

**Achtergrondrapport
Proeftuin Basiszorg
Jeugd GGZ Utrecht**
Bijlage bij het Kernrapport

Achtergrondrapport Proeftuin Basiszorg Jeugd GGZ Utrecht

Bijlage bij het 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 Bultink, 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 en het bijbehorende Kernrapport zijn te downloaden via:

www.awtjutrecht.nl

www.trimbos.nl (Artikelnummer: AF1603)

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 en werkwijze	7
1.1 Aanleiding voor de Proeftuin	7
1.2 Doel- en vraagstelling	8
1.3 Fase 1: naar een gedeelde visie voor effectieve basiszorg	9
1.4 Fase 2: basiszorg in 3 buurten/wijken getoetst aan de visie	10
2 Resultaat fase 1: de visie	13
2.1 De gedeelde stedelijke visie in vogelvlucht	13
2.2 De gezamenlijke visie in kaart gebracht	14
2.3 De twaalf thema's	14
2.4 De twee dimensies	17
3 Resultaten fase 2: de Proeftuin	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Naar toetsing aan de visie: groepering van thema's	19
3.3 Overzicht casuïstiek	21
3.4 Bevindingen van de Binnenstad	24
3.5 Bevindingen van de Leidsche Rijn	30
3.6 Bevindingen van Ondiep	35
3.7 Bevindingen per hoofdthema in vogelvlucht	39
4 Conclusies en aanbevelingen	45
4.1 Algemeen	45
4.2 Klant centraal	46
4.3 Passende zorg	47
4.4 Professionele afstemming	49
4.5 Randvoorwaarden	52
4.6 Tot slot: samenwerking in buurten en wijken op inhoud versterken	54
Dankwoord	55
Bijlagen	57



1 Inleiding en werkwijze

1.1 Aanleiding voor de Proeftuin

De Jeugdwet, die per 2015 is ingevoerd, is onder meer gericht op het tot stand brengen van passende zorg en ondersteuning dichtbij (in de buurt) vanuit de wens om de zorg voor jeugdigen en gezinnen te verbeteren en deze tegelijkertijd betaalbaar te houden. Dit beleid wordt gesteund door maatregelen die de zelfredzaamheid van burger en patiënt moeten vergroten. Daarbij is er ook meer aandacht voor preventie en het voorkomen van problemen en hulpvragen. In al deze veranderingen bedeeft de overheid een centrale rol toe aan de gemeenten en de huisartsenzorg¹.

De geestelijke gezondheidszorg is in 2014 opnieuw ingedeeld met de bedoeling om patiëntenstromen van de specialistische ggz (voorheen tweedelijns-ggz) te verschuiven naar de huisartsenzorg, inclusief praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ), en de generalistische basis-ggz (GB-GGZ). Huisartsvoorzieningen kregen hiermee een belangrijkere rol: de huisartsvoorziening treedt op als onafhankelijk poortwachter, stimuleert patiënten met psychische problemen tot zelfzorg en voorkomt dat de problemen verergeren en zich ontwikkelen tot een stoornis. Daarnaast biedt de huisartsvoorziening verdere begeleiding aan patiënten met stabiele chronische problematiek die instromen vanuit de specialistische ggz². De generalistische basis ggz (GB-GGZ) en specialistische ggz (S-GGZ) zijn niet vrij toegankelijk. Voor jeugdigen tot 18 jaar is een verwijzing nodig van een deskundige in dienst van (of namens) de gemeente (i.c. de buurtteams), de huisarts, de medisch specialist of de jeugdarts.

De Jeugdwet maakt gemeenten verantwoordelijk voor het organiseren van passende zorg voor jeugdigen en gezinnen. De gemeente Utrecht heeft daartoe het Utrechtse zorgmodel – of kortweg het Utrechtse model - ontwikkeld³. Het Utrechtse model omvat drie ‘sporen’ met bijbehorende ‘leidende principes’. 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.

De *Leidende principes* van dit model zijn:

- normaliseren, in plaats van problematiseren;
- het gezin in het dagelijks leven is het uitgangspunt;
- de inhoud en niet het systeem staat centraal;
- en de veiligheid van het kind vormt altijd de ondergrens.

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.

¹ Bon-Martens M van, Splunteren P van, Land H van ‘t. De opgave van geestelijke zorg en ondersteuning in de buurt. De Eerstelijns 2014;(oktober):42-3.

² Nuijen J. Trendrapportage GGZ. Themaportrapport Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Terugblik, stand van zaken en vooruitblik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014.

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

Deze principes vragen om een nieuwe werkwijze in de stad Utrecht. De teams Jeugd & Gezin, als onderdeel van de buurtteams⁴, vormen hierin de spil. Met de buurtteams ontstaat een nieuwe professionaliteit in een nieuwe context. Er is sprake van generalistische zorg en de nadruk ligt op ontzorgen, uitgaan van eigen kracht, en doen wat nodig. Nadrukkelijk uitgangspunt is onder meer het werken volgens het principe één gezin, één plan.

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 buurtteams, huisartsvoorzieningen en jeugdgezondheidszorg leveren. De huisartsvoorzieningen en de buurtteams vormen zo samen met de jeugdgezondheidszorg de basiszorg als het gaat om de zorg voor de psychische gezondheid van de jeugd in Utrecht. Hierin 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 uit spoor 2 van het Utrechts model. De huisartsvoorziening betreft 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).

Het samenwerken en het aanbrengen van samenhang in de zorg die buurtteams, huisartsvoorzieningen en jeugdgezondheidszorg leveren gaat niet vanzelf: ondanks dat zij allen als generalisten werken, hanteren zij verschillende perspectieven vanuit het sociale en het medische domein. Daardoor is de plek waar de jeugdige met een psychische klacht binnenkomt, van invloed op de zorg en ondersteuning die wordt geboden. Dat hangt onder meer samen met verschillen in de wijze van probleemanalyse, professionele standaarden en positie van de zorgverlener in het stelsel.

Om het samenwerken en het aanbrengen van samenhang in de basiszorg door buurtteams, huisartsvoorzieningen en jeugdgezondheidszorg (verder) te verbeteren, hebben Lokalis (de buurtteamorganisatie voor teams Jeugd en gezin), de gemeente Utrecht, Huisartsen Utrecht Stad (HUS) en de Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ) een zogenaamde 'Proeftuin Basiszorg Jeugd GGZ' opgezet. In deze Proeftuin is in drie buurten/wijken de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten onderzocht met het doel om tot een betere basiszorg te komen. De jeugdgezondheidszorg (JGZ; onderdeel gemeente Utrecht) is na de fase van visie-vorming (vanaf fase 2) aangesloten bij de Proeftuin. Het Trimbos-instituut en het Verwey-Jonker Instituut zijn gevraagd dit onderzoek uit te voeren binnen het kader van de Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Utrecht.

1.2 Doel- en vraagstelling

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.

De centrale onderzoeksvraag luidt: *Hoe kan de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten gezamenlijk zó worden uitgevoerd dat de jeugdige en het gezin het beste wordt geholpen?* Daarbij is het de opgave om niet alleen vanuit de psychische klachten van de jeugdige te denken maar ook aan te sluiten bij de leidende principes van het Utrechtse model: werken vanuit de

⁴ 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.

mogelijkheden van de jeugdigen en het gezin, aandacht voor andere (sociale en/of opvoedkundige) problemen in het gezinssysteem, en aandacht voor de samenhang tussen deze problemen en de psychische klachten bij de jeugdige.

In de Proeftuin zijn de volgende vragen aan de orde:

1. Wat is onze gezamenlijke visie op effectieve basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten (tegen de achtergrond van de uitgangspunten in het Utrechtse model)?
2. Gegeven deze visie, hoe kunnen buurtteams en huisartsen de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten verder verbeteren en de onderlinge samenwerking hiermee in overeenstemming brengen?
3. Gegeven deze visie, wat zijn de randvoorwaarden voor de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten en de onderlinge samenwerking?

Om deze vragen te beantwoorden kent het onderzoek twee fasen:

- 1) Opstellen van een gedeeld, stedelijk conceptueel kader voor effectieve basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten.
- 2) Het onderzoeken en verbeteren van de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten in de Proeftuin (de drie wijken) door deze te toetsen aan dit kader, te benoemen wat helpt en wat niet, en daarin verbeteringen aan te brengen.

In de volgende paragrafen lichten we deze fasen nader toe.

1.3 Fase 1: naar een gedeelde visie voor effectieve basiszorg

De verschillende actoren die bij de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten zijn betrokken (zoals klanten, buurtteams, huisartsen, POH's-GGZ (Jeugd), jeugdartsen, ggz-instellingen en gemeente) hebben ieder hun eigen opvattingen over wat effectieve basiszorg voor jeugdigen concreet zou moeten inhouden, ook al is iedereen het erover eens dat het klantperspectief hierin centraal moet staan. Het expliciet maken van de ideeën en opvattingen van alle betrokkenen over wat effectieve basiszorg nu echt concreet voor hen betekent, is een voorwaarde om gezamenlijke ambities en uitgangspunten te formuleren en vervolgens gezamenlijk waar te maken.

In de eerste fase is daarom het concept 'effectieve basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten' verdiept en geconcretiseerd met verschillende betrokken partijen, waaronder ouders, jeugdgezondheidszorg (jeugdartsen) en aanvullende ggz. Dit conceptuele kader kan beschouwd worden als een gezamenlijke visie op goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten die zich onderscheidt van andere kaders doordat het:

1. afgebakend is tot psychische klachten bij jeugdigen;
2. niet alleen de (sociale) basiszorg van de buurtteams betreft, maar ook die van de huisartsenvoorziening en de jeugdgezondheidszorg;
3. opgesteld is met alle relevante stakeholders, inclusief de klanten;
4. bottom-up tot stand is gekomen in een gezamenlijk groepsproces.

Het opstellen van deze gezamenlijke visie op goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten is uitgevoerd in twee opeenvolgende stedelijke bijeenkomsten volgens de methode van

concept mapping^{5,6}. Op een gestructureerde wijze zijn alle opvattingen en ideeën geïnventariseerd op geleide van de vraag: *Wat zijn, vanuit úw eigen perspectief, kenmerken van een goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten?* Deze opvattingen en ideeën zijn vervolgens geïntegreerd tot één gezamenlijke visie. Door het groepsgesprek open en gestructureerd te voeren is gewerkt aan wederzijds begrip en eenheid in taal. Tevens is zo het gemeenschappelijke eigenaarschap van de gezamenlijke visie bevorderd. Een uitgebreidere beschrijving van de werkwijze kunt u terugvinden in de rapportage over deze visie⁷. Een samenvatting van de visie vindt u in hoofdstuk 2.

1.4 Fase 2: basiszorg in 3 buurten/wijken getoetst aan de visie

De gezamenlijke visie op goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten uit de eerste fase vormde het vertrekpunt voor de tweede fase van de Proeftuin. Het doel van de tweede fase was om de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten in Utrecht in een cyclisch proces te onderzoeken en te verbeteren in drie buurten/wijken van Utrecht: Binnenstad, Leidsche Rijn en Ondiep. De vraag was in hoeverre er in de praktijk volgens de visie werd gewerkt, met het doel om te benoemen wat helpt en wat niet, en verbeteringen aan te brengen in de werkwijze.

1.4.1 Werkwijze tweede fase op hoofdlijnen

In de Proeftuin is in elk van de drie buurten/wijken gedurende vijf maanden elke maand een casuïstiekbespreking georganiseerd om telkens twee casussen te bespreken: één casus vanuit de huisartsenpraktijk en één casus vanuit het buurtteam. Vaste deelnemers aan de casuïstiekbesprekingen waren een of twee huisartsen, POH's-GGZ (Jeugd), hulpverleners uit de buurtteams (verder: gezinswerkers) en een jeugdarts. De huisartspraktijken en gezinswerkers is gevraagd om voor iedere casuïstiekbespreking een casus aan te dragen. De criteria voor de selectie van casussen waren:

- betrokkenheid van huisarts, POH-GGZ (Jeugd) en/of gezinswerker bij de zorg van een jeugdige met psychische klachten;
- veel voorkomende problematiek waarbij multidisciplinaire samenwerking meerwaarde kan hebben en/of complexe casussen;
- vraagstukken over de geleverde basiszorg die betrekking hebben op de ambities uit de gezamenlijke visie.

Vanwege deze selectiecriteria, bedoeld om te reflecteren op de basiszorg en deze te verbeteren, zijn de casussen uitdrukkelijk niet representatief voor de populatie jeugdigen met psychische klachten in huisartsenpraktijk, bij de buurtteams of bij de JGZ, noch zijn zij representatief voor de kwaliteit van de geleverde basiszorg door huisartspraktijken, buurtteams of JGZ.

Om de geselecteerde casussen te toetsen aan de visie zijn evaluatievragen opgesteld welke zijn gebaseerd op de twaalf thema's in de visie (zie paragraaf 2.3). Voor een deel zijn deze vragen beantwoord in interviews voorafgaand aan de casusbespreking, voor een deel tijdens de casuïstiekbespreking.

⁵ Kane M, Trochim WMK. Concept mapping for planning and evaluation. Bickman L, Rog DJ, editors. Thousand Oaks: Sage Publications Inc, 2007.

⁶ Trochim WMK. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Evaluation and program planning 1989;12:1-16.

⁷ Van Bon-Martens MJH, Gilsing R, Vloothuis S, Tukker A, Weenink C, Wind EJ, et al. Visie op Basiszorg Jeugd GGZ. De ontwikkeling van een gedeeld, stedelijk conceptueel kader in Utrecht. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.

1.4.2 Interviews

Voor iedere casus is minimaal één interview door de onderzoekers gehouden met een hulpverlener (gezinswerker uit de buurtteams, huisarts of POH-GGZ (Jeugd)) en waar mogelijk ook een interview met een lid van het betrokken gezin. In sommige casussen zijn bovendien aanvullende interviews met andere betrokken professionals gehouden. De interviews met de hulpverleners gaan in op de feitelijke gang van zaken ('patient journey'). De hulpverlener is gevraagd om het dossier van het betreffende gezin bij de hand te houden zodat de hulpverlener tijdens het interview desgewenst zaken kon nakijken. De interviews met het gezin gaan vooral in op ervaringen die het gezin met de zorg heeft gehad. De interviews duurden ongeveer een half uur tot drie kwartier.

1.4.3 Casuïstiekbesprekingen

Op basis van deze interviews is door de onderzoekers een beknopte geanonimiseerde casusbeschrijving opgesteld. Deze casusbeschrijvingen vormden de basis voor de casuïstiekbesprekingen. De casuïstiekbesprekingen kenden een vaste agenda per casus:

1. Presentatie van de casus: Wat is er feitelijk gebeurd en hoe heeft het gezin dit ervaren? Onderzoekers lichtten aan de hand van een PowerPoint presentatie de casus toe.
2. Evaluatie van de casus: Is er in deze casus sprake geweest van effectieve basiszorg zoals in de gezamenlijke visie is geformuleerd? Deelnemers bespreken de casus en trekken hierover conclusies aan de hand van de evaluatievragen.
3. Leren van de casus: Wat kan er beter? Per conclusie is besproken:
 - a. Wordt deze conclusie herkend?
 - b. Is deze conclusie ook herkenbaar dan wel relevant voor andere casussen?
 - c. Wat leren we hiervan?
 - d. Geeft deze conclusie aanleiding tot bijstellen van handelswijze/samenwerking?
4. Afspraken voor verbetering. Waar wenselijk zijn acties voor verbetering in de samenwerking of de handelswijze afgesproken.

1.4.4 Privacy

Bij de interviews, de casusbeschrijving en de casuïstiekbespreking is als volgt te werk gegaan om de privacy van de betrokken gezinnen te beschermen:

- de professional die een casus wilde inbrengen, informeerde de ouder(s) en/of de jeugdige over de Proeftuin, verstrekte hen een informatiebrief, een folder en een toestemmingsverklaring, en vroeg of zij wilden meewerken in de vorm van telefonisch interview. Door de toestemmingsverklaring te ondertekenen en op te sturen naar de onderzoekers, konden de ouder(s) en/of de jeugdige aangeven of zij benaderd mochten voor een interview. In casussen die een jeugdige onder 12 jaar betroffen, werd alleen de ouder om toestemming gevraagd. Voor jeugdigen van 12 tot 18 jaar werd naast de ouder ook de jeugdige om toestemming gevraagd. Bij jeugdigen vanaf 18 jaar werd alleen de jeugdige om toestemming gevraagd;
- in de casusbeschrijvingen, de casuïstiekbesprekingen en de rapportages worden geen namen genoemd van de betrokken gezinsleden;
- alle deelnemers van de casuïstiekbespreking tekenden voorafgaand aan hun eerste deelname een geheimhoudingsverklaring.

Voor de informatiebrieven, de folder, de toestemmingsverklaringen en geheimhoudingsverklaringen, zie bijlagen 1 tot en met 9.

1.4.5 Dataverzameling

Alle telefonische interviews en de casuïstiekbesprekingen vonden plaats aan de hand van een vooraf ontwikkelde en online geprogrammeerde vragen-/topiclijst en de bevindingen zijn

geanonimiseerd ingevoerd in een centrale database (Jambo-software). Zie bijlagen 10 tot en met 12 voor de vragen- en topiclijsten en paragraaf 3.2 voor een samenvatting van deze vragen-/topiclijsten, geordend naar hoofdthema van de gezamenlijke visie. Tijdens de casuïstiekbesprekingen zijn audio-opnamen gemaakt, bedoeld ter ondersteuning bij het uitwerken van de verslagen door de onderzoekers.

1.4.6 Toetsing werkwijze

Bovenstaande werkwijze in de Proeftuin is tijdens startbijeenkomsten in iedere betrokken buurt/wijk met de vaste deelnemers aan de casuïstiekbesprekingen besproken en bijgesteld. Met de audio-opnamen en overige gegevens wordt vertrouwelijk omgegaan volgens de kwaliteitsregels van het Trimbos-instituut. Deze werkwijze is getoetst door de Trimbos Ethische Commissie (TET nummer 2016_10_72-1605). Deze Commissie beoordeelde dat zorgvuldig wordt omgaan met (de werving van) de gezinnen en hun persoonsgegevens, volgens ethische richtlijnen en vigerende wetgeving. Een uitgebreide procesbeschrijving van de werkwijze is op te vragen bij het Trimbos-instituut.

2 Resultaat fase 1: de visie

2.1 De gedeelde stedelijke visie in vogelvlucht

De huisartspraktijken en de teams Jeugd & Gezin van de buurtteams vormen samen met de jeugdgezondheidszorg de basiszorg als het gaat om zorg voor de psychische gezondheid van de jeugd in Utrecht. Zij werken als generalisten, maar wel vanuit verschillende perspectieven. Samen met andere betrokken partijen in Utrecht hebben zij een visie geformuleerd op goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten.

Deze visie omvat twaalf thema's van goede basiszorg die zich laten definiëren op basis van twee dimensies: de organisatie van de basiszorg die varieert van intern tot extern, en de contextgerichtheid van basiszorg die varieert van de professionele context tot de gezinscontext (zie figuur 1).

Goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten kenmerkt zich door:

- Samenwerking en afstemming met het gezin. Wij zetten het perspectief van de jeugdige en het gezin in de eigen context centraal: in de dialoog, de inhoud van zorg en het beoogde resultaat. De zorg sluit aan op de vraag van de jeugdige en het gezin als het gaat om tijdigheid, pro-activiteit en maatwerk. De zorg is zo licht als verantwoord en zo zwaar als nodig (matched-care). De zorg is dichtbij het kind gepositioneerd: toegankelijk en bereikbaar, in een vertrouwde omgeving en bij een vertrouwde professional. Kind en ouder hebben medezeggenschap over het zorgtraject: zij bepalen tempo en inhoud en geven aan in hoeverre de sociale omgeving geïnformeerd wordt en hen kan ondersteunen.

