

Briefadvies

Samen verder, verder samen

*Zorgen voor kinderen
met complexe problemen*



RAAD VOOR

MAATSCHAPPELIJKE

ONTWIKKELING

Samen verder, verder samen

Zorgen voor kinderen
met complexe problemen

Den Haag, november 2014

R A A D V O O R
M A A T S C H A P P E L I J K E
O N T W I K K E L I N G

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling is de adviesraad van de regering en het parlement op het terrein van participatie van burgers en stabiliteit van de samenleving. De RMO werkt aan nieuwe concepten voor de aanpak van sociale vraagstukken.

De Raad bestaat uit onafhankelijke kroonleden: de heer mr. S. Harchaoui (voorzitter), de heer drs. B.J. Drenth, de heer prof. dr. P.H.A. Frissen, de heer dr. E. Gerritsen, mevrouw drs. J.G. Manshanden MPA, de heer prof. dr. L.C.P.M. Meijs en mevrouw prof. dr. I. van Staveren. Mevrouw dr. A.M.L. van Diepen is waarnemend algemeen secretaris van de Raad.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
Rijnstraat 50
Postbus 16139
2500 BC Den Haag
Tel. 070 340 52 94
www.adviesorgaan-rmo.nl
rmo@adviesorgaan-rmo.nl



ISBN 978 90 77758 53 3

NUR 740

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Basisontwerp: Christoph Noordzij, Wierum
Figuren: Mantext, Moerkapelle

© Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag, 2014

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welk wijze dan ook zonder toestemming van de RMO.

Voorwoord

Het stelsel van jeugdhulp staat aan de vooravond van grote veranderingen. Hoe die veranderingen precies uitpakken is onzeker, maar het is duidelijk dat alle betrokkenen zich maximaal inzetten voor de ondersteuning van kinderen en gezinnen met opgroei- of opvoedproblemen. Een belangrijke vraag voor beleidsmakers, professionals en jeugdzorgorganisaties is hoe een goede balans tussen enerzijds de inzet van gespecialiseerde zorg, eerstelijns hulp en ondersteuning en anderzijds de inzet van gezinnen en het sociale netwerk eruit ziet als kinderen en gezinnen kampen met zware of complexe problematiek.

Om meer zicht te krijgen op dit vraagstuk en verschillende perspectieven bloot te leggen, heeft de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) in nauwe samenwerking met de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) een aantal deskundigen gevraagd naar hun gedachten over de transformatie van de jeugdhulp, in het bijzonder de rol en positie van de gespecialiseerde zorg. We vroegen naar hun visies op de kansen en risico's voor zeer kwetsbare kinderen en gezinnen en de aansluiting tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg. Dit heeft geleid tot acht *position papers* en een rijke discussie tijdens een expertbijeenkomst op 13 mei 2014 (zie bijlage 1). De RMO en de RVZ zijn alle deskundigen veel dank verschuldigd voor hun bijdrage aan het denken over het nieuwe stelsel van jeugdhulp. In het bijzonder bedanken zij Dorien Graas, Rutger Hageraats, Giel Hutschemaekers, Lenie Scholten, Jan-Dirk Sprokkereef, Linda Terpstra, Anke van Dijke, René Veenstra, Jan de Vries en Micha de Winter voor het schrijven van hun inspirerende *position papers*. De papers en het verslag van de bijeenkomst zijn te downloaden via www.adviesorgaan-rmo.nl

Op basis van de waardevolle bijdrage van de deskundigen en de inzichten van de Raad uit eerdere publicaties over opvoeden, opgroeien en het stelsel van jeugdhulp (RMO/RVZ 2008; RMO 2008; RMO/RVZ 2009; RMO 2011a; 2012; 2013) heeft de RMO vervolgens het onderhavige briefadvies opgesteld. Hierin gaat de RMO in op de uitdagingen van de systeemverandering in de jeugdzorg, verschillende visies op complexe jeugdhulp en de organisatorische uitwerking in de vorm van wijkteams. Het briefadvies eindigt met een reeks handreikingen voor de transformatie van de jeugdzorg. Op deze wijze brengt het briefadvies verschillende perspectieven in kaart en schetst het een beeld van een paradigmawisseling in de jeugdzorg. We gaan de komende periode graag met betrokkenen in gesprek over de verdere uitwerking daarvan. Vanzelfsprekend zijn we ook altijd tot nadere toelichting bereid.

