdig er- of herkennen van problemen: soms door ouders, soms door professionals, en soms door beiden. Informatie over de hulpverleningsgeschiedenis van ouders of jeugdigen is niet of onvoldoende in beeld. Door het ontbreken van adequate vroegsignalering, het niet voldoende verhelderen van 'de vraag', of het niet tijdig doorgeleiden van signalen naar de basiszorg, komt het voor dat het te lang duurt voordat een kind passende zorg krijgt. Soms is dan zwaardere zorg nodig dan wanneer eerder hulp zou zijn ingeschakeld.

Verskil in opvattingen over welke zorg passend is blijft onbesproken

De professionele achtergrond van professionals en de context waarin zij opereren maakt dat zij andere opvattingen hebben over wat passende zorg is. Buurteams stellen eerder de vraag van de

klant centraal, andere professionals handelen eerder op problemen of risico's die zij professioneel waarnemen en die niet door de klant herkend worden. Bij veiligheidsrisico's handelen alle professionals, inclusief die van de buurtteams, proactief, ook wanneer de klant deze risico's zelf niet herkent. Als bij een casus meer professionals betrokken zijn, wordt de vraag wat passende zorg is niet altijd expliciet besproken. Professionals zien wel meerwaarde in het spiegelen daarover met andere betrokken partijen, of eventueel partijen van buiten. Dat geldt ook voor de vraag of zich in casussen risico's voordoen waarop preventief kan worden ingezet. Of over de vraag of het nodig is om een diëntperspectief te verbreden naar een systemisch perspectief.

Veel vragen over passende zorg voor kinderen en jongeren met een verhoogd risico

Vooral bij jeugdigen met een verhoogd risico op psychische problemen is het de vraag wanneer zorg passend is; denk aan kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP), ouders met verslavingsproblemen (KVO) en uit gezinnen waarin ingrijpende gebeurtenissen plaats hebben gevonden. Casussen die draaiden om deze jeugdigen zijn relatief vaak ingebracht en riepen veel vragen op, omdat bijvoorbeeld de hulpvraag van het gezin ontbreekt of de hulpvraag van het kind niet overeenkomt met die van de ouders. Vragen waarmee de professionals worstelen zijn onder andere: Is het nodig om een extra vinger aan de pols te houden, en zo ja, wie doet dat? Is het mogelijk om in een casus meer preventief in te zetten? Hoe ga ik ermee om als nut en noodzaak van preventief acteren op risico's voor kinderen niet door ouders wordt gezien? Hoe voorkom ik stigmatisering, problematisering en medicalisering? Als er sprake is van veiligheidsrisico's, maar niet van direct gevaar, is er dan sprake van onveiligheid voor de kinderen? En wat betekent dat voor de zorg die ingezet wordt, in het bijzonder voor de inzet van drang en dwang?

Kansen om preventief in te zetten worden gemist

Soms stellen professionals vast dat preventieve inzet bij kinderen met een bekend verhoogd risico wenselijk is om escalatie van problematiek te voorkomen. Ook dit speelt in het bijzonder bij KOPP/KVO en bij ingrijpende gebeurtenissen in het gezin. Professionals ervaren evenwel dat preventief hulpaanbod in Utrecht onvoldoende voorhanden is. Genoemde voorbeelden zijn cursussen voor KOPP/KVO-kinderen (Piep zei de muis) of voor kinderen van gescheiden ouders. Andere professionals in de basiszorg tonen zich onvoldoende op de hoogte van wat er op dit vlak beschikbaar is. Dat belemmert het realiseren van passende zorg.

4.3.3 Aanbevelingen

Gezamenlijke reflectie op passendheid van zorg als 'team basiszorg'

Het verdient aanbeveling dat partners in de basiszorg (buurtteam, huisartsen, JGZ) in de wijk gezamenlijk reflecteren op de mate waarin zorg passend is. Passende zorg is de essentie van goede zorg en raakt de kern van de transformatie. Intervisie als team basiszorg, bijvoorbeeld via casuïstiekbesprekingen, kan hierbij helpen. Dit geldt ook voor het inschakelen van onafhankelijke expertise (zie ook Randvoorwaarden). De partners zouden op casusniveau 'doorbraakgesprekken' kunnen voeren, waarin los van de systeemwereld en eventueel buiten de gebaande paden gezocht wordt naar passende zorg. De gezamenlijke reflectie draagt bij aan het creëren van een lerende omgeving.