Hiervoor is nodig:

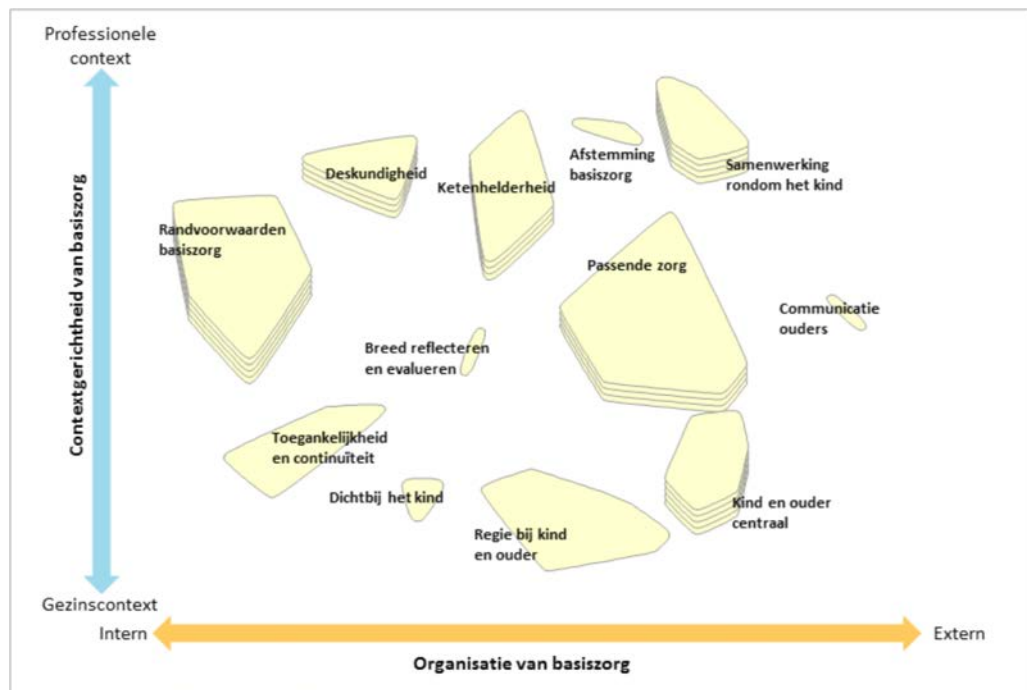
- Samenwerking en afstemming door professionals: binnen de basiszorg en daarbuiten, onderling en met het gezin. In de individuele zorgtrajecten van jeugdigen en hun gezinnen maar ook op organisatieniveau gaat het om een tijdige communicatie en uitwisseling van informatie, een heldere taak- en rolverdeling, onderlinge afstemming, en de afstemming van basiszorg met gewoon opvoeden en aanvullende zorg. De samenwerkingsafspraken zoals vastgelegd in het Werkdocument samenwerkingsafspraken huisartspraktijken en buurtteams bieden hiervoor een verder richtinggevend kader.⁸
- Voldoende randvoorwaarden en expertise. Bij de professionals dient voldoende expertise aanwezig te zijn over (tijdige herkenning van) psychische klachten en wat hiervoor nodig is. Daarnaast dienen er voldoende mogelijkheden zijn om deze expertise te ontwikkelen en uit te wisselen. De randvoorwaarden die aanwezig dienen te zijn hebben betrekking op middelen, capaciteit, wet- en regelgeving. Hierdoor zijn er geen wachtlijsten en is er continuïteit van zorg bij de leeftijd van 18 jaar.
- De bovenstaande thema's worden verbonden via continue brede reflectie en evaluatie van de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten, waarbij samen wordt geleerd en verbeterd en er oog is voor de samenhang van alle bovengenoemde aspecten.

⁸ HUS, GEZ Utrecht, Buurtteam. Samenwerken in de basiszorg medisch en sociaal. Werkdocument samenwerkingsafspraken huisartspraktijken en buurtteams. Utrecht: HUS, 2015.

2.2 De gezamenlijke visie in kaart gebracht

De concept map in figuur 1 is het gedeeld, stedelijk conceptueel kader dat dient als gezamenlijke visie op goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten in de stad Utrecht.

In de concept map is te zien hoe de twaalf thema's van de visie zich tot elkaar verhouden in een vlak met twee dimensies. De thema's omvatten de kenmerken die volgens de deelnemers inhoudelijk bij elkaar passen. Op basis van de inhoud van de kenmerken hebben de thema's en de dimensies een naam gekregen.



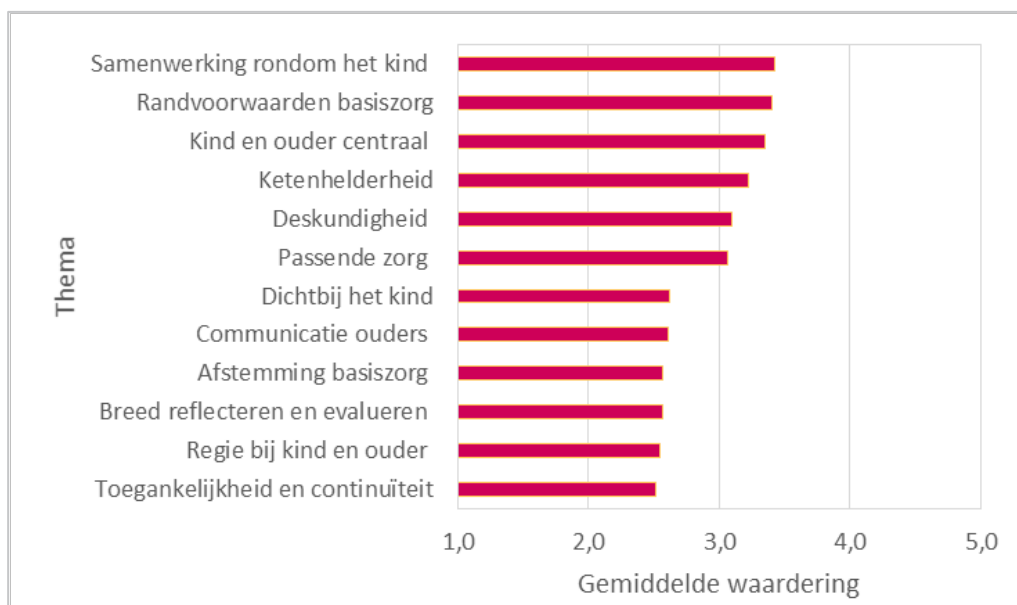
Figuur 1. De visie voor goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten in de stad Utrecht in kaart gebracht (concept map)

De concept map kunnen we vergelijken met een landkaart, waarop de afstand tussen twee plaatsen (thema's) aangeeft hoe ver deze uit elkaar liggen. Hoe kleiner de afstand tussen twee thema's, des te meer ze inhoudelijk bij elkaar horen. Een grotere afstand betekent juist dat ze inhoudelijk steeds minder bij elkaar horen. De hoogte van de thema's op de kaart, het aantal lagen, geeft de gemiddelde waardering aan (van relatief minst belangrijk tot meest belangrijk) voor de kwaliteit van basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten.

2.3 De twaalf thema's

Voor de kwaliteit van basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten zijn, volgens de deelnemers, de drie belangrijkste thema's: 'Samenwerking rondom het kind', 'Randvoorwaarden basiszorg', en 'Kind en ouder centraal', zie figuur 2. In deze paragraaf lichten we de 12 thema's toe. In de rapportage over de visie is bovendien aangegeven wat volgens de betrokkenen bij het opstellen van de visie de belangrijkste aandachtspunten voor de Proeftuin zijn.⁹

⁹ Van Bon-Martens MJH, Gilsing R, Vloothuis S, Tukker A, Weenink C, Wind EJ, et al. Visie op Basiszorg Jeugd GGZ. De ontwikkeling van een gedeeld, stedelijk conceptueel kader in Utrecht. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.



Figuur 2. De twaalf thema's met de gemiddelde waardering (range 1 t/m 5: hoe hoger, hoe belangrijker voor de kwaliteit van de basiszorg)

2.3.1 Samenwerking rondom het kind

Dit thema heeft vooral betrekking op de samenwerking en afstemming tussen professionals, in de basiszorg en daarbuiten, bij de individuele zorgtrajecten van jeugdige en het gezin. Hierin onderscheidt het zich van de thema's 'Ketenhelderheid', waarbij het meer gaat om de afstemming tussen professionals op organisatieniveau, zowel binnen als buiten de basiszorg, en 'Afstemming basiszorg' waarbij het meer gaat om de afstemming tussen professionals die allen binnen de basiszorg werkzaam zijn.

2.3.2 Randvoorwaarden basiszorg

Het thema 'Randvoorwaarden' heeft betrekking op middelen, capaciteit, en wet- en regelgeving. Ook worden hierbij kenmerken benoemd die betrekking hebben op continuïteit (18-/18+) en deskundigheid. Dat deze laatste kenmerken in dit thema worden benoemd, kan worden verklaard door de interpretatie dat hiervoor ook de nodige randvoorwaarden aanwezig dienen te zijn.

2.3.3 Kind en ouder centraal

Dit thema geeft vooral aan dat het perspectief van het gezin (kind en ouder) in hun context centraal dient te staan in de wijze waarop de basiszorg wordt geleverd. In het gesprek, in de inhoud van de zorg, en in wat het moet opleveren voor het gezin. Daarbij hoort een volwaardige rol van het gezin als gesprekspartner.

2.3.4 Ketenhelderheid

Dit thema heeft vooral te maken met een heldere rol- en taakverdeling en de afstemming tussen basiszorg enerzijds, en andere zorgorganisaties anderzijds. Hierin onderscheidt dit thema zich van het thema 'Afstemming basiszorg', waarbinnen het meer gaat over de afstemming tussen de professionals binnen de basiszorg en het thema 'Samenwerking rondom het kind', waarbij het meer gaat om de afstemming bij individuele zorgtrajecten.

2.3.5 Deskundigheid

Bij dit thema gaat het zowel over de aanwezigheid van expertise, als de mogelijkheden om deze te verwerven. Hiermee raakt het enigszins aan het thema 'Randvoorwaarden basiszorg'.

2.3.6 Passende zorg

Het thema 'Passende zorg' relateert vooral aan de aansluiting van de zorg op de vraag van de jeugdige en het gezin. Het gaat daarbij vooral om tijdigheid en pro-activiteit, maatwerk, zorg zo licht als verantwoord en zo zwaar als nodig (matched-care), een brede en integrale kijk op de problematiek, en om creativiteit.

2.3.7 Dichtbij het kind

Het thema 'Dichtbij het kind' refereert zowel aan de nabijheid van zorg, in de zin van fysieke nabijheid (toegankelijk en bereikbaar), maar ook in de zin van een vertrouwde omgeving en een vertrouwde professional (eigen keuze).

2.3.8 Communicatie ouders

Het thema 'Communicatie ouders' is een van de twee kleinste thema's met twee kenmerken. In dit thema gaat het om heldere communicatie met de ouders over met wie er gecommuniceerd wordt over het traject van de jeugdige.

2.3.9 Afstemming basiszorg

Het thema 'Afstemming basiszorg' heeft vooral te maken met een heldere rol- en taakverdeling en de afstemming in werkwijze tussen de professionals in de basiszorg op lokaal niveau: teams Jeugd & Gezin, huisartsvoorzieningen en de Jeugdgezondheidszorg. Hierin onderscheidt dit thema zich ook van het thema 'Samenwerking rondom het kind', waar het meer gaat om de afstemming tussen professionals bij individuele zorgtrajecten, en het thema 'Ketenhelderheid', waar het meer gaat over de afstemming tussen de professionals binnen de basiszorg enerzijds en die buiten de basiszorg anderzijds.

2.3.10 Breed reflecteren en evalueren

Het thema 'Breed reflecteren en evalueren' is een van de twee kleinste thema's, met twee kenmerken. Het verwijst naar een continue reflectie op en evaluatie van de basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten, met een brede blik, gericht op leren. Gezien de positie van dit thema in het centrum van de concept map, verbindt het de beide dimensies en vormt het de spil tussen alle thema's.

2.3.11 Regie bij kind en ouder

Bij het thema 'Regie bij kind en ouder' wordt het accent gelegd bij de medezeggenschap van kind en ouder over het zorgtraject, mede in relatie tot de (sociale) omgeving. Zij bepalen tempo en inhoud en geven aan in hoeverre de sociale omgeving hen hierin kan ondersteunen.

2.3.12 Toegankelijkheid en continuïteit

Het thema 'Toegankelijkheid en continuïteit' betreft de laagdrempeligheid en de bereikbaarheid van de basiszorg, waarbij basiszorg een vanzelfsprekende voorziening zou moeten zijn voor alle Utrechtse gezinnen. De continuïteit heeft niet alleen betrekking op de zorg zelf, maar ook op de oplossing die met de zorg wordt nagestreefd.

2.4 De twee dimensies

De concept map voor goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten heeft twee dimensies. Gebaseerd op de plaats van de kenmerken en de thema's op de map geeft de horizontale dimensie de '**organisatie van basiszorg**' weer. Deze dimensie varieert van 'intern' (links) tot 'extern' (rechts). Een kenmerk of een thema dat ver naar rechts in de concept map ligt, zegt vooral iets over de uitvoering van de basiszorg met anderen, terwijl een kenmerk of thema links in de concept map juist meer zegt over de voorwaarden voor de basiszorg.

De tweede dimensie heeft de naam '**contextgerichtheid van basiszorg**' gekregen. Deze varieert van 'professionele context' (boven) tot 'gezinscontext' (onder). Hoe hoger een kenmerk of thema in de concept map ligt, hoe meer het te maken heeft met de organisatie van de basiszorg voor en door de professionals. Hoe lager het ligt, hoe meer het gaat over de organisatie van de basiszorg voor en door het gezin.



3 Resultaten fase 2: de Proeftuin

3.1 Inleiding

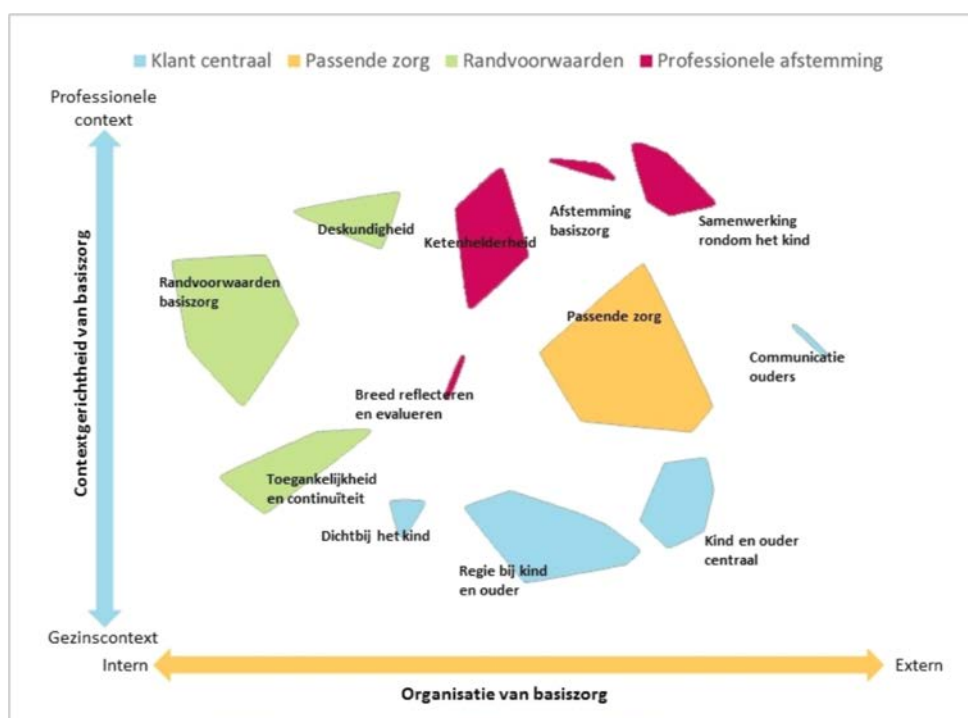
Dit hoofdstuk gaat in op de opbrengsten van de Proeftuin. Welke conclusies kunnen we trekken als we de werkwijze in de Proeftuin toetsen aan de visie op de basiszorg? Wat zijn de verbeterpunten die in de casuïstiekbesprekingen naar voren zijn gekomen? Welke extra verbeterpunten zien we op basis van de analyses in de drie wijken?

Dit hoofdstuk begint met een uitwerking van de werkwijze in de Proeftuin. Om tot zinvolle toetsing van de visie te komen, worden in paragraaf 3.2 de twaalf thema's uit de visie gegroepeerd in vier hoofdthema's, met de bijbehorende evaluatievragen in de Proeftuin. Vervolgens geeft paragraaf 3.3 een overzicht van de getoetste casussen. De paragrafen 3.4 t/m 3.6 beschrijven voor afzonderlijke buurten/wijken per hoofdthema de belangrijkste conclusies en verbeterpunten zoals zij besproken en ingebracht zijn door de deelnemers van de casuïstiekbesprekingen. Conclusies en aanbevelingen lopen hierin nog door elkaar om aan te sluiten op de besprekingen. Conclusies over en aanbevelingen voor partijen buiten de basiszorg - het voorveld en de aanvullende zorg - zijn echter niet in deze rapportage opgenomen, maar worden via de opdrachtgevers rechtstreeks met de betrokken partijen besproken. Paragraaf 3.7 legt tot slot per hoofdthema de belangrijkste aandachtspunten voor de drie wijken naast elkaar.

3.2 Naar toetsing aan de visie: groepering van thema's

Voor de analyse van de casussen zijn de twaalf thema's uit de visie gegroepeerd in vier hoofdthema's. De hoofdthema's liggen op de concept map naast elkaar, zie figuur 3. We onderscheiden zo de volgende hoofdthema's met de daarbij behorende thema's:

1. **Klant centraal.** Het belangrijkste thema in dit hoofdthema is Kind en ouder centraal. Daarnaast maken de thema's Dichtbij het kind, Communicatie ouders en Regie bij kind en ouder er deel van uit.
2. **Passende zorg.** Dit thema vormt een hoofdthema op zichzelf. Het heeft veel meer dan de andere clusters te maken met de inhoud van de zorg die verleend wordt.
3. **Professionele afstemming.** De belangrijkste thema's in dit hoofdthema zijn Samenwerking rondom kind en Ketenhelderheid. Daarnaast maken de thema's Afstemming basiszorg en Breed reflecteren en evalueren er deel van uit.
4. **Randvoorwaarden.** De belangrijkste thema's in dit hoofdthema zijn Randvoorwaarden basiszorg en Deskundigheid. Daarnaast maakt het thema Toegankelijkheid en continuïteit er deel van uit.



Figuur 3. Hoofdthema's en thema's in de visie voor goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten in de stad Utrecht in kaart (concept map)

In tabel 1 is per (hoofd)thema aangegeven op welke manier het via de evaluatievragen aan bod is gekomen in de Proeftuin, zowel in de voorbereiding van de casuïstiekbesprekingen (de interviews met gezin en professionals, als in de bespreking zelf.

Tabel 1. Evaluatievragen naar hoofdthema en wijze van beantwoording

Hoofdthema en subthema's	Interview professional	Interview gezin	Casuïstiekbespreking
Klant centraal			
- Kind en ouder centraal - Dichtbij het kind - Communicatie ouders - Regie bij kind en ouder	In hoeverre zijn de jeugdige en het gezin betrokken bij de besluitvorming?	Heeft u het idee dat u mee kon beslissen over de vorm van begeleiding die u kreeg?	- Mening als het specifiek gaat om de samenwerking met het gezin? - Hadden ouders en kinderen voldoende regie? - Was de hulp voldoende dichtbij? Had het dichterbij gekund?
Passende zorg			
Passende zorg	- Wat is het resultaat van de hulpverlening tot nu toe? Wat is de huidige stand van zaken? - Hoe duurzaam is de gevonden oplossing?	- In hoeverre voelt u zich vertrouwd bij de hulpverlener? - Wat vindt u van het resultaat van de hulpverlening?	- Had hier vroeger ingegrepen moeten/kunnen worden? - In hoeverre is er sprake van zorg zo licht als verantwoord en zo zwaar als nodig?

Hoofdthema en subthema's	Interview professional	Interview gezin	Casuïstiekbespreking
Professionele afstemming			
• Samenwerking rondom kind • Ketenhelderheid • Afstemming basiszorg • Breed reflecteren en evalueren	• Wie zijn tot op heden betrokken bij deze jeugdige en het gezin? Wat is ieders rol? Was dat voor iedereen duidelijk? Wie had regie en hoe kreeg deze vorm? • (Hoe) is er sprake geweest van gezamenlijke evaluatie/reflectie?	• Heeft u het idee dat de hulpverleners waar u mee te maken heeft, goed met elkaar samenwerken?	• Is er goed samengewerkt en afgestemd? • Mening als het specifiek gaat om de samenwerking met andere professionals? • Mening als het specifiek gaat om de samenwerking met anderen (informele zorg, school, sociaal systeem)?
Randvoorwaarden			
• Randvoorwaarden basiszorg • Deskundigheid • Toegankelijkheid en continuïteit	• Wat zijn relevante randvoorwaarden? • In hoeverre zijn de betrokken hulpverleners deskundig met betrekking tot de begeleiding/ behandeling van de klachten en/of problemen van deze jeugdige en dit gezin?	• U bent met een probleem naar de hulpverlening toegegaan. Vindt u dat de hulpverlening daarna snel voor u aan het werk is gegaan? • Hoe toegankelijk vindt u de hulpverlening? • Heeft u het idee dat de hulpverleners waar u mee te maken heeft voldoende deskundig zijn?	