Het briefadvies is vanuit de RMO voorbereid door een commissie bestaande uit Erik Gerritsen en José Manshanden (Raad) en Lotte van Vliet en Dienneke de Ruiter (secretariaat). De verantwoordelijkheid voor dit briefadvies berust bij de Raad.

Met vriendelijke groet,



Sadik Harchaoui
voorzitter



Albertine van Diepen
wnd. algemeen secretaris

Inhoud

1	Inleiding	6
1.1	Ambities van de nieuwe jeugdhulp	6
1.2	Leeswijzer	7
2	Aandachtspunten bij de systeemverandering	9
2.1	Betere afstemming en meer samenhang	9
2.2	Meer preventie	10
2.3	Nieuwe taal en andere categorieën	10
3	Vormen van complexe jeugdzorg	12
3.1	Stepped care: licht als het kan, zwaar als het moet	12
3.2	Matched care: meteen doen wat nodig is	13
3.3	Pedagogisch-huisartsenmodel: risicoanalyse met oog voor sociale context	14
3.4	Contextmodel: kwaliteit van leven als spil van jeugdhulp	16
3.5	Een andere benadering van jeugdhulp	19
4	Wijkteams en de jeugdhulp	22
4.1	Eén term, verschillende praktijken	22
4.2	Ruimte voor maatschappelijke organisaties	23
4.3	Waak voor wijkteams als nieuwe koker	24
4.4	Ruimte om wijken te overstijgen	24
4.5	Verbinding tussen eerste en tweede lijn	25
4.6	Inzet van professionals	25
4.7	Tot slot: leren van elkaar	26
5	Handreikingen voor de transformatie	27
5.1	Maak ruimte om te leren en te experimenteren	27
5.2	Ontwikkel een gelaagd perspectief op normaliseren	28
5.3	Werk vanuit de opvoedcontext	29
	Literatuur	31
	Bijlage 1	34

1

Inleiding

Er verandert veel in de jeugdzorg. De nieuwe Jeugdwet brengt de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg en (een groot deel van) de organisatie van de zorg per 1 januari 2015 naar de gemeenten. Het streven van de regering is om de voornaamste tekortkomingen van het huidige stelsel aan te pakken. Bijvoorbeeld door het verminderen van (financiële) prikkels die het gebruik van gespecialiseerde zorg onnodig stimuleren, het verbeteren van tekortschietende samenwerking rond kinderen en gezinnen, het inperken van onnodige medicalisering van afwijkend gedrag en het beheersen van de almaar stijgende kosten van de jeugdzorg (TK 2012/2013: 12). Analyses van het huidige stelsel wijzen op een (te) grote nadruk op het opsporen, diagnosticeren en behandelen van problemen (zie bijv. Baecke et al. 2009; Clarijs 2013; Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014; RMO/RVZ 2009; RMO 2011a; 2012). De kritiek is dat veel jeugd- en gezinsbeleid is gebaseerd op de angst voor incidenten. Veel 'gewone' problemen worden gelabeld als grootschalige zorgproblemen, en om hulp te krijgen is een diagnose vereist. Het resultaat is een stelsel waarin verhoudingsgewijs veel kinderen uit huis worden geplaatst, de sociaalpedagogische omgeving onvoldoende wordt gebruikt, een grote hulpafhankelijkheid bij ouders bestaat, er slecht wordt samengewerkt, er ondoelmatige hulp wordt gegeven (te laat, te zwaar) en professionele zorg (ook qua kosten) uit zijn voegen barst.