Creër helderheid over passende zorg voor jeugdigen met verhoogd risico

Opvattingen over wat passende zorg is, verschillen in het bijzonder bij jeugdigen met een verhoogd risico op psychische problemen; denk aan kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP), ouders met verslavingsproblemen (KVO) en bij ingrijpende gebeurtenissen in het gezin. De professionals in de basiszorg dienen tot een gezamenlijke visie te komen over wat

passende zorg is voor deze jeugdigen met oog voor de veiligheid. In deze visie dient aandacht te zijn voor de wijze waarop jeugdigen met een verhoogd risico actief worden gevolgd, signalen tijdig worden gesignaleerd en passend wordt gehandeld.

Inzet preventieve hulp voor jonge kinderen met verhoogd risico

Voor jonge kinderen met een verhoogd risico op psychische problemen – vanwege ouderkenmerken of ingrijpende gebeurtenissen – is het heel belangrijk om doorverwijzing naar het (preventieve) hulpaanbod te overwegen, juist als er nog geen problemen zijn. Hierdoor kan de kans op latere problemen worden verkleind. Vooral KOPP- en KVO-kinderen vertonen vaak aangepast gedrag, waardoor signalering van problematiek niet plaats vindt en/of er geen manifeste hulpvraag is. Daarnaast kan het informele netwerk van kinderen en jongeren met een verhoogd risico beter worden toegerust en benut voor vroegsignalering dan nu gebeurt. Ouders en, via hen, leerkrachten kunnen worden geïnformeerd over de signalen/gedragsveranderingen waarop zij kunnen letten. Professionals in de basiszorg kunnen dit faciliteren en ondersteunen.

4.4 Professionele afstemming

4.4.1 Visie



Samenwerking en afstemming door professionals, zowel binnen als buiten de basiszorg, is nodig om een goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten te realiseren. Tijdige communicatie en uitwisseling van informatie waar nodig, een heldere taak- en rolverdeling met bijbehorende werkafspraken en duidelijkheid over ieders verantwoordelijkheid zijn daarbij cruciaal. Daartoe hoort ook het door professionals reflecteren en evalueren van het verloop op casusniveau. De samenwerking en afstemming dient vorm te krijgen binnen de basiszorg zelf en in relatie met partijen in het 'gewone opvoeden' (scholen, informele zorg) en in de aanvullende zorg.

4.4.2 Conclusies

Onvoldoende afstemming in en met de basiszorg

Professionele afstemming rond de basiszorg vindt onvoldoende plaats. Dat heeft te maken de volgende punten:

- **Informatie wordt onvoldoende gedeeld.** Professionals, en dan vooral huisartsen, ervaren hun informatiepositie vaak als onvoldoende. Ze weten vaak niet dat gezinnen of jeugdigen ondersteuning krijgen vanuit andere partijen in de basiszorg. Als ondersteuning in gang is gezet, wordt informatie over de voortgang onvoldoende gedeeld. De terugkoppeling wordt vooral bij veiligheidsvraagstukken snel als onvoldoende ervaren. Hierdoor worden bijvoorbeeld verbanden tussen hulpvragen van gezinsleden niet of te laat gelegd en/of is de huisarts niet alert op klachten in risicovolle situaties waardoor kansen om proactief te handelen onbenut blijven.
- Er is een **gebrek aan gezamenlijk overleg op casusniveau**. Zowel binnen de basiszorg (tussen huisartsvoorzieningen, buurtteams en jeugdgezondheidszorg) als met partijen buiten de basiszorg blijkt het moeilijk om aan de voorkant tot goede vraagverheldering te komen, om tot passende zorg en afspraken te komen over rol en regie, en over eventuele ondersteuning van regie bij het gezin. Daardoor is er in onvoldoende mate sprake van coherente, passende zorg die georganiseerd is vanuit de jeugdige of het gezin. Zo komen bijvoorbeeld dubbele verwijzingen voor. De noodzaak van dergelijke afstemming blijkt eens te meer uit het bestaan

van verschillende visies bij de verschillende partijen over wanneer hulp gegeven wordt dan wel wanneer hulp passend is. Professionals stellen tevens vast dat er weinig gezamenlijk wordt gereflecteerd op het verloop in casussen.

Onvoldoende ketenhelderheid

In het algemeen blijkt een aantal partijen onvoldoende op de hoogte te zijn van de verantwoordelijkheden en mogelijkheden die andere partijen bieden. Deze onduidelijkheid wordt vooral vaak genoemd ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en Samen Veilig.