3.3 Overzicht casuïstiek

3.3.1 Selectie casussen

In de Proeftuin is in elk van de drie buurten/wijken gedurende vijf maanden elke maand een casuïstiekbespreking georganiseerd om telkens twee casussen te bespreken: één casus vanuit de huisartsenpraktijk en één casus vanuit het buurtteam. In totaal zouden hiermee 30 casussen besproken worden: 15 vanuit de huisartspraktijken en 15 vanuit de buurtteams. Halverwege de Proeftuinperiode is besloten de vijfde casuïstiekbespreking in iedere wijk voor de helft van de tijd te benutten om samen met de deelnemers de Proeftuin te evalueren en te reflecteren op de bevindingen. Hierdoor konden maximaal 27 casussen worden besproken. Uiteindelijk zijn in de periode december 2016 tot juli 2017 22 casussen besproken, zie tabel 2 en bijlage 13. Het buurtteam van de Binnenstad had moeite met het vinden van geschikte casussen die, volgens hen, voldeden aan de criteria (zie paragraaf 1.4.1). Hierop is gedurende de Proeftuin geïntervenieerd, en zijn de criteria nog eens toegelicht aan alle betrokken buurtteam-medewerkers en hun managers. Daarnaast zijn de criteria enigszins verruimd ten aanzien van de wijk waarin de cliënt woonachtig diende te zijn. Bij het buurtteam van de Leidsche Rijn speelde timing, toestemming van het gezin en de beschikbaarheid van de gezinswerker een rol. In Ondiep is het maximale aantal casussen (n=9) besproken.

Tabel 2. Aantal beschreven en besproken casussen per wijk/buurt.

Wijk	Vanuit buurtteam	Vanuit huisartspraktijk	Totaal
Binnenstad	2	4	6
Leidsche Rijn	3	4	7
Ondiep	4	5	9
Totaal	9	13	22

Van 20 casussen was de leeftijd bekend van het kind waar het vooral om ging. Deze leeftijd varieerde van 1 tot 24 jaar en bedroeg gemiddeld 10 jaar. Drie van de 20 kinderen waren jonger dan 4 jaar, negen kinderen waren 4-12 jaar en 8 kinderen waren ouder dan 12 jaar.

Gezinssamenstelling

In alle casussen was de moeder betrokken bij de hulpverlening, bij dertien casussen was ook de vader betrokken: in drie casussen vanuit een bijna gescheiden situatie, in één casus vanuit co-ouderschap. In één casus was een vriend van de moeder betrokken. In vier casussen was het kind het enige kind. In dertien van de 22 casussen is sprake van alcoholproblematiek, psychische problematiek, partnergeweld en/of zwakbegaafdheid van één of beide ouders.

Kernthema's voor de bespreking van de casus

In tabel 3 staan de thema's uit de visie die volgens de inbrengende hulpverlener de casus relevant maken voor de casuïstiekbespreking en/of waarover er volgens de hulpverlener bespreekpunten kunnen zijn. De thema's Samenwerking rondom het kind, Passende zorg en Ketenhelderheid zijn voor meer dan de helft van de 22 casussen relevant om te bespreken. In bijlage 13 is een korte, geanonimiseerde omschrijving van de ingebrachte casussen opgenomen.

Tabel 3. Aantal casussen naar relevant thema uit de visie (meer thema's per casus)

Thema uit de visie	Aantal casussen met bespreekpunten hierover
Samenwerking rondom kind	15
Randvoorwaarden basiszorg	5
Kind en ouder centraal	4
Ketenhelderheid	12
Deskundigheid	6
Passende zorg	13
Dicht bij het kind	4
Communicatie ouders	7
Afstemming basiszorg	11
Breed reflecteren en evalueren	2
Regie bij kind en ouder	6
Toegankelijkheid en continuïteit	10

3.3.2 Casuïstiekbesprekingen

Voor iedere casus is minimaal één interview gehouden met een hulpverlener (gezinswerker uit de teams Jeugd & Gezin, huisarts of POH-GGZ (Jeugd)) en waar mogelijk ook een interview met een lid van het betrokken gezin. In sommige casussen zijn bovendien interviews met andere

professionals gehouden. In totaal zijn 42 interviews uitgevoerd: 10 met gezinsleden en 32 met hulpverleners, zie tabel 4.

Tabel 4. Aantal geïnterviewde personen per wijk/buurt.

Wijk	Hulpverleners	Gezinsleden	Totaal
Binnenstad	8	1	9
Leidsche Rijn	10	2	12
Ondiep	14	7	21
Totaal	32	10	42

In Ondiep lukte het vaker om (tijdig) toestemming van gezinsleden te krijgen voor een interview dan in Leidsche Rijn en de Binnenstad, namelijk bij zeven casussen, zie tabel 4. In de Binnenstad en in Leidsche Rijn lukte het minder vaak, respectievelijk één- en tweemaal. De geïnterviewde gezinsleden betroffen in alle gevallen de moeder, op één vader in de Leidsche Rijn na.

Daar waar geen gezinslid kon worden geïnterviewd, was het de bedoeling om een tweede betrokken hulpverlener te interviewen, al dan niet binnen de basiszorg. In de Binnenstad is twee maal een tweede hulpverlener geïnterviewd, waarvan een hulpverlener buiten de basiszorg (een UPPP-medewerker), overigens in een casus waarbij ook moeder is geïnterviewd. In Leidsche Rijn is drie maal een tweede hulpverlener geïnterviewd, waarvan twee buiten de basiszorg (één SAVE-medewerker en één logopedist). In Ondiep is vijf maal een tweede hulpverlener geïnterviewd, eenmaal gezamenlijk met de eerste hulpverlener. Twee tweede hulpverleners waren werkzaam buiten de basiszorg (pastoraal medewerker en medewerker Lijn5). In drie van deze vijf casussen was ook de moeder geïnterviewd. In totaal is zeven maal alleen de inbrengende hulpverlener geïnterviewd: vier maal in de Binnenstad, twee maal in de Leidsche Rijn en eenmaal in Ondiep.

Deelnemers

Vaste deelnemers aan de casuïstiekbesprekingen zijn per wijk/buurt: een of twee huisartsen, POH's-GGZ (Jeugd) en gezinswerkers van de buurtteams, en een jeugdarts. Aan de vijftien bijeenkomsten namen in totaal 44 hulpverleners een of meer keren deel, zie tabel 5. Een buurtteammedewerker nam (eenmalig) deel aan de bespreking in twee buurten/wijken (Binnenstad en Leidsche Rijn). Zes deelnemers waren er alle vijf besprekingen in de eigen wijk/buurt bij. Niet meegeteld als deelnemer zijn de leden van de projectgroep die voor de evaluatie aan de laatste casuïstiekbesprekingen deelnamen (vanuit gemeente, GEZ, HUS en Lokalis).

Tabel 5. Aantal deelnemers casuïstiekbespreking per wijk/buurt.

Wijk	Huisarts en POH-GGZ (Jeugd)	Buurtteam	JGZ	Anders	Totaal
Binnenstad	4	6	3	1	14
Leidsche Rijn	6	6	1	2	15
Ondiep	5	6	1	3	15
Totaal	15	18	5	6	44

3.4 Bevindingen van de Binnenstad

3.4.1 Klant centraal



Kind bij gesprek

De gezinswerkers van de buurtteam geven aan kinderen boven de acht jaar doorgaans te betrekken bij het gesprek met de ouders (de intake). Echter in echtscheidingssituaties gebeurt dit niet wanneer het bijvoorbeeld gaat over de verdeling van de zorg tussen de ouders. De POH-GGZ (Jeugd) geeft aan vaak het kind alleen te spreken, vooral als loyaliteit naar de ouders een rol speelt.

3.4.2 Passende zorg



Preventie als passende zorg voor KOPP en KVO kinderen

Deelnemers vinden het belangrijk om kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en ouders met verslavingsproblemen (KVO) waarbij (nog) geen problemen zijn, door te geleiden/verwijzen naar het (preventieve) hulpaanbod voor KOPP/KVO. KOPP en KVO-kinderen kenmerken zich vaak door aangepast gedrag, en zijn dan lief en vrolijk. Hulpverleners dienen te weten dat er verschillende cursussen beschikbaar zijn deze kinderen, ook voor hele jonge kinderen. Dit vraagt dat de ouders daar wel voor open staan. Voor ouders zijn er ook cursussen beschikbaar, bijvoorbeeld Hechter cursus en Kopopouders.nl. Sommige deelnemers zijn bekend met KJP030, een initiatief dat cliënten, ouders en verwijzers informeert over de soorten (preventieve) hulp die verschillende aanbieders in Utrecht aan kinderen, jeugdigen en hun ouders leveren.

School benutten als informatiebron voor signalering

Deelnemers geven aan dat het goed is om kinderen in de gaten te houden nadat zij thuis iets ingrijpends hebben meegemaakt. De leraren op school kunnen gevraagd worden om te letten op signalen die een kind afgeeft en die erop kunnen wijzen dat psychische problemen bij het kind ontstaan of groter worden: juf/meester ziet het kind dagelijks. Ouders kunnen een rol spelen om dit op school te bespreken. Overigens zijn de deelnemers het erover eens dat voorkomen moet worden dat in deze situaties onnodig geproblematiseerd wordt.

3.4.3 Professionele afstemming



Informeren huisarts

Huisartsen geven aan het centrale punt te zijn in de zorg, begeleiding en behandeling van een gezin. Zij zien de gezinsleden met uiteenlopende klachten in hun spreekkamer. Het is belangrijk voor de huisarts om dan te kunnen beschikken over alle relevante informatie over zorg en hulp die het gezin ontvangt en te weten wat er speelt in een gezin. In nagenoeg alle besproken casussen is de huisarts echter niet of niet volledig op de hoogte. In voorkomende gevallen wordt de huisarts wel om informatie gevraagd, maar ontvangen zij geen of pas laat terugkoppeling. 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. In een casus wist de huisarts bijvoorbeeld niet dat de kinderen uit huis waren geplaatst. Het onvoldoende informeren van huisartsen vloeit veelal voort uit de principes en/of werkwijzen van andere hulpverleningsorganisaties:

- de buurtteams hanteren het principe om niet óver maar met gezin te communiceren en/of leggen de verantwoordelijkheid over het informeren van andere hulpverleners bij het gezin zelf;
- behoudens somatische problematiek, worden huisartsen niet vanzelfsprekend door de JGZ verwittigd als er iets met een jongere aan de hand is, zoals bijvoorbeeld het gebruik van XTC. De huisarts is soms niet op de hoogte van interventies die vanuit de JGZ gedaan worden;
- andere organisaties in de besproken casussen haalden vaak wel informatie op bij de huisarts, maar koppelden de eigen bevindingen of vervolgacties vervolgens niet altijd of pas laat terug. Hiermee komt de continuïteit van zorg onder druk. Zeker bij jonge kinderen van wie de ontwikkeling wordt bedreigd wordt goed monitoren en snel handelen van belang gevonden.

Verskillende oplossingsrichtingen zijn door de deelnemers aangegeven:

- alle hulpverleners die betrokken zijn bij een gezin moeten zich regelmatig afvragen wie de huisarts informeert over de stand van zaken vanuit dat hulpverleningskader. De hulpverleners dienen dit ook met de ouders te bespreken. In het geval dat de ouders aangeven zélf de huisarts te willen informeren, heb je als hulpverlener wel de taak om bij de ouders te checken of dat daadwerkelijk gebeurt is;
- op het moment dat ouders coördinatie/de regie hebben, hebben zij ook een rol in het informeren van de verschillende hulpverleners over wie allemaal betrokken zijn;
- de huisarts kan zelf ook, meer dan nu het geval is, aan het gezin vragen of en welke andere hulpverleners er bij het gezin betrokken zijn.

Warme overdracht en driegesprekken

In bijna alle casussen is geconstateerd dat er een gebrek is aan gezamenlijk overleg tussen de verschillende hulpverleners en andere betrokken actoren. Een warme overdracht wordt door de deelnemers van belang gevonden zodra een gezin te maken krijgt met een nieuwe hulpverleningsorganisatie. Het zogenaamde driegesprek wordt door alle deelnemers een haalbare en wenselijke vorm voor gezamenlijk overleg en warme overdracht gezien. Bij driegesprekken kan gedacht worden aan gesprekken tussen gezin, huisarts en buurtteam, of tussen gezin, huisarts en de specialistische ggz, zoals de verslavingszorg. Een dergelijk gesprek is voor alle partijen informatief en verlaagt de drempel voor het gezin naar de nieuwe hulpverlening toe. Daarbij hoeft een driegesprek helemaal niet veel tijd te kosten. De huisarts kan er bijvoorbeeld de eerste tien minuten bij zitten. Als belangrijke voordelen van een warme overdracht zijn genoemd:

- de goede toon is gezet;
- voor het gezin is samenwerking tussen professionals vanzelfsprekender;
- de betrokken hulpverleners kunnen elkaar naar verwachting in de toekomst sneller vinden;
- samen sta je sterker en weet je meer;
- het is duidelijker wie wat doet (ketenhelderheid). Het kennen van elkaar en elkaars competenties is wezenlijk voor goede samenwerking;
- de eventueel door het gezin veroorzaakte ruis kan worden weggenomen (de informatie waarmee het gezin komt hoeft niet waar te zijn);
- er gebeuren geen dingen dubbel, werkzaamheden kunnen afgestemd worden (bijvoorbeeld werkzaamheden van POH-GGZ (Jeugd) en buurtteam kunnen overeen komen).
- voorkomen kan worden dat het gezin gaat 'shoppen';
- ook als er in de toekomst iets aan de hand is met één van de gezinsleden kunnen de hulpverleners elkaar sneller vinden;

- zeker wanneer een jongere al langere tijd in zorg is, is het van belang te achterhalen wat voorheen gebeurd is. Ook wanneer de primaire vraag aanvankelijk eenvoudig of enkelvoudig lijkt.

Samenwerken als team basiszorg

De hulpverleners in de basiszorg (JGZ, huisartsvoorzieningen en buurtteams) kunnen veel aan elkaar hebben. De deelnemers vinden het van belang om de basiszorg met elkaar te verdelen en dat op een natuurlijke manier te doen in afstemming met de ouders. Het is belangrijk om uit te stralen: wij zijn de basiszorg. Als een jongere komt, kan de hulpverlener vragen: “Met wie heb je nog meer contact? Zullen we samen even bellen? Als wij het onderling coördineren, hoef jij niet met drie personen te spreken.” Dit kunnen alle hulpverleners in de basiszorg doen. Het kennen van elkaar en elkaars competenties en weten wat je wel en niet doet, wordt door de deelnemers wezenlijk gevonden. Daarnaast vinden zij dat onderlinge consultatie ook heel belangrijk kan zijn: als ze het even met elkaar niet meer weten of denken vast te lopen, kunnen ze, voordat ze naar de aanvullende zorg verwijzen, ook eerst een consultatie doen. Als een contact bij het buurtteam wordt afgesloten kan geprobeerd worden om een warme overdracht richting huisarts (en de POH-GGZ (Jeugd)) te organiseren

Breed reflecteren en evalueren

In de casussen is niet altijd duidelijk wie de regie en het overzicht heeft, waardoor soms ook zaken blijven liggen vanuit de veronderstelling dat een ander het oppakt. Wanneer meer hulpverleners betrokken zijn bij een gezin, vinden deelnemers dat het daarom goed zou zijn om van tijd tot tijd samen te evalueren hoe het gaat. Bij twijfel over het beleid van een andere betrokken samenwerkende hulpverlener is het zaak snel hierover contact op te nemen, bij voorkeur samen met de cliënt.

Samenwerking basiszorg rondom veiligheid

Bijzondere aandacht verdient, volgens de deelnemers, de warme overdracht en nazorg wanneer er sprake is van veiligheidsvraagstukken. Huisartsen zien gezinsleden met uiteenlopende klachten in hun spreekkamer. Huisartsen vinden het daarom belangrijk om te weten dat er van alles speelt in een gezin (waar komt die buikpijn of breuk in de arm vandaan?). De huisarts, maar ook de gezinswerkers (als ze betrokken zijn) ontvangen graag standaard een terugrapportage van bevindingen, vervolgacties of afspraken die met het gezin in een gedwongen kader zijn gemaakt.

Samenwerking rond de school

De manier waarop medewerkers van JGZ en buurtteams samenwerken die bij dezelfde school betrokken zijn, blijkt uiteen te lopen. Niet op alle scholen is duidelijk wie van hen welke taak of rol heeft; dit lijkt bovendien mede afhankelijk van de rol die de school daar zelf in neemt. Daarbij zijn door de deelnemers verschillende motieven genoemd die een rol hierbij spelen:

- de buurtteams zijn verbonden aan alle scholen voor primair onderwijs (PO) en voortgezet onderwijs (VO) in Utrecht. De JGZ wordt in de samenwerking op de VO-scholen nog wel eens vergeten. Terwijl één buurtteam op het VO standaard vier keer per jaar contact heeft met de JGZ, neemt een ander buurtteam op het VO alleen contact op met de JGZ als het wat toevoegt in de ogen van de buurtteam medewerker én als dit ook de wens is van de ouder of het kind;
- de jeugdverpleegkundigen zitten regelmatig op VO -scholen, zodat leerlingen hier gemakkelijk naar binnen kunnen stappen. De jeugdverpleegkundigen zijn werkzaam op meerdere scholen. In de casuïstiekbespreking wordt genoemd dat er jeugdverpleegkundigen zijn die de neiging hebben om vragen binnen het JGZ-team te houden;

- kinderen worden overgedragen vanuit de jeugdarts 0-4 (consultatiebureau) naar de jeugdarts 4-18, zodra het kind naar het basisonderwijs gaat. Bij huisartsen en buurtteams is er de vraag wat de jeugdarts 4-18 kan doen als er mogelijk sprake is van een bedreigde ontwikkeling. Een jeugdarts of jeugdverpleegkundige mag niet proactief bij school gaan informeren zonder toestemming van de ouders;
- een jeugdarts noemt dat hij/zij in bepaalde gevallen eerder verwijst naar de huisarts dan naar het buurtteam op het VO, omdat hij/zij dan zeker is van een terugkoppeling. Bij een verwijzing naar het buurtteam op het VO is de ervaring van deze jeugdarts dat alleen wordt teruggekoppeld met instemming van de cliënt;

De deelnemers benadrukken dat ervoor gewaakt moet worden dat niet te veel hulpverleners betrokken zijn bij een gezin. Elkaar wederzijds informeren is nodig om zorg te coördineren: samenhang aanbrengen en doublures voorkomen. Volgens de deelnemers zien het buurtteam op school en de JGZ het sociale netwerk en de groepen op school, de huisarts en POH-GGZ (Jeugd) zien hoe het gezin functioneert. De huisarts wil daarom in de samenwerking op school niet vergeten worden: 80 procent van de kinderen komt minimaal eens per jaar bij de huisarts. De huisartsen hebben geen structureel overleg met de JGZ, terwijl beide partijen dit wel wenselijk vinden. Als de huisarts weet dat er iets op school heeft gespeeld kan de huisarts er bij de jeugdige naar informeren. Er is behoefte aan periodiek overleg bij voorkeur in een multidisciplinair team. Hier en daar komen nu casusbesprekingen van de grond. Op sommige plaatsen in Utrecht is er al sprake van een periodiek driegesprek: buurtteam, huisarts en JGZ.

Kernpartneroverleg en verwijzindex

Inmiddels is op het voortgezet onderwijs een kernpartner overleg ingesteld tussen JGZ, buurtteam, leerplichtambtenaar en het samenwerkingsverband Sterk VO. Het doel hiervan is terugdringen van verzuim, uitval en thuiszitten. Het idee is dat dit ook voor het primaire onderwijsvorm krijgt. Het zou kunnen helpen als de cliënten in de verwijzindex worden gezet, zodat andere hulpverleners weten wie bij de cliënt betrokken zijn. Zowel bij het kernpartneroverleg als de verwijzindex is de huisartsvoorziening echter nog niet aangesloten.