Zowel om inhoudelijke als om financiële redenen is een omslag in het stelsel van jeugdzorg gewenst. De nieuwe Jeugdwet markeert een omslag in het denken over jeugdzorg, samen te vatten als: 'het versterken van de eigen kracht van de jongere en van het probleemoplossend vermogen van diens gezin en sociale omgeving' (TK 2012/2013). Net als in andere beleidsterreinen krijgt eigen verantwoordelijkheid ook in dit domein meer aandacht.¹ Individueel gerichte interventies op basis van risicodenken moeten plaats gaan maken voor een betere inbedding van gezinnen in het sociale netwerk en een tijdige inzet van eerstelijnsprofessionals op het moment dat opvoed- en opgroei problemen nog niet zijn geëscaleerd of onherstelbaar zijn geworden. Bovendien verwacht de regering dat de kosten van de jeugdzorg omlaag kunnen als hulp tijdig wordt ingezet. Uiteindelijk moet daarmee een eenvoudiger, efficiënter en effectiever stelsel worden gevormd dat in ieder geval twee typen 'fouten' voorkomt. De eerste 'fout' is dat lichte hulpvragen een te zwaar hulpaanbod ontvangen. Een tweede 'fout' is dat zwaardere of complexere vragen niet de juiste hulp, te laat hulp of geen hulp ontvangen.

1.1 Ambities van de nieuwe jeugdhulp

Om te ontsnappen aan de twee 'fouten' is het de komende tijd de kunst een balans te vinden tussen twee ambities. De eerste ambitie is om de zorg voor jeugd zo licht mogelijk en in het sociale netwerk te houden, om te ontzorgen, te normaliseren en het belang van een 'pedagogische civil society' te onderkennen. Dit vraagt om een houding rond problemen bij opvoeden en opgroeien waarin betrokkenen bij gezinnen kwetsbaarheid beschouwen als onderdeel van het dagelijks leven, hoe lastig het ook kan zijn. Onnodig problematiseren en etiketteren dient te worden tegengegaan (normaliseren). Ontzorgen vraagt om hulp die in de eerste plaats de eigen kracht weet te versterken en de sociale omgeving kan activeren en benutten (RMO/RVZ 2008; RMO/RVZ 2009; RMO 2011a; RMO 2012). De tweede ambitie is om kinderen en gezinnen indien nodig óók gespecialiseerde zorg aan te bieden en om

intensieve interventies te plegen. Denk aan een gezin waarin schuldenproblematiek, verslaving en verstandelijke beperkingen op elkaar inwerken, of een kind dat door misbruik of mishandeling met heftige angststoornissen kampt.

Onbedoeld lijkt het denken over jeugdhulp langs de lijnen van deze ambities te polariseren. Vormen van lichte zorg en netwerkhelp krijgen de laatste jaren meer aandacht, het instellen van de gemeentelijke Centra voor Jeugd en Gezin is daar een voorbeeld van. Tegelijkertijd voelt de eerste lijn zich regelmatig betwist door de gespecialiseerde zorg. Bijvoorbeeld omdat zij het verwijt krijgen geen oog te hebben voor complexe problematiek (vgl. De Ruiter 2014). Omgekeerd stellen professionals en organisaties in de tweede lijn de vraag of de situatie van kinderen en gezinnen met complexe problematiek in het nieuwe stelsel adequaat wordt ingeschat en of zij op tijd de benodigde zorg krijgen (zie bv. Vermeiren 2014; www.petitiejeugdggz.nl). De veranderingen in de jeugdhulp lijken voor hen soms te staan voor een simpel: 'meer eigen netwerk is minder specialistische zorg'. Zij wijzen op het risico dat gemeenten te veel nadruk leggen op 'zelf doen' en specialistische hulp zo veel mogelijk willen voorkomen (verslag expertbijeenkomst).