- In het algemeen wordt de **rol en positie van de JGZ** als onduidelijk ervaren door andere partijen in de basiszorg. Tijdens de casuïstiekbesprekingen is er consensus dat de JGZ in een aantal gevallen een (belangrijke) rol had kunnen spelen, bijvoorbeeld in de signalering of in de relatie tussen scholen en basiszorg. Onbekendheid met de JGZ maakt dat deze rol dan niet van de grond komt.
- Ook over de **rol en positie van Samen Veilig** bestaat bij een deel van de professionals in de basiszorg onduidelijkheid. Vooral huisartsen ervaren onvoldoende te weten wat de positie, rol en taken van Samen Veilig zijn.
- Ook is voor de professionals niet altijd helder welke **aanbieders van specialistische hulp** zij kunnen betrekken, indien nodig, bij de behandeling of begeleiding van specifieke problematiek.
- Tot slot is de **rol en positie van scholen** ten aanzien van de basiszorg niet voor iedereen helder. Vragen die spelen: Tot waar strekt de verantwoordelijkheid van scholen? Wanneer en waar kunnen scholen terecht met signalen van mogelijke psychische problemen en risico's die de scholen in gezinnen signaleren?

4.4.3 Aanbevelingen

Samen optrekken als team basiszorg

Het is van belang om de samenwerking en afstemming in de basiszorg verder te versterken. Op wijkniveau moeten professionals van huisartspraktijken, buurtteams en JGZ elkaar blindelings weten te vinden. Zorg dat de professionals in de basiszorg elkaar kennen. Faciliteer de onderlinge kennismaking. Maak verschillen in de omgang met de visie op basiszorg expliciet, en tracht tot afspraken te komen over de omgang hiermee. Faciliteer het leren van elkaar.

Beter afstemmen en heldere afspraken maken over rollen en regie

De samenwerking op casusniveau kan aanzienlijk worden verbeterd door de volgende zaken:

- bespreek in iedere casus waarbij meer professionals betrokken zijn nut en noodzaak van regie-afspraken. Maak duidelijk wie verantwoordelijk is voor het vastleggen van gemaakte afspraken en voor het toezien op het nakomen daarvan. Heb hierin aandacht voor het delen van informatie. Als klanten de regie hebben, bekijk in hoeverre ondersteuning in die rol gewenst is en maak afspraken over wie die ondersteuning verzorgt;
- op casusniveau dient de inzet van de volgende 'instrumenten' steeds weer te worden overwogen, waarbij de professionals zelf initiatief moeten nemen om het ook echt te doen:
 - multidisciplinair overleg (MDO) tussen klant, buurtteam, huisarts/POH-GGZ en/of jeugdarts/-verpleegkundige, en eventueel andere betrokken professionals;
 - warme overdracht tussen professionals bij personeelwisselingen;
 - gezamenlijk reflecteren op de vraag in hoeverre sprake is van passende zorg;
 - wederzijdse consultatie over hoe passende zorg het best kan worden gerealiseerd;
 - informeren van en terugkoppelen naar de huisarts en JGZ;
 - als professional zelf actief navraag doen bij gezin wie al betrokken is;

- creëer randvoorwaarden voor betere afstemming en regie:
 - faciliteren van MDO's. Het organiseren en bijwonen hiervan kost tijd en geld, wat niet altijd (makkelijk) beschikbaar is;
 - beschikbaar maken van digitale communicatiemiddelen, bv. zorgmail en apps.

Verbeteren ketenhelderheid

Om goed samen te kunnen werken en af te kunnen stemmen met partijen buiten de basiszorg is het nodig om de rol en positie van verschillende partijen in de keten te helder te hebben, ook op buurtniveau. Dit zou gezien kunnen worden als randvoorwaarde voor goede basiszorg. Er is in ieder geval behoefte aan heldere en toegankelijke informatie over de mogelijkheden en samenwerkingsafspraken in de buurt die partijen in de basiszorg en in de aanvullende zorg hebben (sociale kaart). Specifieke aandacht verdienen de wederzijdse informatieoverdracht en afspraken over (de overdracht van) regie bij veiligheidsvraagstukken en de rol en positie van scholen.

Maak rol en positie JGZ in basiszorg helder

Ga het gesprek aan over de rol en positie van de JGZ in de basiszorg. Wat zou de rol en positie van de JGZ in de basiszorg moeten zijn? Hoe kan optimaal gebruik worden gemaakt van de kennis die de JGZ heeft van (bijna alle) jeugdigen in verschillende levensfasen? Hoe kan de relatie tussen jeugdartsen/-verpleegkundigen enerzijds en huisartsen en buurtteams anderzijds worden versterkt?