Samenwerking rondom digitale vragenlijst JGZ

Op VO-scholen wordt door JGZ in de tweede en vierde klas de digitale gezondheidsvragenlijst E-MOVO¹⁰ afgenomen. Het doel is het in kaart brengen van gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren en het geven van persoonlijk advies en voorlichting aan de leerlingen. In klas 2 worden vervolgens alle kinderen gezien door JGZ en worden de antwoorden op de digitale vragenlijst besproken. In klas 4 worden op basis van de antwoorden op de digitale vragenlijst leerlingen opgeroepen voor een vervolgesprek met de jeugdverpleegkundige of jeugdarts. Dan komen kinderen met problemen 'naar boven', zoals bijvoorbeeld kinderen met drugsgebruik. Het blijkt dat na de afname van de digitale vragenlijst soms meerdere (al dan niet bestaande) hulpverleningstrajecten naast elkaar gaan lopen zonder dat dit onderling is afgestemd.

Rol- en taakverdeling bij complexe echtscheiding¹¹

Het buurtteam biedt vaak ondersteuning aan gezinnen in scheiding. Een onderdeel hiervan kan ondersteuning bij het maken van een ouderschapsplan zijn. Het buurtteam heeft in deze ook ervaring met mediatie. Bij de andere deelnemers blijkt niet altijd bekend wat het buurtteam bij

¹⁰ De E-MOVO (Elektronische MONitor Volksgezondheid) is een digitale vragenlijst. Deze is per schooljaar 2017-2018 vervangen door een andere digitale vragenlijst "Check het even".

¹¹ De term 'complexe echtscheiding' wordt hier aangehouden daar waar in de besprekingen (v)chtscheiding is genoemd.

complexe echtscheidingen te bieden heeft. Wanneer een kind in zo'n situatie aangemeld wordt bij de huisarts of de POH-GGZ (Jeugd) kan het nuttig zijn om met de ouders te bespreken om de intake meteen vanaf het begin samen met het buurtteam te voeren. Op die manier wordt aan het begin al duidelijk gemaakt aan de ouders (en het kind) wie wat te bieden heeft. Bepaalde organisaties met specialistische hulp kunnen bij complexe echtscheidingen worden ingeschakeld, wanneer mediatie bij het buurtteam niet lukt of ingeschat wordt dat de problematiek te zwaar is.

Samenwerken bij suïcidaliteit

Over de gang van zaken rondom suïcidaliteit is het volgende besproken:

- er is geen vaste afspraak bij de buurtteams over hoe om te gaan met suïcidaliteit. Er is bijvoorbeeld geen afspraak als "In geval van suïcidaliteit: bel huisarts." De wens leeft bij de buurtteams VO om daar wel vaste procedures voor af te spreken: Wat doe je als je wel competent bent om het gesprek met de jongere te voeren? Wat doe je als je dat niet bent? Waar kun je informatie vinden? Inmiddels is dit door de buurtteams opgepakt en is er voor hen een suicideprotocol opgesteld waarin stap voor stap staat uitgelegd wat je kunt doen en welke vragen je kunt stellen;
- het buurtteam kan, in lijn met de Utrechtse leidende principes, zonder uitdrukkelijke toestemming van de cliënt ook anderen van suïcidaliteit op de hoogte stellen, omdat hier de veiligheid in het geding is;
- de jeugdarts wordt altijd op de hoogte gesteld wanneer uit de digitale vragenlijst van JGZ naar voren komt dat een jongere mogelijk suïcidaal is. De JGZ schakelt de huisarts in wanneer de situatie kritiek is, zodat er 24-uursdekking is van medische zorg. Meestal geeft de jongere toestemming om met de ouders contact te leggen. In dat geval wordt aan de ouders gevraagd om naar de huisarts te gaan. Bij een (poging tot) zelfdoding van een leerling of leerkracht kan de JGZ ook de school adviseren en ondersteunen.

Een kort lijntje tussen het buurtteam op het VO en de specialistische ggz voor (anonieme) consultatie over de te nemen stappen in het geval van suïcidaliteit wordt door deelnemers in praktijk vaak ingezet en erg prettig gevonden. Het advies van de specialistische ggz luidt doorgaans: schakel de ouders in (informeer de ouders) en neem contact op met de huisarts. Het buurtteam kan ook een kaderhuisarts ggz of POH-GGZ (Jeugd) consulteren.

Als het buurtteam te maken krijgt met een jongere die suïcidaal gedrag vertoont, is het volgens de deelnemers altijd van belang dat de huisarts ingeschakeld wordt. De huisarts schakelt zo nodig de crisisdienst in. Soms willen jongeren met suïcidaal gedrag niet naar de huisarts verwezen worden. In de casuïstiekbespreking wordt op de mogelijkheid gewezen om dan naar de jeugdarts te verwijzen. De huisarts en de jeugdarts kunnen dan afstemmen wie wat doet, mede met het oog op de vertrouwensband van de jongere met de huisarts.

Als er op school een groepje jongeren wordt gesignaleerd met problemen (waaronder ongezonde groepsdynamiek met zelfbeschadigend gedrag zoals snijden en anorexia) dan kan het JGZ-team van de school hier actie op ondernemen met individuele en groepsinterventies, en met adviezen richting school en ouders.

Samenwerken in de buurt

Ook kernpartners in de buurt zouden elkaar regelmatig moeten treffen volgens de deelnemers. In de Binnenstad bestaat het Broodje Binnenstad. Dan komt er ongeveer 50 man bij elkaar voor ontmoeting met broodjes op wisselende locaties, eens in de 6 à 8 weken: onder andere de straatagent, de buurtbemiddelaar, de huisarts, de JGZ en het buurtteam. Visitekaartjes uitwisselen gaat dan makkelijk en je zoekt elkaar makkelijker op. Buurtteammedewerkers komen

bijvoorbeeld ook vaak in de speeltuin en in het buurthuis om zichtbaar te zijn voor inwoners en beschikbaar te zijn voor vragen.

3.4.4 Randvoorwaarden

Onduidelijkheid over Utrechtse kinderen die naar school gaan buiten Utrecht

Ten aanzien van samenwerking op scholen vragen de deelnemers om extra aandacht aan de zorg te geven voor jeugdigen die in Utrecht wonen, maar naar school gaan buiten Utrecht. Deze jeugdigen zijn niet altijd in beeld bij de Utrechtse buurtteams. Bij scholen in Utrecht is het contact tussen buurtteams en school gebruikelijk. Hoe dat buiten Utrecht is geregeld, is voor sommige deelnemers de vraag. Ook is er bij hen onduidelijkheid over de samenwerking met de JGZ buiten Utrecht: in hoeverre neemt de JGZ bijvoorbeeld contact op met het buurtteam in Utrecht waar het kind woont als er iets op school aan de hand is. Alle partijen horen te weten: neem contact op met de huisarts of het buurtteam van de woonplaats. Een bijkomende vraag voor sommige deelnemers is wie de hulpverlening van het buurtteam gaat betalen: de gemeente Utrecht of de andere gemeente. Er is volgens hen sprake van een continuïteitsprobleem als een kind buiten Utrecht naar school gaat.

Deskundigheid rondom suïcidaliteit

De deelnemers ervaren handelingsverlegenheid bij veel hulpverleners rondom het praten over suïcidaliteit. Het is dan van belang dat de hulpverlener de eigen beperkingen erkent en hulp inroept. Degene die daar meer ervaren in zijn (veelal ggz-geschoolde buurtteammedewerkers), worden in voorkomende gevallen naar voren geschoven. Er zijn volgens deelnemers echter buurtteams waar geen ggz-geschoolde buurtteammedewerkers in werken.

Uitgesproken wordt dat deskundigheid met betrekking tot het omgaan met suïcidaal gedrag en praten over suïcidaliteit in elk buurtteam aanwezig zou moeten zijn. Elk team zou hiervoor minimaal één medewerker moeten hebben die in staat is dergelijke beladen gesprekken te voeren. Door de deelnemers wordt gewezen op de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag', welke zegt dat alle artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten in de gezondheidszorg over enige kennis en vaardigheden hoort te beschikken. Eén van de buurtteams op het VO heeft een cursus van 113 Online gehad.

Deskundigheid over Samen Veilig

Niet alle deelnemers zijn, naar eigen zeggen, in voldoende mate op de hoogte wat betrokkenheid van Samen Veilig inhoudt. Vragen die spelen zijn: Wat is hulpverlening in een vrijwillig kader? Wat is hulpverlening in een onvrijwillig kader?

Toegang specialistische ggz

Huisartsen en jeugdartsen vinden het belangrijk om op de hoogte zijn van de budgetten van de specialistische ggz om te weten of een kind wel behandeld kan worden in de praktijk waarnaar zij willen verwijzen. Buurtteams lijken hiervan beter op de hoogte te zijn doordat zij geïnformeerd worden door de accounthouders van de gemeente wanneer het plafond van de budgetten is bereikt. Huisartsen kregen voorheen geactualiseerde verwijzingslijsten maar daar lijkt een stagnatie in te zijn. Dit staat overigens al op de agenda van het overleg tussen huisartsen en de gemeente. Veel aanbieders hanteren geen wachtlijsten meer omdat zij de verantwoordelijkheid niet willen dragen in het geval er iets gebeurt met iemand op de wachtlijst. Sommige aanbieders stoppen zelfs met het aanbieden van jeugd ggz. De deelnemers vinden dit een zorgelijke ontwikkeling. De uitdaging voor alle partijen is om het totale krimpemde budget voor jeugd ggz te verdelen, zowel voor kinderen met lichte problematiek als kinderen met zware problematiek. Het is belangrijk om

te kijken wie wat kan bieden, de zorg waar het kan zo licht mogelijk te houden en onterechte verwijzingen te voorkomen zodat zware zorg beschikbaar is waar dat nodig is. Er zullen mogelijk ook minder aangename keuzes moeten worden gemaakt. De gemeente zelf kijkt kritisch naar de manier van inkopen en leert continue vanuit de gesprekken met de aanbieders over hoe dit beter kan.

Mogelijkheden voor zorg op school

De deelnemers geven aan dat zij niet altijd weten welke mogelijkheden er zijn voor zorg(onderzoek) op de verschillende scholen. Zij zouden willen weten welke scholen hun leerlingen speciale zorgarrangementen kunnen bieden en welke scholen niet.

3.5 Bevindingen van de Leidsche Rijn

3.5.1 Klant centraal



Communicatie bij veranderingen

Deelnemers stellen dat het voor een gezin niet prettig is wanneer ze (vaak) te maken krijgen met wisselingen qua personeel. Dit kan vooral belastend zijn wanneer er veel verschillende hulpverlenende instanties betrokken zijn die vervolgens allemaal weer wisselen van hulpverleners. Volgens de deelnemers moeten cliënten niet degenen zijn die het verhaal opnieuw moeten vertellen. Bovendien vinden zij dat een wisseling niet mag leiden tot een breuk in de uitgezette route qua zorgverlening. Dit impliceert volgens de deelnemers dat er sprake dient te zijn van goede dossiervorming en een soepele en warme overdracht daarvan tussen hulpverleners én dat nieuwe hulpverleners zich goed inwerken op het dossier.

Deelnemers benadrukken dat het ook belangrijk is om externe hulpverleners op de hoogte te stellen van personele wijzigingen in de hulpverlening van een gezin, zodat bestaande overlegvormen tussen hulpverleners vanuit verschillende zorgvoorzieningen gecontinueerd kunnen worden. Wanneer het bijvoorbeeld gebruikelijk is dat de huisarts periodiek met een gezinswerker overlegt met/over een gezin, moet dit overleg gecontinueerd worden zodra er een nieuwe gezinswerker komt in een gezin.

Rol van ouders bij vroegsignalering

Wanneer er in een gezin met jonge kinderen ingrijpende dingen zijn gebeurd die op termijn bij de kinderen tot klachten kunnen leiden, vinden deelnemers het belangrijk om de ouder(s) te informeren over signalen die kunnen wijzen op het ontstaan van psychische problemen. Die signalen zijn doorgaans weinig specifiek en betreffen vooral veranderingen in het gedrag, zoals leerproblemen, zindelijkheidsproblemen, en veranderingen in eet-, drink- en slaappatronen. In de huisartspraktijk is de POH-GGZ (Jeugd) de aangewezen persoon om de ouders hierover te informeren.

De ouder is volgens de deelnemers degene die deze informatie over de voorgeschiedenis en signalen kan overdragen aan belangrijke personen in de leefomgeving van het opgroeiende kind. Wanneer een kind naar school gaat kan de ouder de leraren vragen om op bepaalde signalen te letten. Overigens vinden de deelnemers het aannemelijk dat de ouder dit na verloop van tijd gaat vergeten. Bijvoorbeeld als een complexe echtscheiding al langer geleden heeft plaatsgevonden, kunnen ze vergeten wat de impact ervan op kinderen kan zijn. Zeker als de kinderen op jonge leeftijd niets laten zien of zelfs zeer aangepast gedrag vertonen.

Afspraken maken met het gezin

Wanneer meerdere hulpverleners bij een gezin betrokken zijn, betrekken zij bij voorkeur de ouders bij het bepalen van wie de regie heeft. Deelnemers ervaren dat afspraken die niet in overleg met het gezin tot stand gekomen zijn, belemmerend kunnen werken bij het (weer) oppakken van het leven. In een casus kwam bijvoorbeeld aan de orde dat een moeder die eindelijk weer een baan had, meerdere keren verlof moest vragen omdat zorgafspraken voor haar zonder enig voorafgaand overleg werden ingepland tijdens werktijden. Deelnemers stellen dan ook dat afspraken door alle betrokken hulpverleners altijd in overleg met het gezin gemaakt dienen te worden.

Deelnemers geven aan dat zij doorgaans veronderstellen dat ouders elkaar onderling informeren over afspraken en dergelijke, ook wanneer ouders gescheiden zijn. Alleen bij complexe echtscheidingen kan het anders liggen. Indien beide ouders gezag hebben, dienen beide ouders betrokken te worden. In andere gevallen vinden deelnemers dat de hulpverlener na moet gaan wat in het belang van het kind is en zich moet afvragen of beide ouders betrokken moeten worden. In een ouderschapsplan kunnen hierover afspraken worden opgenomen. Het buurtteam kan ouders hierin ondersteunen.

3.5.2 Passende zorg



Afspreken wie monitort en wanneer extra ondersteuning wordt ingezet

De deelnemers vinden het belangrijk dat een hulpverlener de psychische gezondheid van ouders en kinderen monitort wanneer ouders en kinderen veel hebben meegemaakt en vooral bezig zijn om de dagelijkse problemen het hoofd te bieden. Hulpverleners zouden in zo'n geval onderling moeten afspreken wie dit doet.

Bij kinderen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problemen, bijvoorbeeld wanneer zij getuige zijn geweest van geweld of bij KOPP/KVO kinderen, vinden de deelnemers het belangrijk om met elkaar na te denken over wanneer je preventief ggz inzet. Dit is vooral een dilemma wanneer de kinderen nog geen klachten hebben of wanneer er (nog) geen signalen of problemen zijn. Hier dreigt medicalisering, terwijl je juist inzet op het voorkómen van problematiek. Genoemde voorbeelden zijn speltherapie of preventief aanbod als Piep zei de muis. Deelnemers vinden het belangrijk dat de betrokken hulpverleners elkaar bij de les houden en afspraken met elkaar maken over inzet van preventieve ggz en over het monitoren van signalen door ouders en andere betrokkenen (zie ook paragraaf 3.5.1).

3.5.3 Professionele afstemming



Samenwerking in de basiszorg en driesprekken

JGZ, buurtteams en huisartsen beschouwen zichzelf als de poorten van de basiszorg. In Terwijde is het daarom gebruikelijk dat deze partijen periodiek bij elkaar zitten. Een dergelijke samenwerking is echter niet overal aanwezig in Utrecht. Huisartsen geven aan niet altijd te weten dat hun cliënten begeleiding krijgen van een buurtteam. Het is nog geen automatisme om elkaar te informeren. Daarbij wordt door het buurtteam de verantwoordelijkheid voor het informeren van de huisarts en/of JGZ vaak neergelegd bij de cliënt. Het voeren van driesprekken, zoals met gezin, huisarts en buurtteam, wordt dan door de deelnemers als een waardevol alternatief gezien om niet over, maar met de cliënt het gesprek te voeren. Een driesprek is waardevol voor de introductie van een nieuwe hulpverlener, een warme overdracht, het afspreken van een gezamenlijke aanpak en rolverdeling, en een eenduidige informatie uitwisseling. Een warme

overdracht via een driegesprek is vooral van belang wanneer het gezin lage gezondheidsvaardigheden heeft. Als een gezin of een ouder van een gezin bekend is bij de POH-GGZ (Jeugd) kan de POH-GGZ (Jeugd) ook een driegesprek voeren met gezin en buurtteam.

Terugkoppeling naar huisarts

Huisartsen vinden het belangrijk om te kunnen beschikken over alle relevante informatie over zorg en hulp die het gezin ontvangt. Zeker wanneer er veiligheidskwesties spelen. Dit is volgens hen niet altijd het geval. Huisartsen willen graag weten wanneer er sprake is van uithuisplaatsing en ontvangen graag de afsluitende rapportages van de specialistische jeugdhulp. Deelnemers vinden dat elke hulpverlener die een regiefunctie heeft bij een gezin, zou moeten nagaan of de huisarts geïnformeerd is over de hulpverlening die bij het gezin betrokken is. Overigens geldt dit ook voor het informeren van andere professionals: het is niet vanzelfsprekend dat iedere betrokken professional op de hoogte is van de betrokkenheid van andere professionals.

Samenwerking met JGZ en school

Uit de casussen blijkt dat JGZ, als onderdeel van de basiszorg, nog maar weinig betrokken is bij de hulp aan kinderen en jongeren met psychische klachten. In veel van de besproken casussen werd geconstateerd dat het buurtteam en de huisarts daarom meer zouden moeten samenwerken met de JGZ. De JGZ heeft een dossier over de ontwikkeling van elk kind (ook wanneer er geen problemen zijn) en hierin kan nuttige informatie staan voor de hulpverleners. Andersom is geconstateerd dat de JGZ de huisarts en het buurtteam meer kan betrekken. Bij een groepsprobleem op school is het handig wanneer buurtteam en JGZ hierin samenwerken. Wanneer er bijvoorbeeld vanuit verschillende ouders signalen binnenkomen dat er problemen zijn in de klas, zouden buurtteam en JGZ hier gezamenlijk in op kunnen trekken en dit bij school kunnen aankaarten.

De deelnemers vinden een driegesprek met buurtteam, jeugdarts en huisarts handig wanneer er vragen zijn omtrent de groei- en ontwikkeling van een kind. Een driegesprek met school, buurtteam en JGZ vinden zij handig wanneer er problemen zijn met een leerling. Vanwege de privacy van de leerling kunnen de scholen de situatie rond een leerling anoniem bespreken met jeugdarts en/of buurtteam. Indien nodig kan vervolgens een driegesprek in aanwezigheid van de leerling en/of de ouders worden gevoerd.

De jeugdarts geeft aan dat een warme overdracht binnen het JGZ-team goed geregeld dient te zijn: als er problemen zijn in een gezin voordat de basisschoolleeftijd is bereikt, kan een warme overdracht georganiseerd worden vanuit het consultatiebureau (JGZ 0-4 jaar) naar de jeugdarts (JGZ 4-18 jaar). Soms maken ouders afspraken met jeugdarts. Dan moet de jeugdarts met de ouders bespreken met welke andere professionals, zoals de huisarts, deze afspraken gedeeld kunnen worden. Belangrijk is ook dat de jeugdarts informeert of een cliënt aankomt op de plek waar de cliënt naar verwezen is. Als er een wachttijd blijkt te zijn, kan de jeugdarts verder kijken. De verwijsindex wordt in de praktijk niet altijd gebruikt: de buurtteams gebruiken het soms en de huisartsen werken er niet mee.

Voor het VO en PO hebben JGZ en Lokalis zich verbonden aan het kernpartnermodel waarin kernpartners van het onderwijs ervoor zorgen dat passende ondersteuning tijdig wordt ingezet bij signalen vanuit het onderwijs. Deelnemers geven aan dat het wenselijk is dat buurtteams, scholen, huisartsen en de JGZ hierin samen optrekken.

Samenwerking rondom veiligheid

In vier van de zeven casussen waren er veiligheidsvraagstukken aan de orde. Wanneer er meer hulpverleners betrokken zijn, dan vinden de deelnemers een zorgoverleg altijd nodig om gezamenlijk de afweging te maken van wat er moet gebeuren en wie de regie heeft. Er is behoefte

aan informatie over het overnemen van de regie in het gedwongen kader. Bij het beëindigen van het gedwongen kader wordt een warme overdracht van belang gevonden, bijvoorbeeld bij het gezin thuis. Daarbij dienen nieuwe afspraken te worden gemaakt over waar vervolgens de regie wordt belegd.