De manier waarop de verhouding tussen lichte zorg en netwerkhelp aan de ene kant en gespecialiseerde zorg aan de andere kant wordt neergezet, maakt het moeilijk te ontkomen aan de twee genoemde systeemfouten. Voorstanders van 'ontzorgen en normaliseren' verwijzen naar de huidige gebreken in de jeugdzorg, waarvan een te gulzige gespecialiseerde zorg er één is. Professionals uit de gespecialiseerde jeugdzorg laten op hun beurt weten dat zij bang zijn dat de focus op het sociale netwerk adequate hulp zal vertragen. Zij wijzen daarbij op de eveneens onwenselijke situatie van hulp die laat komt. Met een dergelijke polarisatie zijn kinderen en gezinnen met opvoed- en opgroeimoeilijkheden niet geholpen. In dit briefadvies verkent de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) daarom hoe aan beide ambities recht kan worden gedaan. Dat doet de Raad aan de hand van de volgende vraagstelling:

Op welke wijzen kan de hulp aan kinderen en gezinnen met complexe opvoed- en opgroei problemen in het nieuwe stelsel van jeugdhulp zo vorm krijgen dat de inzet van het gezin, het sociale netwerk, lichte hulp en ondersteuning en gespecialiseerde zorg in balans zijn?

We leggen in dit briefadvies een verbinding tussen de twee genoemde ambities door na te gaan hoe en in hoeverre het denken over ontzorgen en normaliseren een rol kan spelen bij hulp aan kinderen en gezinnen met complexe problematiek. Het is onze overtuiging dat een goede implementatie van de Jeugdwet daar meer mee gebaat is dan met een situatie waarin professionals en organisaties uit de jeugdzorgsector tegenover elkaar staan. Voor het welslagen van de veranderingen in het stelsel van jeugdhulp is het immers van belang dat het opgroeien van jeugd het belangrijkste referentiekader vormt voor de inrichting van die hulp. De focus van dit briefadvies ligt op inhoudelijke en organisatorische veranderingen in de jeugdzorg, waarmee we een paradigmawisseling willen voeden. De financiële en juridische kaders laten we in deze tekst merendeels buiten beschouwing, maar het is evident dat inhoudelijke en organisatorische keuzes ook op die vlakken consequenties hebben en vice versa.

1.2 Leeswijzer

Het briefadvies bestaat uit een aantal bouwstenen. In hoofdstuk 2 komen de opgaven van de systeemverandering aan bod. Er bestaat een breed gedeelde wens van samenleving en politiek om het stelsel van jeugdhulp beter en efficiënter in te richten. Waar moeten de betrokkenen dan in ieder geval oog

voor hebben? Hoofdstuk 3 kijkt naar de wijze waarop de zorg aan kinderen en gezinnen met complexe problematiek vorm kan krijgen. Op welke wijze verhouden de inzet van het gezin, het sociale netwerk, lichte hulp en ondersteuning en gespecialiseerde zorg zich in verschillende zorgvisies tot elkaar? Welke aspecten uit de verschillende zorgvisies maken het mogelijk om de ambitie van 'ontzorgen en normaliseren' en juiste en tijdige inzet van gespecialiseerde jeugdzorg te combineren? In hoofdstuk 4 verkennen we de gemeentelijke praktijk. Dat is immers het bestuurlijke niveau waarop de jeugdhulp de komende jaren tot haar recht moet komen. Veel gemeenten geven de hulp en ondersteuning vorm met behulp van wijkteams. Wat zijn de uitdagingen voor deze organisatorische eenheden? Het laatste hoofdstuk brengt deze drie lijnen bij elkaar in een reeks handreikingen voor de transformatie van het stelsel van jeugdhulp.

Noot

- 1 Bijvoorbeeld de Wmo. De memorie van toelichting van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 stelt: 'In de tweede plaats beoogt de regering de betrokkenheid van mensen bij elkaar te vergroten. De mogelijkheden van mensen of hun sociale omgeving om zelf te voorzien in hulp en ondersteuning is te veel op de achtergrond geraakt' (TK 2013/2014).

2

Aandachtspunten bij de systeemverandering

De decentralisatie van de jeugdzorg is inhoudelijk en organisatorisch zeer omvangrijk. Maar politici, beleidsmakers, wethouders, jeugdzorgprofessionals, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), jeugdigen, de Bureaus Jeugdzorg, wetenschappers, jeugdzorgaanbieders, ggz, ouders, leerkrachten en andere betrokkenen bij de veranderingen zijn het over één ding eens: het systeem kan en moet beter. Zij hebben allen de wens om het stelsel van jeugdhulp ten goede te veranderen.