De samenwerking met onderwijs verdient aandacht

Ga het gesprek aan met het onderwijs over de rol en positie van het onderwijs ten aanzien van de basiszorg. Maak per school afspraken wie van de bij de school betrokken hulpverleners welke taak of rol heeft, afhankelijk van de rol en positie die de school daar zelf in wil en kan nemen. Maak met de scholen afspraken tot waar de verantwoordelijkheid van scholen strekt en wanneer en waar zij terecht kunnen met signalen van mogelijke psychische problemen en risico's die zij in gezinnen signaleren. Heb met het maken van afspraken aandacht voor de terugkoppeling naar de huisarts.

4.5 Randvoorwaarden

4.5.1 Visie

Om goede basiszorg te kunnen bieden, is het belangrijk dat er voldoende expertise beschikbaar is voor de tijdige herkenning en behandeling van psychische klachten, en om deze expertise te ontwikkelen en uit te wisselen. Daarnaast dienen er, met het oog op het voorkómen van wachtlijsten en het borgen van zorgcontinuïteit, voldoende middelen en capaciteit beschikbaar te zijn, en dient regelgeving een goede basiszorg niet te belemmeren.

4.5.2 Conclusies

Wachttijden staan goede zorg in de weg

Professionals in de basiszorg constateren dat het regelmatig voorkomt dat wachttijden het bieden van goede (tijdige) zorg in de weg staan. Wachttijden voor specialistische hulp zijn soms van invloed op de keuze van de instelling waarnaar wordt verwezen, in plaats van dat de inhoudelijke zorgvraag leidend is. Professionals geven aan onvoldoende toegang te hebben tot informatie over de wachttijden (en budgetten). Het blijkt dat niet alle professionals in de basiszorg op de hoogte

zijn van de zorgplicht die aanbieders hebben, wat betekent dat zij bij wachtlijsten moeten verwijzen naar een collega-instelling.

Handelingsverlegenheid ten aanzien van verwijzen

In sommige casussen geven de professionals in de basiszorg aan niet over de juiste expertise te beschikken om te bepalen of en waarnaar verwijzing gewenst is, en dat er onvoldoende mogelijkheden zijn tot consultatie. Dat leidt er soms toe dat passende zorg te lang uitblijft, wat het risico van escalatie van problemen met zich meedraagt.

- Ontbrekende expertise heeft betrekking op kennis over welke zorg door welke organisatie wordt geleverd: kennis van mogelijkheden voor hulp die er (in de buurt) zijn.
- Ook is er onwetendheid over wat het onderwijs aan speciale (zorg)arrangementen en specifieke expertise kan bieden. Het ontbreekt bij de basiszorg regelmatig aan inzicht in de mogelijkheden van scholen, zowel wat betreft middelen en capaciteit als wat betreft expertise. Daardoor is onduidelijk wat de verwachtingen ten aanzien van de rol van scholen bij hulpvragen van hun leerlingen kunnen zijn.
- Ontbrekende expertise heeft ook betrekking op kennis over welke zorg het meest passend is gegeven de hulpvraag. Een concreet voorbeeld hiervan is de expertise over suïcidaliteit die sommige professionals missen.

Onwetendheid over wet- en regelgeving

Sommige professionals in de basiszorg vinden zichzelf onvoldoende op de hoogte over wet- en regelgeving. Wanneer valt hulp onder de Wet langdurige zorg, wanneer onder de Wet maatschappelijke ondersteuning en wanneer onder de Jeugdwet? En binnen de Jeugdwet: wat is de (juridische) positie van de jeugdbescherming (gedwongen kader) in relatie tot het vrijwillige kader? Welke rol heeft de jeugdbescherming, in het bijzonder in relatie tot de basiszorg, en wat is hun werkwijze? Wat zijn de rechten van voogden? Wat zijn de (on)mogelijkheden van informatie-uitwisseling met de jeugdbescherming? Vooral huisartsen geven aan onvoldoende kennis te hebben zijn over hulpverlening in het gedwongen kader.

Vorbereiding op overgang 18-/18+ kan beter

Ouders, jeugdigen en ook professionals zijn niet altijd voldoende voorbereid op de overgang naar de meerderjarige leeftijd van jeugdigen, en daarmee op de overgang naar andere wettelijke kaders en regelingen. Jeugdigen krijgen dan – mogelijk – te maken met andere hulpverleners, andere organisaties en andere voorwaarden, zoals ten aanzien van vrije keuze, financiering en ouderlijke macht. Dit brengt risico's met zich mee voor de continuïteit van de geleverde hulp en de informatieoverdracht tussen zorgverleners.