Ketenhelderheid

De deelnemers ervaren dat verschillende hulpverleners niet goed weten wat het buurtteam allemaal kan qua ondersteuning. Ook ervaren zij dat hulpverleners in de basiszorg niet altijd goed op de hoogte zijn van wat de JGZ in huis heeft. Er wordt hierdoor te weinig gebruik gemaakt van de informatie en expertise van de jeugdarts. Volgens de deelnemers is niet bekend dat ook tussen de periodieke onderzoeken door ten alle tijden een consult bij de JGZ kan worden aangevraagd. Over de taak van Samen Veilig bestaat veel onduidelijkheid bij de deelnemers: Wat doet Samen Veilig wel en niet? Niet bij iedereen is duidelijk wat het onderscheid is tussen Veilig Thuis (vroegere AMK en crisisdienst) en het SAVE-team.

Een aantal deelnemers was onbekend met de mogelijkheden van bepaalde specialistische organisaties bij complexe echtscheidingen, zoals ouderschapsbemiddeling bij zware en/of complexe echtscheidingsproblematiek. Wanneer een casus voor het buurtteam te zwaar of complex is, kan zo'n organisatie soms nog aanvullende ondersteuning bieden.

Routekaart voor verwijzing

Elke verwijzer in de basiszorg (jeugdarts, buurtteam en huisarts) heeft zijn eigen ideeën en ervaringen en beslist op grond daarvan zelf naar wie of welke organisatie verwezen wordt voor andersoortige basiszorg of specialistische hulp. Doordat deze drie partijen alle drie kunnen verwijzen ontstaat nu soms verwarring en dubbeling. De deelnemers aan de casuïstiek-besprekingen zouden het handig vinden wanneer verwijzers in de basiszorg een soort routekaart hebben waarin staat naar wie ze bij welke problemen het beste kunnen verwijzen.

3.5.4 Randvoorwaarden

Wachttijden

De deelnemers geven aan dat de wachttijden bij de specialistische ggz belemmerend werken. Indien een jeugdige bij een zorgorganisatie niet terecht kan dan zou deze organisatie moeten regelen dat dat de jeugdige bij een andere aanbieder terecht kan. Dit is echter niet bij alle deelnemers bekend en lijkt in de praktijk lang niet altijd te gebeuren.

De deelnemers geven aan als verwijzers toegang te willen hebben tot actuele informatie over welke aanbieders zijn ingekocht en waar er wachttijden zijn. Van de gemeente wordt gevraagd een website te maken, waarop te zien is welke aanbieders door de gemeente zijn ingekocht, welke zorg zij aanbieden, of er wachttijden zijn en zo ja, hoe lang deze wachttijden zijn. Verwijzers kunnen ook nu al informatie over geschikte en beschikbare zorgaanbieders inwinnen bij het buurtteam. Het buurtteam heeft hiervan het beste overzicht, hoewel dit geen officieel lijstje is van instellingen waar (nog) budget is.

Deelnemers constateren dat, wanneer een jeugdige op de wachtlijst van specialistische hulp staat, de hulpverleners, meer dan zij nu doen, zich af moeten vragen wat eenieder (zoals gezin, school, basiszorg) in de tussentijd kan doen om bijvoorbeeld verdere escalatie te voorkomen. Hiervoor kan ook input worden gevraagd van de organisatie op wiens wachtlijst de jeugdige staat.

Behoeft aan onafhankelijk expert ggz

De deelnemers geven aan dat zij soms over onvoldoende expertise beschikken om een goede beoordeling te kunnen maken over welke zorg het beste ingeschakeld kan worden. Het is voor

hen bijvoorbeeld soms moeilijk in te schatten wanneer generalistische of specialistische ggz nodig is. Het is niet bij alle deelnemers bekend dat instellingen budget hebben voor consultatie vanuit de vierkant bekostiging. Als nadeel hiervan wordt gezien dat deze consultatie dan niet onafhankelijk is van de aanbiedende instelling. Deelnemers geven daarom aan behoefte te hebben aan een onafhankelijke specialist die ze kunnen laten meekijken en bij wie ze advies kunnen krijgen over waar een cliënt het beste terecht kan.

Toepassing wet- en regelgeving

Soms ontbreekt het de deelnemers aan relevante deskundigheid ten aanzien van het overzicht van de wetgeving en ook de grenzen daarvan. Deelnemers geven aan vooral kennis nodig te hebben over wanneer zorgverzekeringswet, Wmo, en Jeugdwet gelden.

Bij de regeling kinderopvang met medische indicatie lopen de deelnemers soms tegen de grenzen van de voorziening aan. Zo is er een casus van een moeder die van tafel en bed gescheiden is van haar man na huiselijk geweld. Zij heeft blijkbaar geen aanspraak op deze regeling omdat zij niet officieel gescheiden is en er een vermogen is waar de moeder overigens zelf niet aan kan komen.

Juridisch kader jeugdbescherming

De deelnemers hebben behoefte aan meer kennis over het juridische kader waarbinnen verschillende professionals opereren. Voorbeelden van vragen waarmee zij worstelen:

- Hoe zoek je uit wie het ouderlijk gezag heeft?
- Mag informatie die verstrekt is door de huisarts, vervolgens samengevoegd en verspreid worden met andere informatie? Als voorbeeld diende een casus van een complexe echtscheiding waarbij informatie over vader en moeder door de huisarts gescheiden werd aangeleverd maar door een andere organisatie werd samengevoegd zodat de ouders kennis konden nemen van elkaars standpunten (dit was ongewenst).
- Moet de huisarts (of een andere professional) informatie geven aan een voogd? Sommige instanties hebben het recht om bepaalde informatie op te vragen en de hulpverlener is verplicht om deze informatie te verstrekken. Geldt dat ook voor medische informatie?
- Welke instantie kan bij twijfel over het juridische kader benaderd worden voor informatie?
- Hoe zit het met de onbeveiligde informatie uitwisseling?

De deelnemers bepleiten dat de informatie over het juridische kader stedelijk goed wordt uitgezocht en vervolgens breed en toegankelijk wordt verspreid.

Inzet van kindbemiddelaar of kindbeheartiger

Een deelnemer bracht de functie kindbemiddelaar of kindbeheartiger in. De overige deelnemers hadden hier nog niet eerder van gehoord. Een kindbeheartiger kan worden ingezet bij een complexe echtscheiding. In principe nemen de ouders een kindbeheartiger in dienst, en betalen zelf de factuur. Sommige gemeenten hebben de kindbeheartiger opgenomen in de lijst van aanvullende zorg en betalen de diensten voor de ouders. Een aantal deelnemers zou graag zien dat de gemeente Utrecht de diensten van de kindbeheartiger ook opneemt in de lijst aanvullende zorg.

3.6 Bevindingen van Ondiep

3.6.1 Klant centraal



Gezin betrekken bij afstemmingsoverleg

Voor de deelnemers spreekt het vanzelf dat het gezin betrokken dient te worden bij de afstemming tussen professionals als het gaat over de zorg voor het gezin (zie ook Professionele afstemming). Vaak gebeurt dit, maar niet altijd. Het komt ook voor dat professionals zonder het gezin willen overleggen, met instemming van het gezin. Het is lastig als het gezin hiervoor geen toestemming geeft, zoals in een van de casussen gebeurde.

Regie bij gezin kan problematisch zijn

In een aantal casussen lag de regie expliciet bij het gezin. Soms omdat het gezin deze regierol zelf nam, soms omdat de professionals van het buurtteam het gezin deze rol toedichtten. Deelnemers ervaren echter dat gezinnen de regierol niet altijd aan kunnen, in ieder geval niet zonder ondersteuning vanuit de basiszorg. De veerkracht is daar soms onvoldoende voor. Dan blijven cliënten hun zaken niet zelf te kunnen regelen en was intensieve begeleiding volgens de deelnemers wenselijk geweest. Bovendien wordt de behoefte van het kind (die het zelf niet kan benoemen) volgens de deelnemers niet altijd omgezet in de vraag van ouders. Vanuit de eigen-regie-gedachte vinden de deelnemers het lastig hiermee om te gaan. Het is volgens hen zaak oog te hebben voor onderliggende problematiek, ook als ouders dat zelf niet hebben. In de visie op basiszorg is medezeggenschap van kinderen en ouders een belangrijk element. De vraag van de deelnemers is wat deze medezeggenschap kinderen en ouders exact omvat: is het de regie zoveel mogelijk bij gezinnen, of het geven van zeggenschap in de vorm, de organisatie en de inhoud van de hulp? Binnen de basiszorg denken de deelnemers hier verschillend over. Waar ze het wel over eens zijn is dat de regie niet bij de ouders dient te liggen als de veiligheid van de kinderen in het gedrang is.

Beter letten op aansluiting specialistische hulp bij het gezin

De deelnemers ervaren dat de hulp vanuit de specialistische ggz niet altijd aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten. Professionals in de basiszorg zouden daar volgens hen in de doorverwijzing meer en beter op moeten letten.

3.6.2 Passende zorg



Niet altijd passende zorg

In een aantal casussen beoordeelden de deelnemers de zorg als niet passend. In deze gevallen vonden zij de zorg niet tijdig of vonden zij dat er aanvankelijk sprake was van zorg die te licht was gezien de problematiek. De oorzaken liggen in het niet tijdig er- of herkennen van problemen (soms door ouders). Het ontbreekt volgens de deelnemers soms aan adequate vroegsignalering. Daarin zou de JGZ een belangrijkere rol kunnen spelen, waarbij extra alertheid wordt gevraagd als er sprake is van kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) of kinderen van verslaafde ouders (KVO). Ook het niet kunnen raadplegen van een onafhankelijke ggz-expert (zie paragraaf 3.6.4) wordt als verklaring gezien. Zeker als dit in een vroegtijdig stadium was gebeurd, had dat volgens de deelnemers in een aantal casussen eerder tot passende zorg geleid. Het onvoldoende in beeld brengen van de hulpverleningsgeschiedenis in het gezin was volgens de deelnemers een andere factor van belang. Dit beeld kan inzichten opleveren die bijdragen aan de inzet van passende zorg.

Gezamenlijke reflectie

Voor de deelnemers is het niet altijd eenvoudig in te schatten of de geleverde zorg passend is. Daarbij blijken er tussen deelnemers verschillen in visie te bestaan over wanneer hulp gegeven zou moeten worden. In de meeste casussen is door de betrokken hulpverleners niet expliciet gezamenlijk stil gestaan bij die vraag. Deelnemers geven aan dat juist het spiegelen daarover met andere betrokken partijen, of eventueel partijen van buiten, kan helpen. Ook over de vraag of zich zaken aandienen waarop preventief kan worden ingezet. Of over de vraag of het nodig is om een cliëntperspectief te verbreden naar een systemisch perspectief.

Veiligheid als ondergrens

Een belangrijk element van de visie op basiszorg in Utrecht is dat de regie zoveel mogelijk bij ouders ligt tenzij veiligheid in geding is. In de praktijk wordt dit uitgangspunt echter niet als voldoende duidelijk ervaren. Deelnemers hanteren verschillende definities van veiligheid. Wanneer er nog geen sprake is van directe onveiligheid, maar er wel allerlei risicofactoren zijn, zijn de kinderen dan veilig? Soms signaleren deelnemers grote problemen in een gezin, terwijl er nog geen direct gevaar voor de kinderen is. Wanneer de ouders dan niet mee willen werken en geen hulpvraag hebben, zijn de hulpverleners onthand.

Preventief aanbod

Deelnemers ervaren op dit moment een gemis aan preventief hulpaanbod voor de kinderen die (nog) geen ernstige klachten hebben, maar waarbij er wel veel problemen in het gezin spelen. Te denken valt aan een cursus voor kinderen van gescheiden ouders. Ook wanneer er bijvoorbeeld een sociale vaardigheidstraining nodig is voor een kind dat geen diagnose heeft, lijkt er geen preventief hulpaanbod te zijn, tenzij de ouders zelf betalen. Deelnemers willen preventief hulpaanbod inzetten om grotere problemen te voorkomen en recht te doen aan het principe uit de visie 'zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig'.

Ouders met ggz(-verleden)

Bij ouders met ggz-problemen of een ggz-verleden vinden deelnemers het zaak snel te overwegen of een systemische aanpak nodig is. Een onafhankelijke expert ggz (zie Professionele afstemming) kan volgens hen helpen in deze afweging. Ook dient afgewogen te worden in hoeverre de hulpverleningsgeschiedenis in ogenschouw wordt genomen. Tot slot vragen de deelnemers zich af hoe dwingend of dringend je in dit soort gevallen richting ouders kunt zijn.

3.6.3 Professionele afstemming

Gezamenlijk overleg

In bijna alle casussen constateren de deelnemers dat er te weinig gezamenlijk overleg is tussen de verschillende hulpverleners: binnen de basiszorg zelf, maar ook met andere betrokken hulpverleners en actoren. Dat gebrek aan overleg heeft betrekking op een aantal zaken:

- afstemming over wie wat doet respectievelijk welke rol ieder neemt, ook indien er andere partijen dan de basiszorg betrokken zijn: zoals specialistische hulp, Samen Veilig, maar ook informele ondersteuning. Dat betekent eigenlijk dat het leidende principe 'één gezin, één plan' hier niet wordt gevolgd. Daarnaast leidde dit tot onvoldoende gezamenlijke reflectie op wat in de betreffende casus passende zorg is (zie Passende zorg);
- het onvoldoende delen van informatie. Hierdoor zijn in een aantal casussen beslissingen genomen over de benodigde hulp op basis van incomplete informatie. Dit leidde ertoe dat te lang te lichte hulp is verleend. Als eerder zwaardere hulp was ingezet, had dat volgens de deelnemers eerder tot resultaat kunnen leiden (zie ook Passende zorg);

- terugkoppeling vanuit andere hulpverleners naar huisartsen, jeugdartsen en buurtteams. Dit bleek in een aantal casussen niet vanzelfsprekend plaats te vinden. Huisartsen blijken niet standaard geïnformeerd te worden over het afsluiten van een dossier. Voor dossieropbouw is het voor de huisarts belangrijk om op de hoogte te zijn van de psychische hulpverlening die een gezin gekregen heeft;
- verwijzingen naar aanvullende zorg. Dit leidde soms tot dubbele verwijzingen doordat zowel de huisarts, de jeugdarts als het buurtteam naar aanvullende zorg kunnen verwijzen;
- onderwijs en jeugdgezondheidszorg. Een aantal casussen maakt duidelijk dat het goed aanhaken van het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg bij de basiszorg aandacht behoeft. Huisarts, POH-GGZ (Jeugd) en buurtteam geven aan vaak niet te weten met wie ze contact moeten opnemen wanneer ze vragen hebben over hoe het met een kind op school gaat, doordat de interne begeleiders en jeugdartsen voor hen onbekend zijn. Zij geven aan behoefte te hebben aan een actuele lijst met contactpersonen per school.

De deelnemers opperden verschillende manieren waarmee de afstemming beter vorm zou kunnen krijgen:

- door middel van structureel overleg tussen huisartsenvoorziening en buurtteammedewerker en eventueel JGZ. De huisarts en/of de POH-GGZ (Jeugd) en buurtteammedewerker zouden regelmatig samen hun gezamenlijke casussen willen doornemen;
- door een multidisciplinair casusoverleg op afroep met de betrokken hulpverleners. Tijdig overleg op casusniveau met de betrokken hulpverleners en het gezin erbij, zorgt ervoor dat alle betrokkenen goed op de hoogte zijn en er een gezamenlijke aanpak kan worden gestart waarbij de regie goed belegd is;
- de inzet van technologische toepassingen waarmee de verschillende hulpverleners veilig met elkaar kunnen communiceren. Deelnemers verwachten dat een toepassing (app) waarin zij veilig met elkaar kunnen communiceren over een casus van grote toegevoegde waarde zal zijn. Iedere betrokken hulpverlener kan invoeren wat er is gedaan en gebeurd, waardoor allen goed op de hoogte zijn.

Afspraken over regie

Mede door het gebrek aan gezamenlijk overleg, ervaren deelnemers dat afspraken over regie meestal niet voldoende duidelijk worden gemaakt. Dat leidt ertoe dat niemand zich verantwoordelijk voelt voor het toezicht op het nakomen van gemaakte afspraken. Daardoor blijven bepaalde zaken soms liggen. Vroegtijdige afstemming is nodig over ieders rol en wie de regie heeft, en ook over wat die regierol omvat. Dus niet alleen één gezin en één plan, maar ook één regisseur die toeziet op het nakomen van gemaakte afspraken en ook verantwoordelijk is voor de informatiedeling. Het uitgangspunt is dat klanten zelf deze regie voeren als zij dat kunnen (zie ook Klant centraal). Welke persoon de regie voert kan per periode verschillend zijn, als het maar voor alle betrokkenen helder is wie dat doet. De vraag die in de besprekingen wel naar voren is gekomen, is wanneer je regie gaat beleggen. Is dat ook nodig als er twee hulpverlenende partijen betrokken zijn? Het punt is vooral dat er wordt stil gestaan bij nut en noodzaak van regie, en dat er vervolgens heldere afspraken over worden gemaakt en nagekomen.

Afspraken over verwijzing

Elke verwijzer in de basiszorg (huisarts, jeugdarts of buurtteam) beoordeelt zelf, op grond van eigen perspectief, kennis en ervaring, de nut en noodzaak voor verwijzingen naar de specialistische ggz en neemt beslissingen over welke aanbieder het beste bij de hulpvraag en de klant past. Dit leidt soms tot dubbele lijnen in de verwijzing, zoals in een casus waarin een kind

door huisarts én buurtteam is doorverwezen omdat de ouder beiden inschakelde. Deelnemers aan de casuïstiekbesprekingen hebben daarom behoefte aan duidelijkheid over de afspraken over verwijzing. Zij vinden dat bij enkelvoudige problematiek de huisarts beter zelf kan doorverwijzen, dus zonder het buurtteam in te schakelen.

Ketenhelderheid, vooral JGZ en Samen Veilig

In het algemeen is er veel onduidelijkheid over de rollen die diverse hulpverleners en actoren kunnen of moeten spelen. In veel casussen speelde dit voor de JGZ (zie hierna), maar ook voor Samen Veilig. Scholen blijken hun rol verschillend op te pakken.

- Er is sprake van onbekendheid met de werkwijze en expertise van de JGZ. De JGZ maakt deel uit van de basiszorg. Toch is het voor verschillende betrokkenen, waaronder hulpverleners uit de basiszorg (huisartsen en POH's-GGZ (Jeugd)), onduidelijk wat de rol en positie is van de JGZ en waarvoor zij de JGZ kunnen opzoeken. De JGZ geeft aan een belangrijke rol te kunnen en willen spelen, onder meer door de kennis die zij heeft over alle leerlingen en hun ontwikkeling. De JGZ kan als eerste aanspreekpunt voor scholen fungeren als zij problemen signaleren die de expertise van de school te buiten gaat. De JGZ kan zo een belangrijke schakel zijn in (het versterken van) de relatie tussen de onderwijs- en zorgkolom.
- Het is voor deelnemers, anders dan JGZ, onduidelijk wat de JGZ doet met signalen die voortkomen uit de periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO's). Wanneer en in hoeverre worden signalen over risico's of problemen in de ontwikkeling of het gedrag gemeld bij andere partijen in de basiszorg? En hoe kan dat worden georganiseerd? De mogelijkheid is geopperd om de JGZ aan te laten sluiten bij de reguliere overleggen tussen huisartsen en buurtteams die in de wijk plaats vinden.
- Deelnemers ervaren onvoldoende kennis over en samenwerking met Samen Veilig. In de relatie met Samen Veilig en de basiszorg is volgens de deelnemers nog veel ruimte voor verbetering. Zij hebben behoefte aan meer informatie, en vinden de routes onduidelijk. Wat zijn de afspraken over het delen van informatie? Wie informeert wie? Deelnemers willen weten wat er precies gebeurt bij een zorgmelding en hoe dit in zijn werk gaat.

3.6.4 Randvoorwaarden

Tijd voor overleg

Deelnemers geven aan dat de financiering voor (multidisciplinair) overleg met de huisarts erbij (wanneer dit meer dan 20 minuten duurt) niet geregeld is. Daarnaast vraagt een multidisciplinair overleg veel tijd van de betrokken hulpverleners en is dit de praktijk moeilijk op korte termijn te organiseren.

Onafhankelijke expert ggz

In een aantal casussen kwam naar voren dat professionals in de basiszorg onvoldoende expertise hebben om een goede beoordeling te kunnen maken over waarnaar te verwijzen. Het zou veel toevoegen wanneer zij een beroep zouden kunnen doen op een onafhankelijke expert ggz, die gedegen kennis heeft over welke specialistische zorg door welke organisatie wordt geleverd. Deelnemers geven daarbij aan dat in een aantal casussen vroegtijdige consultatie van zo'n expert eerder tot passende zorg had kunnen leiden.

Wachttijden

In een aantal casussen was er sprake van een wachttijd voor de intake bij de specialistische ggz, die soms opliep tot acht weken. De wachttijden zijn dan soms bepalend voor de keuze voor een specialistische ggz-instelling. Professionals geven aan dat eigenlijk de inhoud bepalend voor deze

keuze zou moeten zijn. Bovendien blijken niet alle deelnemers en aanbieders op de hoogte van de afspraken die in deze situaties gelden, zoals de verantwoordelijkheid die aanbieders hebben om bij een wachttijd alternatieven aan te reiken en gebruik te maken van de commissie passend alternatief. In de praktijk gaan de verwijzers daarom soms zelf op zoek naar passende alternatieven.

Aandacht voor de overgang 18+

In een van de casussen bleek dat de overgang 18-/18+ een rol speelde. De conclusie in de bespreking was dat het belangrijk is om in deze fase alert te zijn in de periode ruim voordat een kind 18 jaar wordt op mogelijk problemen na het bereiken van die leeftijd. Dit omdat er regelmatig problemen ontstaan nadat een jongere 18 jaar is geworden en ineens zelf zijn inkomen en zorgverzekering moet regelen. Ouders en (kwetsbare) jongeren zouden hier beter op voorbereid kunnen worden door het verstrekken van informatie op een passende wijze (educatie, folder, klaarstoomcursus 18+). Waar nodig dient er verbinding gelegd te worden tussen de basiszorg en de klantmanagers van Werk & Inkomen.

ADHD medicatie monitoren

ADHD medicatie blijkt soms onvoldoende gemonitord te worden door de huisarts. Doordat kinderen groeien en zwaarder worden is de medicatie niet goed meer afgestemd, werkt de medicatie onvoldoende en stoppen jongeren met het gebruik hiervan. Hierdoor kunnen de problemen rond de ADHD weer opspelen. Als huisartsen de ADHD richtlijn volgen is het regelmatig monitoren van de medicatie geborgd.

3.7 Bevindingen per hoofdthema in vogelvlucht

Tijdens de nabespreking van de casuïstiekbespreking in één van de wijken merkte de POH-GGZ op:

“We moeten elkaar weten te vinden en weten met wie je van doen hebt. Ja, dat blijft elke keer terugkomen. Dat is voor mij echt de kern. En dat had ik eigenlijk ook van te voren verwacht dat dat er uit zou komen en dat is ook...”

...Dit is dus nodig om dat te bereiken en dat is best wel een investering... ...maar dat is nodig...”

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de vaste deelnemers eensluidend van mening zijn dat de casuïstiekbesprekingen in het kader van de Proeftuin hebben bijgedragen aan een betere samenwerking in de eigen wijk doordat ze elkaar beter hebben leren kennen en elkaar beter weten te vinden. Terwijl op stedelijk niveau er samenwerkingsafspraken zijn (gemaakt) tussen het medische en sociale domein, blijken niet alle afspraken bekend en worden ze nog niet altijd in praktijk gebracht. De casuïstiekbesprekingen in de Proeftuin dragen hier verder aan bij doordat de partijen in de wijk elkaar echt leren kennen en doordat deze besprekingen inzicht geven in hoe deze afspraken verder aangescherpt en aangevuld kunnen worden. Tevens maken de casuïstiekbesprekingen duidelijk dat het in praktijk brengen van samenwerkingsafspraken een continue inzet en reflectie vraagt van alle betrokken partijen.

De rode draad van de bevindingen van de drie wijken en buurten in de Proeftuin blijkt aardig overeen te komen. Hieronder worden ze per hoofdthema nog een kort aangestipt. Iedere hoofdthema wordt hierbij vooraf gegaan door een tabel met de aandachtspunten per wijk of buurt.

3.7.1 Klant centraal



Belangrijkste aandachtspunten in de Proeftuin als het gaat om het centraal stellen van de klant is het praten mét de klant in plaats van over de klant en het maken van duidelijke afspraken over de regie samen met de klant. Dit past bij het principe: één gezin, één plan, één regisseur.

Tabel 6. Aandachtspunten voor Klant centraal per wijk/buurt.

Binnenstad	Leidsche Rijn	Ondiep
Kind bij gesprek	Communicatie bij veranderingen	Gezin betrekken bij afstemmingsoverleg
	Rol van ouders bij vroegsignalering	Regie bij gezin kan problematisch zijn
	Afspraken maken met het gezin	Beter letten op aansluiting specialistische hulp bij het gezin

De deelnemers aan de casuïstiekbesprekingen vinden het vanzelfsprekend dat het gezin, inclusief oudere kinderen, deelneemt aan afstemmingsoverleggen tussen de professionals, bijvoorbeeld in driesprekken. Vaak gebeurt dit, maar niet altijd. Bij wisseling van hulpverleners dient voorkomen te worden dat het gezin het verhaal opnieuw moeten vertellen. Bovendien mag een wisseling niet leiden tot een breuk in de uitgezette route qua zorgverlening.

Wanneer meerdere hulpverleners bij een gezin betrokken zijn worden ouders bij voorkeur betrokken bij het bepalen van wie de regie heeft. Afspraken dienen door alle betrokken hulpverleners altijd in overleg met het gezin te worden gemaakt. Een aantal ouders neemt im- of expliciet de regie op de geboden ondersteuning. En hoewel dit aansluit op de gezamenlijke visie op basiszorg, geeft dit in sommige gevallen ook aanleiding tot zorgen van professionals. Dit doet zich bijvoorbeeld voor wanneer het organiserend vermogen van de ouders ontoereikend is, of de behoefte van een kind niet door ouders wordt (h)erkend als hulpvraag. Er wordt door hulpverleners ook verschillend gedacht over wat de medezeggenschap van ouders exact omvat. Ze zijn het er wel over eens dat als de veiligheid van de kinderen in het gedrang is de regie niet bij de ouders dient te liggen.

3.7.2 Passende zorg



In de meeste casussen was de zorg niet tijdig of was er aanvankelijk sprake van zorg die te licht was gezien de problematiek. De oorzaken liggen in het niet tijdig er- of herkennen van problemen, door ouders en/of hulpverleners. Dit komt bijvoorbeeld ook doordat informatie over hulpverleningsgeschiedenis niet of onvoldoende in beeld is. Soms ontbreekt het aan adequate vroegsignalering en soms duurt het te lang voordat een kind bij de juiste zorginstelling terecht komt.

Tabel 7. Aandachtspunten voor Passende zorg per wijk/buurt.

Binnenstad	Leidsche Rijn	Ondiep
Preventie als passende zorg voor KOPP en KVO kinderen	Afspreken wie monitort en wanneer extra ondersteuning wordt ingezet	Niet altijd passende zorg
School benutten als informatiebron voor signalering		Gezamenlijke reflectie
		Veiligheid als ondergrens
		Preventief aanbod
		Ouders met ggz(-verleden)

Een terugkerend onderwerp in de Proeftuin is de passende zorg voor kinderen en jongeren met een hoog risico op psychische problemen, vooral bij ouders met psychiatrische problemen (KOPP), ouders met verslavingsproblemen (KVO), en/of bij ingrijpende gebeurtenissen. Vragen waarmee hulpverleners worstelen zijn onder meer: Wat kan er door wie preventief worden ingezet? Hoe ga ik ermee om als de nut/noodzaak voor preventief handelen niet door ouders wordt gezien? Hoe voorkom ik stigmatisering, problematisering en medicalisering? Hoe kunnen signalen voor (de ontwikkeling van) psychische problemen worden gemonitord?

Het wordt heel belangrijk gevonden om juist jonge kinderen waar (nog) geen problemen bij zijn, door te verwijzen naar het (preventieve) hulpaanbod voor KOPP/KVO. Juist KOPP en KVO-kinderen vertonen vaak aangepast gedrag, waardoor signalering of een hulpvraag achterwege blijft.

Het informele netwerk van jeugdigen met een verhoogd risico kan volgens de deelnemers 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. Huisartsen en de JGZ zouden dit kunnen faciliteren en ondersteunen.

3.7.3 Professionele afstemming

Samenwerking binnen de basiszorg biedt volgens de deelnemers duidelijke meerwaarde doordat de betrokken hulpverleners elkaar goed kunnen aanvullen en benutten. Deze samenwerking kan worden verbeterd door elkaar te (blijven) leren kennen en tijdig heldere afspraken te maken over regie, rolverdeling en informatievoorziening. Het is van belang om de basiszorg met elkaar te verdelen en dat op een natuurlijke manier te doen in afstemming met de ouders. Het is belangrijk om uit te stralen: wij zijn de basiszorg. Globaal op wijkniveau, maar ook op het individuele casusniveau zodra meer hulpverleners zijn betrokken. Waarbij de huisarts altijd een betrokken partij is.

Tabel 8. Aandachtspunten voor Professionele afstemming per wijk/buurt.

Binnenstad	Leidsche Rijn	Ondiep
Informeren huisarts	Samenwerking in de basiszorg en driegesprekken	Gezamenlijk overleg
Warme overdracht en driegesprekken	Terugkoppeling naar huisarts	Afspraken over regie
Samenwerken als team basiszorg	Samenwerking met JGZ en school	Afspraken over verwijzing
Breed reflecteren en evalueren	Samenwerking rondom veiligheid	Ketenhelderheid, vooral JGZ en Samen Veilig
Samenwerking basiszorg rondom veiligheid	Ketenhelderheid	
Samenwerking rond de school	Routekaart voor verwijzing	
Kernpartneroverleg en verwijsindex		
Samenwerking rondom digitale vragenlijst JGZ		
Rol- en taakverdeling bij complexe echtscheiding		
Samenwerken bij suicidaliteit		
Samenwerken in de buurt		

In de Proeftuin is de samenwerking met de JGZ, in en met het onderwijs, en rondom veiligheid een terugkerend aandachtspunt in alle casuïstiekbesprekingen. Het ontbreken van ketenhelderheid, in de zin van kennis over wie wat kan betekenen voor een gezin, is hier mede debet aan. De JGZ blijft nog te vaak uit beeld, waardoor de kennis en informatie die de JGZ heeft en de meer preventieve rol die de JGZ kan spelen in de schoolsetting onbenut blijft. De mate van samenwerking met de scholen wisselt, en is mede afhankelijk van de visie die de school heeft op de (preventieve) zorg voor de leerlingen en de wijze waarop scholen hun rol oppakken. Het onlangs geïntroduceerde kernpartneroverleg wordt de meeste deelnemers als een positieve ontwikkeling gezien om verbetering in de afstemming aan te brengen. De huisarts ontbreekt hierin echter nog.

De samenwerking rondom veiligheid heeft vooral verbetering als het gaat om informatie en afstemming. Niet alleen bij de start van een gedwongen kader, maar ook en vooral wanneer het gedwongen kader wordt beëindigd. Een warme overdracht naar buurtteam en/of huisarts in het bijzijn van het gezin met heldere afspraken over regie, taak- en rolverdeling zou daarbij, volgens deelnemers, standaard werkwijze dienen te zijn.

3.7.4 Randvoorwaarden

Aandachtspunten die in de Proeftuin herhaaldelijk naar voren kwamen hadden betrekking op de omgang met wachttijden en op ontbrekende expertise bij de hulpverleners over de beste handelingsopties in relatie tot verwijzing en jeugdbescherming.

Tabel 9. Aandachtspunten voor Randvoorwaarden per wijk/buurt.

Binnenstad	Leidsche Rijn	Ondiep
Onduidelijkheid over Utrechtse kinderen die naar school gaan buiten Utrecht	Wachttijden	Tijd voor overleg
Deskundigheid rondom suicidaliteit	Behoeftte aan onafhankelijk expert ggz	Onafhankelijk expert ggz
Deskundigheid over Samen Veilig	Toepassing wet- en regelgeving	Wachttijden
Toegang specialistische ggz	Juridisch kader jeugdbescherming	Aandacht voor de overgang 18+
Mogelijkheden voor zorg op school	Inzet van kindbemiddelaar of kindbehandler	ADHD medicatie monitoren

Wachttijden voor specialistische hulp zijn soms bepalend voor de keuze van de instelling waarnaar wordt verwezen, terwijl eigenlijk de inhoud van de zorg leidend zou moeten zijn. Informatie over de wachttijden en budgetten is bovendien niet (voor iedereen) toegankelijk.

Niet iedereen is ervan op de hoogte dat de instelling waarnaar wordt verwezen, de zorgplicht heeft voor het kind en waar nodig moet verwijzen naar een collega-instelling. Bovendien gebeurt dit in praktijk niet altijd.

Wanneer een jeugdige op wachtlijst van specialistische hulp staat, zouden de hulpverleners, meer dan zij nu doen, zich af kunnen vragen wat eenieder (zoals gezin, school, basiszorg) in de tussentijd kan doen om bijvoorbeeld verdere escalatie te voorkomen. Hiervoor kunnen zij de organisatie op wiens wachtlijst de jeugdige staat ook consulteren.

Deelnemers in de Proeftuin gaven aan dat zij soms over onvoldoende expertise beschikken om een goede beoordeling te kunnen maken over welke specialistische ggz zorg het beste ingeschakeld kan worden. Een onafhankelijke expert ggz, met gedegen kennis over welke zorg door welke organisatie wordt geleverd, zien zij als een waardevolle oplossing hiervoor. Daarnaast

geeft een aantal deelnemers aan onvoldoende (toegang tot) kennis te hebben over (preventieve) jeugdbescherming. Het gaat hierbij zowel over de rollen, taken en werkwijzen van de organisaties die hierin werkzaam zijn, als over de van toepassing zijnde juridische kaders. Vragen gaan bijvoorbeeld over de werkwijze van Samen veilig, hulpverlening in het vrijwillige en onvrijwillige kader, het ouderlijk gezag en de rechten van voogden, en (on)mogelijkheden voor informatieoverdracht.



4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Algemeen

In dit hoofdstuk 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 nuanceringen 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 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 personeelsswisseling 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. Buurtteams 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 cliëntperspectief 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.

Creëer 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.

Invzet 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 en ook door partijen in het voorveld. 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 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 suicidaliteit 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 over hulpverlening in het gedwongen kader.

Voorbereiding 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.

Dankwoord

De auteurs en de projectgroep danken allereerst de gezinnen hartelijk die in alle openheid hebben meegewerkt aan de Proeftuin. Het perspectief van de klant zelf kan immers niet beter dan door de klant zelf worden ingebracht. Verder zijn wij heel veel dank verschuldigd aan alle medewerkers van de buurtteams, huisartspraktijken en JGZ in de drie buurten/wijken die met enthousiasme hebben bijgedragen aan de (voorbereiding van de) casuïstiekbesprekingen en zich daarbij open, constructief en leergierig hebben opgesteld. Ook aan de gast-deelnemers afkomstig uit andere organisaties zijn wij om dezelfde reden veel dank verschuldigd.



Bijlagen

Bijlage 1

Informatiebrief professionals

Voorbeeld Leidsche Rijn

Informatie casuïstiekbesprekingen voor professionals van de proeftuinen basiszorg jeugd ggz – Leidsche Rijn

Inleiding

In deze brief willen we u informeren over de voorbereidende werkzaamheden ten behoeve van de casuïstiekbespreking in het kader van de proeftuinen basiszorg jeugd ggz. U treft in het navolgende informatie aan over de selectie van de casussen, de informatie die u opneemt in de casusbeschrijving, het werven van gezinnen en de interviews die gehouden worden.

Aanleveren casussen (z.s.m. uiterlijk 4 weken voor casusbespreking)

NB voor de eerste casusbespreking in Leidsche Rijn halen we deze termijn niet; graag z.s.m.

In de projectgroep is afgesproken dat de casussen aan de volgende voorwaarden moeten voldoen:

- Het gaat een casus waarin een jeugdige zich presenteert met psychische klachten.
- Het gaat om gezinnen met veelvoorkomende (psychosociale) problematiek bij het kind, waarbij multidisciplinair werken meerwaarde kan hebben, of waarbij sprake is van complexe problematiek.
- Per casuïstiekbespreking worden casussen ingebracht vanuit de huisartsenpraktijk (1 casus) en vanuit het team jeugd & gezin (1 casus). Na 1 à 2 casuïstiekbesprekingen is het mogelijk om in overleg ook vanuit de Jeugdgezondheidszorg casussen in te brengen.

Informatie die de professional die de casus inbrengt moet sturen:

- Welke hulpverlener brengt de casus in? Naam, functie en contactgegevens. Dit is nodig voor het plannen van het interview en de uitnodiging voor de casuïstiekbespreking.
- Wat is de leeftijd van het jeugdige met psychische klachten? Dit is nodig voor het bepalen van toestemmingsprocedure: kind jonger dan 12, jongere 12 tot 16 jaar, en jongvolwassene vanaf 16 jaar.
- Wat is de gezinssamenstelling? Dit is nodig voor het bepalen ouderlijke macht.
- Waarom is dit een relevante casus voor de casuïstiek bespreking? Geef daarbij aan rond welke kernthema's er besprekpunten kunnen zijn:

De kernthema's:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Samenwerking rondom kind | 7. Dicht bij het kind |
| 2. Randvoorwaarden basiszorg | 8. Communicatie ouders |
| 3. Kind en ouder centraal | 9. Afstemming basiszorg |
| 4. Ketenhelderheid | 10. Breed reflecteren en evalueren |
| 5. Deskundigheid | 11. Regie bij kind en ouder |
| 6. Passende zorg | 12. Toegankelijkheid en continuïteit |

- Is er een externe hulpverlener bij deze casus betrokken die je zou willen uitnodigen voor de bespreking? Zo ja: graag naam, organisatie, functie en contactgegevens verstrekken.

Uitnodigen gezin

Een medewerker van het Verwey-Jonker instituut (VJ) of Trimbos-instituut (Ti) wil als het mogelijk is een telefonisch interview afnemen bij een lid van het gezin dat u voor de casusbespreking inbrengt. Hiervoor is het van belang dat u als bekende hulpverlener het gezin informeert over de bespreking en vraagt of het gezin mee wil doen aan het interview. De onderzoekers leveren aan de deelnemende huisartsenpraktijken en de teams jeugd & gezin pakketten met een informatiebrief voor ouders en jeugdigen, een toestemmingsverklaring en een antwoordenveloppe voor drie

verschillende situaties, afhankelijk van de leeftijd van de jeugdige met psychische klachten waar de casus om draait: jonger dan 12 jaar, 12 tot 16 jaar, en 16 jaar of ouder.

Aandachtspunten voor het informeren van het gezin:

- Op zijn laatst drie weken voor de casusbespreking informeert de hulpverlener het betrokken gezin en vraagt om medewerking. Benadruk het vrijwillige karakter.
NB: voor de eerste casusbespreking in Leidsche Rijn korten we de termijn in tot 2 weken
- Neem samen met het gezin de uitnodigingsbrief door.
- Tijdens het interview worden onder andere vragen gesteld over de ervaringen die het gezin heeft met: de tijdigheid van de hulp, de toegankelijkheid van de hulpverlening, de eigen inbreng van het gezin en het resultaat van de hulp.
- Check bij gezin of het doel van de interviews duidelijk is.
- Benadruk dat dit interview geen gevolg heeft voor de hulp voor het gezin zelf, maar dat de hulpverleners er vooral van willen leren.
- Vraag of het gezin (ouder en/of de jongere) wil deelnemen. Besteed aandacht aan de ouderlijke macht/voogdsituatie: hebben ouders de ouderlijke macht (bv. van belang bij pleegzorg)? Zo niet, dan moet de voogd officieel (ook) toestemming geven.
- Zo ja vraag of ze het toestemmingsformulier ter plekke willen invullen. Het verlenen van toestemming gaat volgens de volgende regels:
 - Voor kinderen onder 12 jaar: ouder geeft toestemming;
 - Voor jongeren van 12 tot 16 jaar: ouder én kind geven toestemming. Indien het interview alleen met de ouder wordt gevoerd, dan is de toestemming van de jongere niet nodig;
 - Voor jongvolwassenen vanaf 16 jaar: geven zelf toestemming.
- Jongvolwassenen van 16 jaar of ouder kunnen alleen geïnterviewd worden. De ouder/verzorger mag erbij zijn, indien de ouder/verzorger hiervoor ook toestemming heeft gegeven.
- Jeugdigen vanaf twaalf kunnen desgewenst samen met een ouder het gesprek doen (via de speaker) en bij jongere kinderen spreken we alleen de ouder.
- Stuur het formulier naar het Trimbos-instituut:

Trimbos-instituut

NB: geadresseerde antwoordenvoloppen worden nog nagestuurd.