4.5.3 Aanbevelingen

Terugdringen (negatieve gevolgen van) wachttijden

Daar waar in praktijk wordt gesproken over wachtlijsten, zijn wachttijden het werkelijke probleem dat geadresseerd dient te worden. Daarbij is het allereerst van belang om wachttijden te voorkomen. Maar in het geval daar toch sprake van is, kan een aantal zaken worden opgepakt om mogelijke negatieve gevolgen ervan te voorkomen:

- zorg voor toegankelijke en actuele informatie over ingekochte aanbieders en wachttijden. De professionals stellen een website voor waarop te zien is welke aanbieders door de gemeente zijn ingekocht, welke zorg zij aanbieden, of er wachttijden zijn en zo ja, hoe lang de wachttijden zijn;
- maak afspraken over wat betrokkenen (gezin, school, basiszorg) gedurende de wachttijd kunnen doen om bijvoorbeeld verdere escalatie te voorkomen zodra een jeugdige te maken krijgt met wachttijd voor specialistische hulp. Consulteer eventueel de organisatie op wiens hulp de jeugdige wacht, over wat in de specifieke casus van belang is en gedaan kan worden.

Bevorderen expertise

- Vergroot de kennis van professionals in de basiszorg over welke zorg door welke organisatie wordt geleverd – kennis van mogelijkheden voor hulp die er (in de buurt) zijn – en over de mogelijkheden voor consultatie. Vergroot ook hun kennis over wat het onderwijs aan speciale (zorg)arrangementen en specifieke expertise kan bieden.
- Vergroot de mogelijkheid voor professionals in de basiszorg om in een vroeg stadium onafhankelijke ggz-expertise te raadplegen, onder andere om te laten adviseren betrekken van specialistische hulp en over de organisatie die hiervoor het beste is toegerust. Daarbij kan zo'n expert waar mogelijk ook handvatten bieden voor professionals in de basiszorg om het inschakelen van zwaardere zorg te voorkomen.
- Omgang met suïcidaliteit is een concreet voorbeeld van een terrein waarop vergroting van expertise wenselijk wordt geacht. Zorg dat elke professional in de basiszorg over enige kennis en vaardigheden beschikt met betrekking tot het omgaan met suïcidaal gedrag en praten over suïcidaliteit en zorg dat er voldoende consultatiemogelijkheden zijn.
- Zorg voor actuele en toegankelijke informatie over relevante wet- en regelgeving voor medewerkers in de basiszorg. Hierin dient vooral ook aandacht te zijn voor de juridische aspecten van het gedwongen kader, zoals over de werkwijze, de rechten en plichten van Samen Veilig, het ouderlijk gezag en de rechten van voogden, en (on)mogelijkheden voor informatieoverdracht.

Betere voorbereiding op overgang 18-/18+

Zorg voor verbetering in aansluiting 18-/18+ bij ouders, jeugdigen en professionals en daarmee op de overgang naar andere wettelijke kaders en regelingen. De continuïteit van bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg voor jongeren verdient aandacht vanwege de overstap, zodra zij 18 jaar worden, van gemeentelijk gefinancierde zorg naar zorg gefinancierd door de zorgverzekeraar. Dat betekent dat het van belang is dat professionals reeds ruim vanaf het zestiende jaar anticiperen op de continuïteit van de hulp en eventuele overdracht.

4.6 Tot slot: samenwerking in buurten en wijken op inhoud versterken

De casuïstiekbesprekingen maken duidelijk dat het in praktijk brengen van samenwerkingsafspraken een continue inzet en reflectie vraagt van alle betrokken partijen. Het betrekken van elkaars expertise en het realiseren van een goede samenwerking tussen professionals in de basiszorg is cruciaal voor een goede afgestemde basiszorg die passend is en aansluit op de ondersteuningsvraag en behoefte van het gezin. Vanuit dat licht bezien, is het proces dat in de Proeftuin doorlopen van grote waarde geweest. Partijen in de drie buurten/wijken hebben elkaar (beter) leren kennen, leren begrijpen en waarderen. De belangrijkste aanbeveling is dan misschien ook wel om de buurtgerichte samenwerking tussen huisartsvoorzieningen, buurtteams en JGZ verder te versterken op de inhoud van de zorg. Om elkaar langs de inhoud van de zorg te vinden, is een leeromgeving op buurniveau nodig, waarin professionals een positieve attitude en respectvolle houding jegens elkaar hebben, en waarin zij oog hebben voor ieders kennis en kunde. Casuïstiekbesprekingen op buurt-/wijkeniveau kunnen daar in belangrijke mate aan bijdragen, zo leert deze Proeftuin.