- Vermeld dat het gezin zich later nog mag terugtrekken.
- Als ze langer tijd nodig hebben om er over na te denken: Geef de bij de situatie passende informatiebrief, het passende toestemmingsformulier en een retourenveloppe mee.
- Vraag het gezin zo snel mogelijk het formulier in te vullen en op te sturen, als ze besluiten deel te nemen. De onderzoeksmedewerker maakt een belafsprake met het gezin zodra de toestemming binnen is.
- Informeer [redacted] onderzoeker bij het Trimbos-instituut [redacted] dat de vraag is uitgezet. Wij bewaken ontvangst en seinen hulpverlener na een week in of toestemming binnen is, zodat hij/zij eventueel nog een herinnering kan uitzetten.

Uitnodigen andere hulpverlener(s)

Wanneer andere hulpverleners (aanvullende/specialistische zorg) ook betrokken zijn bij dit gezin (de casus) kan maximaal één hulpverlener ook uitgenodigd worden voor de casusbespreking. Aan u de vraag om deze betrokken hulpverlener alvast te informeren en uit te nodigen voor de casuïstiekbespreking. Geef zijn of haar naam, e-mailadres en functie aan ons door bij het doorgeven van de casus. Wij bevestigen vervolgens de uitnodiging aan deze hulpverlener per e-mail en sturen

de hem/haar de flyer toe met de achtergrondinformatie over de Proeftuin en de casuïstiekbespreking.

[Interview hulpverlener](#)

De onderzoeksmedewerker neemt contact met de bij de casus betrokken hulpverlener op voor een belafsprake voor het interview. Het is handig om tijdens het interview het dossier van het gezin bij de hand te hebben zodat het één en ander na gekeken kan worden.

Thema's die onder andere ter sprake komen tijdens dit interview zijn:

- Verheldering hulpvraag/diagnostiek
- Historie
- Uitgezette acties en vervolgstappen
- Resultaat en stand van zaken
- Betrokkenen en hun rol
- Ervaren knelpunten bij de begeleiding/behandeling.

Het interview met het gezin wordt na het interview met de hulpverlener gepland.

[Meer informatie](#)

Mocht het bovenstaande nog niet helemaal duidelijk zijn of indien u andere vragen heeft, kunt u contact opnemen met:

██████ e-mail: ████████ telefoon: ████████ (projectleider)
██████ e-mail: ████████ tel: ████████ (onderzoeker)
██████ e-mail: ████████ tel: ████████ (onderzoeker)

Bijlage 2

Informatiefolder gast-deelnemers (hulpverleners) casuïstiekbesprekingen

Casuïstiekbesprekingen in de Proeftuin

Professionals in de Utrechtse wijken Ondiep, Binnenstad en Leidsche Rijn komen eind 2016, begin 2017 vijf maal bijeen voor casuïstiekbesprekingen voor de Proeftuin. Professionals uit de buurtteams jeugd en gezin en uit de huisartsenpraktijken bespreken dan casussen uit hun eigen cliëntenbestand. Het zijn casussen over jeugdigen die zich bij de basiszorg hebben gemeld met psychische klachten. Het doel van de bespreking is om te leren van de casussen om de (samenwerking in de) basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten te verbeteren.

Waarom bent u uitgenodigd voor de casuïstiekbespreking?

Wanneer andere hulpverleners (aanvullende/specialistische zorg) betrokken zijn bij dit gezin (de casus) kunnen ze op verzoek van de huisarts, POH-GGZ of gezinswerker worden uitgenodigd om bij de casuïstiekbespreking aanwezig te zijn. In een enkel geval wordt deze hulpverlener gevraagd voor een telefonisch interview. U ontvangt deze folder vanuit uw betrokkenheid of deskundigheid bij één van de ingebrachte casussen.

Wat gebeurt er bij de casuïstiekbespreking?

Per casus wordt een geanonimiseerde beschrijving gemaakt door de onderzoekers van het Trimbos- en het Verwey-Jonker Instituut. Hiervoor houden zij interviews over de

verleende zorg met de hulpverlener(s) en zo mogelijk met het gezin. De onderwerpen van de interviews zijn ontleend aan de gezamenlijke visie op effectieve basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten (zie ook www.awtijutrecht.nl/publicaties).

De bespreking start met een korte presentatie van de casus. Vervolgens wordt de casus systematisch besproken aan de hand van de volgende vragen: Is in deze casus gewerkt volgens de gezamenlijke visie op effectieve basiszorg? Wat kan er beter en wat is hiervoor nodig? En: Wat spreken we af om het voortaan beter te doen? In iedere bijeenkomst worden op deze wijze twee casussen besproken. Tijdens de bespreking worden notulen en een geluidsopname gemaakt.



Van de bijeenkomst wordt een verslag gemaakt met daarin conclusies en actiepunten. Dit verslag wordt gedeeld met de deelnemers van de bespreking en met de leden van de projectorganisatie.

Hoe zit het met privacy?

Bovenstaande werkwijze is getoetst door de Trimbos Ethische Commissie. Zij beoordeelden dat zorgvuldig wordt omgaan met (de werving van) de gezinnen en hun persoonsgegevens, volgens ethische richtlijnen en vigerende wetgeving. De deelnemers van de casuïstiekbespreking tekenen een geheimhoudingsverklaring. De persoonsgegevens van het gezin en de hulpverleners komen in de casusbeschrijving en het verslag niet voor. Met de audio-opnamen en overige gegevens wordt vertrouwelijk omgegaan volgens de kwaliteitsregels van het Trimbos-instituut.

Meer informatie

Voor meer informatie kunt u terecht bij de huisarts, POH-GGZ of gezinswerker die u heeft benaderd om deel te nemen. Daarnaast kunt u ook terecht bij de contactpersonen op de folder 'Proeftuin Basiszorg Jeugd GGZ' of de onderzoeker van wie u deze flyer heeft ontvangen.



Academische
Werkplaats
Transformatie
Jeugd Utrecht

Bijlage 3

Informatiebrief ouders/verzorgers kind tot 12 jaar

Voorbeeld Leidsche Rijn



Betreft: Medewerking gevraagd voor telefonisch interview
Situatie: kind tot 12 jaar

Utrecht, december 2016

Geachte mevrouw, meneer,

In de gemeente Utrecht zijn verschillende partijen bezig om de zorg voor de jeugd te verbeteren. Het Trimbos-instituut en het Verwey-Jonker Instituut werken hieraan mee door onafhankelijk onderzoek naar wat hiervoor nodig is. Dat doen we door deze zorg in kaart te brengen en te bespreken met hulpverleners, zoals huisartsen en gezinswerkers.

U krijgt deze uitnodiging om mee te werken aan dit onderzoek via de hulpverlener met wie u in de laatste tijd één of meer keren contact heeft gehad over de problemen van uw kind. Hij/zij vindt uw ervaringen met de zorg heel belangrijk. Daarom vragen wij u of u wilt meedoen aan een telefonisch interview van ongeveer een half uur.

Wat houdt deelname in?

Als u toestemt, neemt u deel aan een telefonisch interview van ongeveer een half uur over de ervaringen van uzelf en van uw kind. Uw deelname is geheel vrijwillig en heeft geen gevolgen voor de zorg die u en uw kind ontvangt. We willen graag uw mening horen, maar u bent niet verplicht om mee te doen.

Als u mee wilt doen, vult u het bijgevoegde toestemmingsformulier in. U kunt het formulier gratis opsturen in de bijgeleverde enveloppe. De onderzoeksmedewerker neemt dan contact met u op om een afspraak te maken. Op de afgesproken dag en tijd belt zij u op. Zij stelt u dan vragen over de zorg die u en uw kind ontvangen hebben: Kregen u en uw kind deze zorg op tijd? Moest u vaak uw verhaal opnieuw vertellen? Werd u geholpen door de juiste hulpverlener?

Wat gebeurt er met de resultaten?

Alles wat u ons vertelt wordt strikt anoniem verwerkt. De naam of contactgegevens van u en uw kind worden nergens vermeld. In onze onderzoeksverslagen wordt informatie die heel specifiek is voor de situatie voor u en uw kind niet opgenomen, zodat uw gezin onherkenbaar blijft. Het toestemmingsformulier met uw gegevens vernietigen we nadat we met u gesproken hebben. Alle persoonsgegevens worden vertrouwelijk behandeld, volgens de huidige privacy wet- en regelgeving en de Gedragscode voor Onderzoek en Statistiek.

De uitkomsten van de interviews worden gebruikt om de zorg te verbeteren. Het kan bijvoorbeeld zijn dat ouders/verzorgers of kinderen opmerkingen maken over de samenwerking tussen de betrokken hulpverleners. Dan kan deze informatie gebruikt worden om de samenwerking te verbeteren.

Nog vragen?

Aarzel niet om uw vragen te stellen aan uw hulpverlener, of neem contact op met één van de onderzoekers: [naam] e-mail: [e-mail] tel: [telefoon] Als u niet tevreden bent over de manier waarop met u of uw persoonsgegevens wordt omgegaan, dan kunt u daarover contact opnemen met de projectleider: [naam] e-mail: [e-mail] telefoon: [telefoon]



Bijlage 4

Informatiebrief ouders/verzorgers jongere 12-16 jaar

Voorbeeld Leidsche Rijn



Betreft: Medewerking gevraagd voor telefonisch interview
Situatie: jongere 12-16 jaar

Utrecht, december 2016

Geachte mevrouw, meneer,

In de gemeente Utrecht zijn verschillende partijen bezig om de zorg voor de jeugd te verbeteren. Het Trimbos-instituut en het Verwey-Jonker Instituut werken hieraan mee door onafhankelijk onderzoek naar wat hiervoor nodig is. Dat doen we door deze zorg in kaart te brengen en te bespreken met hulpverleners, zoals huisartsen en gezinswerkers.

U krijgt deze uitnodiging om mee te werken aan dit onderzoek via de hulpverlener met wie u in de laatste tijd één of meer keren contact heeft gehad over de problemen van uw kind. Hij/zij vindt uw ervaringen met de zorg heel belangrijk. Daarom vragen wij u of u wilt meedoen aan een telefonisch interview van ongeveer een half uur.

Wat houdt deelname in?

Als u toestemt, neemt u deel aan een telefonisch interview van ongeveer een half uur over de ervaringen van uzelf en van uw kind. Uw deelname is geheel vrijwillig en heeft geen gevolgen voor de zorg die u en uw kind ontvangt. We willen graag uw mening horen, maar u bent niet verplicht om mee te doen.

Als u mee wilt doen, vult u het bijgevoegde toestemmingsformulier in. U kunt het formulier gratis opsturen in de bijgeleverde enveloppe. Een onderzoeksmedewerker neemt dan contact met u op om een afspraak te maken. Op de afgesproken dag en tijd belt zij u op. Zij stelt u dan vragen over de zorg die u en uw kind ontvangen hebben: Kregen u en uw kind deze zorg op tijd? Moest u vaak uw verhaal opnieuw vertellen? Werd u geholpen door de juiste hulpverlener? Omdat uw kind tussen de 12 en 16 jaar is, mag hij/zij ook deelnemen aan het interview. Dat kan als uw telefoon een speaker heeft. In dat geval ondertekent uw kind samen met u het toestemmingsformulier.

Wat gebeurt er met de resultaten?

Alles wat u en uw kind ons vertellen wordt strikt anoniem verwerkt. De naam of contactgegevens van u en uw kind worden nergens vermeld. In onze onderzoeksverslagen wordt informatie die heel specifiek is voor de situatie voor u en uw kind niet opgenomen, zodat uw gezin onherkenbaar blijft. Het toestemmingsformulier met uw gegevens vernietigen we nadat we met u gesproken hebben. Alle persoonsgegevens worden vertrouwelijk behandeld, volgens de huidige privacy wet- en regelgeving en de Gedragscode voor Onderzoek en Statistiek.

De uitkomsten van de interviews worden gebruikt om de zorg te verbeteren. Het kan bijvoorbeeld zijn dat ouders/verzorgers of kinderen opmerkingen maken over de samenwerking tussen de betrokken hulpverleners. Dan kan deze informatie gebruikt worden om de samenwerking te verbeteren.

Nog vragen?

Aarzel niet om uw vragen te stellen aan uw hulpverlener, of neem contact op met één van de onderzoekers: [naam] e-mail: [e-mail] tel: [telefoon] Als u niet tevreden bent over de manier waarop met u of uw persoonsgegevens wordt omgegaan, dan kunt u daarover contact opnemen met de projectleiders: [naam] e-mail: [e-mail] telefoon: [telefoon]



Bijlage 5

Informatiebrief jongvolwassene vanaf 16 jaar

Voorbeeld Leidsche Rijn



Betreft: Medewerking gevraagd voor telefonisch interview
Situatie: jongvolwassene vanaf 16 jaar

Utrecht, december 2016

Beste jongvolwassene,

In de gemeente Utrecht zijn verschillende partijen bezig om de zorg voor de jeugd te verbeteren. Het Trimbos-instituut en het Verwey-Jonker Instituut werken hieraan mee door onafhankelijk onderzoek naar wat hiervoor nodig is. Dat doen we door deze zorg in kaart te brengen en te bespreken met hulpverleners, zoals huisartsen en gezinswerkers.

Je krijgt deze uitnodiging om mee te werken aan dit onderzoek via de hulpverlener met wie jij in de laatste tijd één of meer keren contact hebt gehad over je problemen. Hij/zij vindt jouw ervaringen met de zorg heel belangrijk. Daarom vragen wij je om mee te doen aan een telefonisch interview van ongeveer een half uur.

Wat houdt deelname in?

Als je toestemt, neem je deel aan een telefonisch interview van ongeveer een half uur over jouw ervaringen met de zorg. Jouw deelname is geheel vrijwillig en heeft geen gevolgen voor de zorg die je ontvangt. We willen graag jouw mening horen, maar je bent niet verplicht om mee te doen.

Als je mee wilt doen, vul je het bijgevoegde toestemmingsformulier in. Je kunt het formulier dan gratis opsturen in de bijgeleverde enveloppe. Een onderzoeksmedewerker neemt dan contact met je op om een afspraak te maken. Op de afgesproken dag en tijd belt zij je op. Zij stelt je dan vragen over de zorg die je ontvangen hebt: Kreeg je deze zorg op tijd? Moest je vaak je verhaal opnieuw vertellen? Werd je geholpen door de juiste hulpverlener? Als je het prettig vindt, kan jouw ouder of verzorger ook aan het gesprek deelnemen. Dat kan als jouw telefoon een speaker heeft. In dat geval ondertekent je ouder of verzorger samen met jou het toestemmingsformulier.

Wat gebeurt er met de resultaten?

Alles wat je ons vertelt, wordt strikt anoniem verwerkt. Je naam of contactgegevens worden nergens vermeld. In onze onderzoeksverslagen wordt informatie die heel specifiek is voor jouw situatie niet opgenomen, zodat je onherkenbaar blijft. Het toestemmingsformulier met jouw gegevens vernietigen we nadat we met jou gesproken hebben. Al jouw persoonsgegevens worden vertrouwelijk behandeld, volgens de huidige privacy wet- en regelgeving en de Gedragscode voor Onderzoek en Statistiek.

De uitkomsten van de interviews worden gebruikt om de zorg te verbeteren. Het kan bijvoorbeeld zijn dat ouders/verzorgers of jeugdigen opmerkingen maken over de samenwerking tussen de betrokken hulpverleners. Dan kan deze informatie gebruikt worden om de samenwerking te verbeteren.

Nog vragen?

Aarzel niet om je vragen te stellen aan jouw hulpverlener, of neem contact op met één van de onderzoekers: [naam] e-mail: [e-mail] tel: [telefoon] Als je niet tevreden bent over de manier waarop met jou of jouw persoonsgegevens wordt omgegaan, dan kun je daarover contact opnemen met de projectleider: [naam] e-mail: [e-mail] telefoon: [telefoon]



Bijlage 6

Toestemmingsverklaring ouders/verzorgers kind tot 12 jaar



Toestemmingsverklaring voor telefonisch interview

Situatie: kind jonger dan 12 jaar

Wilt u deelnemen aan dit onderzoek? (Kruis uw antwoord aan)

☐ Ja, ik vul de contactgegevens in en ik verklaar hierbij:

dat ik voldoende ben geïnformeerd over het onderzoek, de informatiebrief heb gelezen en eventuele vragen heb kunnen stellen. Ik begrijp dat ik op elk gewenst moment mijn toestemming kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoef te geven.

☐ Nee, ik vul de onderstaande gegevens niet in omdat ik niet wil deelnemen aan het onderzoek

Vul in wat van toepassing is:

Contactgegevens ouder/verzorger

Naam: _____ m/v

Leeftijd kind: _____ jaar

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Contactgegevens voogd (indien van toepassing)

Naam: _____ m/v

Organisatie: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____ (ouder/verzorger)

Handtekening: _____ (voogd)

N.B. vergeet niet zowel de datum en plaats in te vullen, als uw handtekening te zetten.



Bijlage 7

Toestemmingsverklaring ouders/verzorgers jongere 12-16 jaar



Academische
Werkplaats
Transformatie
Jeugd Utrecht

Toestemmingsverklaring voor telefonisch interview

Situatie: jongere vanaf 12 tot 16 jaar

Wilt u deelnemen aan dit onderzoek? (Kruis uw antwoord aan)

☐ Ja, ik vul de contactgegevens in en ik verklaar hierbij:
dat ik voldoende ben geïnformeerd over het onderzoek, de informatiebrief heb gelezen en eventuele vragen heb kunnen stellen. Ik begrijp dat ik op elk gewenst moment mijn toestemming kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoef op te geven.

☐ Nee, ik vul de onderstaande gegevens niet in omdat ik niet wil deelnemen aan het onderzoek

Vul in wat van toepassing is:

Contactgegevens ouder/verzorger

Naam: _____ m/v
Leeftijd kind: _____ jaar
Telefoonnummer: _____
E-mailadres: _____

Contactgegevens voogd (indien van toepassing)

Naam: _____ m/v
Organisatie: _____
Telefoonnummer: _____
E-mailadres: _____

Contactgegevens jongere 12 tot 16 jaar

Naam: _____ m/v

Wil samen met de ouder/verzorger meedoen aan het telefonisch interview:

☐ Ja ☐ Nee (handtekening jongere is dan niet nodig)

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____ (ouder/verzorger)

Handtekening: _____ (voogd)

Handtekening: _____ (jongere)

N.B. vergeet niet zowel de datum en plaats in te vullen, als uw handtekening te zetten.



Bijlage 8

Toestemmingsverklaring jongvolwassene vanaf 16 jaar



Toestemmingsverklaring voor telefonisch interview

Situatie: jeugdige vanaf 16 jaar

Wil jij deelnemen aan dit onderzoek? (Kruis jouw antwoord aan)

☐ Ja, ik vul de contactgegevens in en ik verklaar hierbij:

dat ik voldoende ben geïnformeerd over het onderzoek, de informatiebrief heb gelezen en eventuele vragen heb kunnen stellen. Ik begrijp dat ik op elk gewenst moment mijn toestemming kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven.

☐ Nee, ik vul de onderstaande gegevens niet in omdat ik niet wil deelnemen aan het onderzoek

Vul in wat van toepassing is:

Contactgegevens jeugdige vanaf 16 jaar

Naam: _____ m/v

Leeftijd: _____ jaar

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Contactgegevens ouder/verzorger jeugdige

Naam: _____ m/v

Wil samen met zijn/haar kind meedoen aan het telefonisch interview:

☐ Ja ☐ Nee (handtekening ouder/verzorger is dan niet nodig)

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____ (jeugdige vanaf 16 jaar)

Handtekening: _____ (ouder/verzorger jeugdige)

N.B. vergeet niet zowel de datum en plaats in te vullen, als uw handtekening te zetten.



Bijlage 9

Geheimhoudingsverklaring deelnemers casuïstiekbespreking



Proeftuin basiszorg jeugd-ggz

Geheimhoudingsverklaring met betrekking tot de casuïstiekbesprekingen die in het kader van deze proeftuin worden gevoerd

Ondergetekende verklaart hiermee in te stemmen met de volgende voorwaarde:

Ik verplicht me om alle op de besproken casussen betrekking hebbende gegevens ten stelligste geheim te houden en niet te gebruiken voor andere doeleinden

Naam: _____ Plaats en datum: _____ Handtekening: _____

Bijlage 10

Topiclijst interview hulpverlener

- Hoe is de jeugdige binnengekomen?
 - *Werd hij/zij verwezen? Zo ja van waar/ wie uit?*
- Welke klachten/problemen?
 - *Wat was de 'primaire' klacht of hulpvraag ofwel het primaire probleem waarmee de jeugdige binnen kwam?*
 - *Indien van toepassing: Wat waren de onderliggende problemen, ofwel problemen waar de hulpverlening zich (ook) op moest richten?*
- Wat is de gezinssituatie?
 - *Welke factoren zijn van invloed op het functioneren van dit gezin? Dit kunnen belemmerende en bevorderende factoren zijn. Bijvoorbeeld sociaal maatschappelijke problemen maar ook de steun van belangrijke anderen.*
- Wat is de historie van dit gezin met betrekking tot de hulpverlening?
 - *Was deze jeugdige/dit gezin al langer in beeld bij de hulpverlening. Zo ja, bij wie en waarom?*
- Wie zijn tot op heden betrokken bij deze jeugdige en het gezin? Wat is ieders rol? Was dat voor iedereen duidelijk? Wie had regie en hoe kreeg deze vorm?
 - *Denk hier aan: Professionals, informele zorg, school en het sociale steunsysteem. Was/is zorgcoördinatie duidelijk belegd? Is er afstemming tussen betrokkenen? Is er één aanspreekpunt voor het gezin (en is dat duidelijk voor het gezin?)*
- Waarom relevante casus voor casuïstiek bespreking: Rondom welke kernthema's zijn er bespreekpunten?
 - *Verheldering, uitvragen, bijvoorbeeld: Waarom is samenwerking rond het kind bij deze casus een bespreekpunt? Over welke samenwerking gaat het. Wat kan in de ogen van de hulpverlening beter? Of wat liep bij deze casus juist heel goed?*
- Welke acties heeft de hulpverlening rondom de huidige hulpvraag uitgezet? Wat zijn de vervolgstappen?
 - *Wat heeft de hulpverlener rondom deze jeugdige gedaan? Denk aan: advies, therapie, consultatie, verwijzing en informatie-uitwisseling. Heeft de hulpverlener ook acties ondernomen in de richting van een vervolgtraject? Denk bijvoorbeeld aan samenwerking met of overdracht naar andere hulpverleners.*
- Wat is het resultaat van de hulpverlening tot nu toe? Wat is de huidige stand van zaken?
 - *Welke stappen zijn gezet? Is de jeugdige nog in beeld en zo ja bij wie? Wie heeft wat gedaan en met welk resultaat?*
- Hoe duurzaam is de gevonden oplossing?
 - *Zal het resultaat van de begeleiding/behandeling naar verwachting beklijven? Waarom wel, waarom niet?*
- Wat zijn de ervaren knelpunten bij de begeleiding/behandeling van deze jeugdige?
- Wat zijn de ervaren bevorderende factoren bij de begeleiding/behandeling van deze jeugdige? Wat zijn relevante randvoorwaarden?
- (Hoe) is er sprake geweest van gezamenlijke evaluatie/reflectie?
- In hoeverre zijn de jeugdige en het gezin betrokken bij de besluitvorming?
 - *Wat is goed gegaan? Wat is minder goed gegaan? Wat waren de beïnvloedende factoren?*

- In hoeverre zijn de betrokken hulpverleners deskundig met betrekking tot de begeleiding/behandeling van de klachten en/of problemen van deze jeugdige en dit gezin?
 - *Is de relevante deskundigheid betrokken? Zo nee, waarom niet?*

Bijlage 11

Topiclijst interview gezin

De interviewer gaat met de jeugdige (en eventueel een gezinslid) praten over de ervaringen die hij of zij heeft met de hulpverlening. Waar 'u' staat kan natuurlijk ook 'je' gelezen worden. Lees waar 'uw problemen' staat 'de problemen van de jeugdige' of 'de problemen van uw kind'.

- U bent met een probleem naar de hulpverlening toegegaan. Vindt u dat de hulpverlening daarna snel voor u aan het werk is gegaan?
 - *Het gaat hier om de **tijdigheid** van de hulp. Is de begeleiding of behandeling snel opgestart? Vond u dat u op tijd hulp kreeg? Indien van toepassing: Werd u snel doorverwezen? Waarom wel en waarom niet?*
- Hoe toegankelijk vindt u de hulpverlening?
 - *Het gaat hier om de **toegankelijkheid** van de hulpverlening. Kon u zich makkelijk bij de hulpverlening melden of waren er redenen waarom u het lastig vond om bij de hulpverlening terecht te komen.*
- Heeft u het idee dat u mee kon beslissen over de vorm van begeleiding die u kreeg?
 - *Het gaat hier om de **zeggenschap**. Heeft u kunnen kiezen tussen verschillende mogelijkheden? Heeft de hulpverlener met u de voor en nadelen van de verschillende mogelijkheden besproken? Heeft de hulpverlener de jeugdige betrokken bij de besluitvorming?*
- In hoeverre voelt u zich vertrouwd bij de hulpverlener?
 - *Het gaat hier om de **vertrouwdheid**. Voelt u zich voldoende op uw gemak waardoor u makkelijker over uw problemen kunt praten? Heeft u het idee dat u met uw problemen bij deze hulpverlener in goede handen bent?*
- Wat vindt u van het resultaat van de hulpverlening?
 - *Het gaat hier om het **resultaat** (ook duurzaamheid). Heeft de hulpverlening u gebracht wat u nodig heeft? Had u de indruk dat u de hulp kreeg die u nodig had? Was de begeleiding of behandeling de goede oplossing voor uw problemen? Heeft u het idee dat deze oplossing voor langere tijd het antwoord is op uw problemen/klachten? Indien van toepassing: Wat hadden hulpverleners (professionals) anders moeten doen?*
- Heeft u het idee dat de hulpverleners waar u mee te maken heeft, goed met elkaar samenwerken?
 - *Het gaat hier om de **samenwerking** tussen de verschillende betrokkenen. Heeft u het idee dat u uw verhaal telkens opnieuw moet vertellen aan de verschillende hulpverleners?*
- Gaat het hier om de samenwerking huisarts-buurtteams of om de samenwerking met andere professionals? Wat zijn uw ervaringen als het gaat om de samenwerking met school of andere belangrijke anderen? (sociale systeem, school, informele zorg)
- Heeft u het idee dat de hulpverleners waar u mee te maken heeft voldoende deskundig zijn?
 - *Het gaat hier om de **deskundigheid**. Waarom wel en waarom niet?*

Bijlage 12

Topiclijst casuïstiekbespreking

Als de hele casus uiteengezet is door de onderzoekers volgende de volgende vragen.

- Had hier vroeger ingegrepen moeten/kunnen worden?
 - *Zo ja, hoe dan? Wie had wat kunnen doen? En wanneer had dat kunnen/moeten gebeuren?*
- In hoeverre is er sprake van zorg zo licht als verantwoord en zo zwaar als nodig?
 - *Waarom wel en/of waarom niet?*
- Is er goed samengewerkt en afgestemd?
 - *Mening in grote lijnen. Over het algemeen wel of niet? En waarom?*
- Mening als het specifiek gaat om de samenwerking met het gezin?
 - *Waarom wel en waarom niet? Wat waren de belemmerende of bevorderende factoren?*
- Mening als het specifiek gaat om de samenwerking met andere professionals?
 - *Waarom wel en waarom niet? Wat waren de belemmerende of bevorderende factoren?*
- Mening als het specifiek gaat om de samenwerking met anderen (informele zorg, school, sociaal systeem)?
 - *Waarom wel en waarom niet? Wat waren de belemmerende of bevorderende factoren?*
- Hadden ouders en kinderen voldoende regie?
 - *Waarom wel en waarom niet? Wat waren de belemmerende of bevorderende factoren?*
- Was de hulp voldoende dichtbij? Had het dichterbij gekund?
 - *Waarom wel en waarom niet? Wat waren de belemmerende of bevorderende factoren?*

Tot slot: Leren van casus

- Afronden met conclusies
 - *Samenvattend wat zijn leerpunten en verbeterpunten?*
- Worden de conclusies herkend?
 - *Zijn er verschillen tussen de verschillende professionals? Bijvoorbeeld: Herkennen de huisartsen de conclusies meer dan de buurtteams?*
- Zijn de conclusies ook herkenbaar/relevant voor andere casussen?
 - *Ofwel is het één en ander te generaliseren?*
- Wat leren we hiervan?
- Wat kunnen we morgen anders doen(open veld)
- Geeft deze casus aanleiding tot bijstellen van handelswijze/samenwerking?
- Verslaglegging conclusies en afspraken

Bijlage 13

Korte casusomschrijvingen (n=22)

Kort omschrijving van de casussen

Vader, moeder, twee kinderen

Oudste kind (VO-leeftijd) heeft al langer last van concentratieproblemen, faalangst en oppositionele klachten, vooral op school. Uiteindelijk is het kind met ADHD gediagnosticeerd. Jonger kind (BaO-leeftijd) krijgt later dezelfde klachten en diagnose. Moeder vindt dat ze te lang rondgestuurd zijn in het hulpverleningscircuit. Ze hebben verschillende hulpverleners gezien die of terugverwezen of niet passend (meer) waren

Vader, moeder, drie kinderen

Kind (VO-leeftijd) heeft diagnose autisme. Bij aanmelding was er sprake van schoolverzuim bij een naderend schoolexamen, zorgen over ondergewicht, zorgen over vereenzaming en problematisch gamegedrag. Door hulp verbeterde de situatie. Het kind is tevreden, moeder nog niet. Moeder en hulpverlening willen nu gaan toewerken naar zelfstandigheid van het kind. Complicerende factor: de omgeving ervaart een probleem, het kind ervaart dat minder.

Vader, moeder, vier kinderen

Kind (VO-leeftijd) met ernstige suïcidaliteit en somberheid voortkomend uit drugsgebruik. Na stoppen drugsgebruik verdween suïcidaliteit. Het betreft een gesloten kind dat gevoelig is voor verslaving en weinig deelt met de ouders. Vriendengroep experimenteert veel en vertoont zelfdestructief gedrag. Ouders erkennen dit probleem volgens hulpverlening niet. Kind en ouders willen na aantal gesprekken geen hulpverlening meer. Momenteel is er geen contact meer met gezin. Hulpverlener vraagt zich af hoe vinger aan de pols kan worden gehouden.

Moeder, een kind

Kind (BaO-leeftijd) heeft ingrijpende gebeurtenis meegemaakt. Alleenstaande moeder heeft al langer een alcoholprobleem en hooglopende ruzies met niet thuiswonend kind (van andere vader). Politie schakelde buurtteam en Save in. Sinds kort heeft moeder kanker, dit lijkt na behandeling goed te gaan. Momenteel is er geen hulpvraag van het gezin. Bij huisarts leven er op basis van de voorgeschiedenis, zorgen over het kind. In het gezin speelden vele problemen en het risico bestaat dat dit kind door zijn probleemloze gedrag niet in beeld komt.

Vader, moeder, een kind

De ouders hebben recentelijk besloten uit elkaar te gaan en vragen zich af of het kind (BaO-leeftijd) er 'last van heeft', of de ontwikkeling van het kind gevaar loopt en of het kind begeleiding nodig heeft. Ouders maken zich ook zorgen over de relatie tussen kind en vader, aangezien vader door ADHD en problemen met emotieregulatie soms hard kan spreken of impulsief uit de hoek kan komen (alleen verbaal). Er waren veel spanningen in het gezin voor de relatiebreuk. Momenteel zijn er geen klachten bij het kind.

Vader en moeder (geen affectieve relatie), een kind

Vanaf de geboorte van het kind (BaO-leeftijd) lopen de afspraken over gedeeld ouderschap en omgangsregeling niet goed. Mediatie pogingen hebben tot op heden geen effect gehad. Zorg voor kind is nu gelijk verdeeld na veel rechtszaken. Moeder accepteert de partner van de biologische vader niet. Kind is vaak aan het scannen: heeft iedereen het naar zijn zin en dergelijke.

Vader, moeder, twee kinderen

Kind (VO-leeftijd) waarvan moeder vanwege traumatische gebeurtenis bij geboorte veel moeite heeft met het opbouwen van een band met het kind. Kind is sinds BaO-leeftijd bekend met ADHD en krijgt nu last van concentratieproblemen en emotie-regulatieproblemen. Kind heeft goede band met vader, die is echter voor langere tijd uit beeld. Sindsdien komen traumaklachten van het kind steeds meer op de voorgrond te staan. Een specialistisch traject is in gang gezet.

Vader, moeder, een kind

Gedrag van kind (VO-leef tijd) is langere tijd reden tot zorg bij moeder. Sinds BaO legt kind geen of moeilijk (oog)contact, schopt tegen regels aan, stelt zich heel afhankelijk op. Dit geeft problemen op school en thuis; verder zijn er geen problemen in het gezin. Na verwijzing door huisarts stelt UMC diagnose PDD-NOS. Kind krijgt vier dagen gewoon en één dag speciaal onderwijs. Door lange zoektocht naar hulp is veel tijd verloren gegaan. Nu was kind op school niet meer te handhaven en zit daardoor al maanden thuis. Er is nu een goede plek voor het kind gevonden waar school en zorg worden gecombineerd.

Vader, moeder, drie kinderen

Vader is depressief en moeder heeft stressklachten. Over de jaren heen melden de kinderen zich met allerlei psychosomatische klachten bij de huisarts: buikpijn, duizelig, hoofdpijn, benauwdheid, etc. Middelste kind (VO) verzuimt veel, ook na verandering van school. Ook het jongste kind heeft problemen op school en verandert van school. Gaandeweg stelt buurtteam vast dat de kern van de problematiek in het gezin ligt. Na verwijzing naar specialistische zorg start het gezin met MDFT (Multi Dimensionele Familie Therapie). Mogelijk wordt Ouders voor Altijd (Module om goed te scheiden) nog ingezet.

Moeder, drie kinderen

Ouders hebben beiden heftig verleden gehad. Gezin stroomde door naar zelfstandige woning onder de voorwaarde van zorgcontract met woningbouw, buurtteam en gezin, aanvankelijk vanwege financiën. Ondersteuning wordt intensiever, nadat consultatiebureau kindermishandeling bij de jongste twee kinderen meldt. Samen Veilig wordt betrokken. Vader (drugsgebruiker) verdwijnt dan steeds meer uit beeld. Jongste twee kinderen belanden in ziekenhuis; een van hen heeft ook ontwikkelingsachterstand. Oudste kind is 's nachts angstig en krijgt driftbuien. Moeder krijgt meer lichamelijk en psychische klachten, en wordt ondersteund door buurtteam en thuiszorg. Inmiddels is vader uit beeld.

Moeder, twee kinderen

Oudste kind (jongvolwassen) werkt niet, is passief, heeft oplopende schulden en medische problemen. Diagnose: ADHD, lichte cognitieve achterstand, snel overvraagd. Het kind krijgt vanaf 18e geen uitkering geregeld. Moeder is zwakbegaafd en staat onder bewindvoering. Vanwege kostendelersnorm krijgt moeder maar 50% uitkering. Vanwege financiële situatie krijgt zij psychische klachten.

Moeder, twee kinderen

Een kind (VO-leef tijd) opgeroepen naar aanleiding van gezondheidsonderzoek op school door JGZ, met vermoeden op psychische problemen. Na gesprek met kind vraagt JGZ de moeder om verwijzing te regelen voor specialistische zorg via de huisarts. Moeder neemt zelf contact op met specialistische zorg vanwege goede ervaringen daar met ander kind. Specialistische zorg vraagt moeder om bij buurtteam verwijzing te halen. Moeder benadert vervolgens zowel huisarts als buurtteam.

Vader, moeder, twee kinderen

Moeder bekend bij POH-GGZ, suïcidaal met woedeaanvallen, burn-outproblemen en relatieproblemen. Politie maakt melding bij Samen Veilig na suïcidedreiging. Samen Veilig concludeert dat hulp voldoende is. Ook buurtteam vindt geboden hulp passend, sluit deze af en informeert huisarts. POH-GGZ en psychiater maken zich op dat moment nog veel zorgen over de kinderen (voorschools).

Moeder, een kind

Moeder kreeg ernstige ziekte na het verlaten van de aan alcohol verslaafde vader. Zoekt voor zichzelf hulp bij POH-GGZ omdat ze snel boos op kind (BaO-leeftijd) wordt en daardoor conflicten met het kind krijgt. Kind heeft gedragsproblemen en fysieke klachten. Buurtteam en POH-GGZ verschillen van opvatting over hulp die voor kind nodig is.

Moeder, drie kinderen

Moeder heeft LVB en drankprobleem. Ze heeft moeite met zorg voor haar kinderen. Vader was gewelddadig tijdens de relatie. Er zijn meermaals meldingen bij AMK gedaan, kinderen verzuimden veel van school. Ze zijn uit huis geplaatst, zonder medeweten buurtteam en huisarts. Oudste kind (VO-leeftijd) heeft klachten. Kind is loyaal naar moeder en volgens haar getraumatiseerd door uithuisplaatsing en hoort volgens haar niet thuis in de instelling voor LVB waar het is geplaatst.

Vader, moeder, twee kinderen

In het gezin veel verbaal geweld en soms fysiek geweld naar moeder toe in bijzijn kinderen (voorschools). Geweld is gemeld bij Samen Veilig. Moeder is bekend met depressie. De ouders zijn nu in een complexe echtscheiding verwikkeld. Vader is ook agressief naar hulpverleners toe. Kinderen worden blootgesteld aan onveilige situatie.

Vader, moeder, twee kinderen

Kind (BaO-leeftijd) heeft neurologisch beeld dat, na lange omzwervingen in medisch circuit, een psychische oorzaak blijkt te hebben, getriggerd door tegenvallende cognitieve prestaties op een school met een prestatiegerichte cultuur. Mogelijk zijn de klachten verergerd door zorgen over wat er met kind aan de hand is bij de hoogopgeleide ouders. Door deze diagnose keert rust terug, maar het lukt vervolgens slecht om tijdige passende behandeling bij specialistische zorg geregeld te krijgen in verband met wachttijden.

Vader, moeder, twee kinderen

Kind (BaO) praat op school niet en durft geen contact te maken. Thuis wel, dan is het een heel ander kind. Blijkt geen logopedisch probleem. Kind is in samenspraak met huisarts en buurtteam doorverwezen naar UMC voor specialistisch (psychiatrisch) team. Dit was drempel voor ouders. Staat nu maanden op wachtlijst. Vraag is wat eenieder (ook school) in tussentijd kan doen.

Moeder, drie kinderen

Na partnergeweld en zorgmelding is Samen Veilig betrokken. Kinderen (voorschools) waren getuige. Dit bleek niet de eerste huiselijk geweld situatie. Ouders zijn nu gescheiden van tafel en bed. Vader is nauwelijks in beeld en wil geen hulp. Moeder is ziek en daardoor fysiek en geestelijk overbelast. Probleem bij medische indicatie voor medisch kinderdagverblijf ontstaat omdat ze nog getrouwd is. Voor alle drie de kinderen is OTS vooral bedoeld om toezicht te houden op de situatie tussen vader en moeder. In een zorgoverleg wordt nu zorg afgestemd met o.a. huisarts, Samen Veilig, consultatiebureau, thuiszorg, buurtteam en moeder zelf.

Vader, moeder, twee kinderen

Kind (BaO) met buikpijnklaarten. Kind loopt voor op school, doet extra taken, en lijkt zich te vervelen. Dit leidt tot incidenten op school. Ouders wenden zich tot de huisarts voor een IQ test omdat school deze niet betaald krijgt. Daarnaast hebben ouders de vraag of er sprake van gedragsproblemen en een negatief zelfbeeld. Ouders hebben kind zelf ook bij specialistische zorg aangemeld.



Vader, moeder, drie kinderen

Moeder met ernstig psychiatrische problematiek na traumatische jeugd. Ze onderneemt meerdere suïcidepogingen, ook in het bijzijn van de kinderen. Hierdoor is Samen Veilig betrokken. Vader wil nu scheiden, moeder zou dan deels voor de kinderen moeten zorgen. Ouders willen enerzijds hulp, aan de andere kant houden ze deze het liefste buiten de deur. Vraag is in hoeverre moeder beschikbaar is voor de kinderen. Oudste kind (VO-leeftijd) heeft diagnose ADHD en heeft altijd zorgen omtrent de moeder. Kinderen zijn vrolijk, maar de vraag is wat ze mee krijgen van haar problematiek.

Moeder, twee kinderen

Nieuwe partner van moeder zorgde voor veel onrust en ruzies thuis. Jongste kind (VO-leeftijd) is zeer moeilijk lerend en heeft een symbiotische relatie met moeder. Verzuimt gedurende langere tijd veel van school en blowt veel. Intensieve gezinstherapie volgt. Na een tweede jeugdbeschermingstafel lijkt het beter te gaan met het gezin. De relatie tussen moeder en haar vriend is uit.