De decentralisatie van de jeugdhulp is niet alleen een transitie van verantwoordelijkheden, het is ook een transformatie van het hele systeem. Een dergelijk grote verandering vraagt veel van alle betrokkenen. Werkwijzen worden aangepast, gemeenten kopen zorg in, jeugdzorgmedewerkers versterken hun professionele basis, en organisaties innoveren. Te midden van dat streven naar verandering en verbetering is het belangrijk voor ogen te houden dat er niet zoiets bestaat als een ultimatum remedium voor complexe maatschappelijke vraagstukken (vgl. RMO 2008; RMO 2011b). Er is geen passend systeem dat op alle complexe problematiek een passend antwoord heeft. Dat inzicht geldt ook voor de jeugdzorg, al is het lastig te aanvaarden in het geval van (zeer kwetsbare) kinderen, zeker in een door incidenten gedreven politiek tijdvak, met een samenleving die risico's zo veel mogelijk wil vermijden (vgl. RMO/Rob 2014).

Zoeken naar een 'systemische eindoplossing' is verleidelijk. De Raad stipt daarom drie patronen aan die gemakkelijk leiden tot valkuilen: het streven naar afstemming en samenhang; meer preventie en het aannemen van nieuwe taal of categorieën.

2.1 Betere afstemming en meer samenhang

Een groot bezwaar bij het huidige systeem is de gebrekkige afstemming en samenwerking tussen verschillende hulpverleners in de jeugdzorg. Dit is overigens geen nieuwe constatering. Verkokering van de jeugdzorg staat al jaren op de agenda (Van Eijck 2006a; 2006b; Van der Meer 2008; RMO 2008). Het afschrikwekkende beeld van één gezin met meer dan tien betrokken hulpverleners, maar niemand die verantwoordelijkheid neemt, moet krachtig worden bestreden. De Jeugdwet zet daarom in op verbeterde samenwerking tussen organisaties en professionals en 'integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur' (TK 2012/2013).

De valkuil bij deze redenering is dat de oplossing in termen van het probleem wordt gepresenteerd: gebrek aan afstemming en samenhang is het probleem, meer afstemming en samenhang de oplossing. Het streven naar meer afstemming en samenhang is begrijpelijk. In de huidige situatie komt hulp soms te laat of op de verkeerde manier tot stand. Het probleem is dat organisaties langs elkaar heen werken of elkaar niet weten te vinden. De wens is om dit te verbeteren, met meer aandacht voor samenhang en samenwerking. Het gevolg is dat er veel energie naar de juiste graad en manier van coördineren en afstemmen gaat. Mensen steken het liefst energie in concrete, organisatorische kwesties, zoals financiering en samenwerking (verslag expertbijeenkomst). Sturings- en organisatievraagstukken krijgen dan de overhand; aandacht voor de inhoud en de verschillende visies

verdwijnt naar de achtergrond (zie ook Van Twist 1995; Schillemans 2008; RMO 2008; RMO 2011b). Bovendien bestaat er een reële kans dat in dit proces weer nieuwe ‘lagen’ of ‘kokers’ ontstaan.

De focus op meer afstemming en samenhang vertaalt zich naar het vormgeven van één systeem. Een van de deelnemers aan de expertbijeenkomst waarschuwde hiervoor: *‘De mantra van één gezin, één kind, één plan, één regisseur wordt aangevuld met één organisatie: het wijkteam, en één specialist: de generalist. Daardoor heeft de transitie minder kans van slagen. We ontkennen te sterk dat er verschillen zijn tussen doelgroepen. Terwijl de praktijk leert dat soms specifieke kennis en vaardigheden nodig zijn om bepaalde vraagstukken te onderkennen en met doelgroepen te communiceren’* (verslag expertbijeenkomst). Het nadeel van een dergelijke benadering kan zijn dat meervoudige belangen uit het oog worden verloren. Het streven zou niet moeten zijn om één systeem vorm te geven, maar om een adaptief en meervoudig systeem te ontwikkelen waarin meerdere belangen tot hun recht komen en elkaar van tegenkracht voorzien (RMO 2011b).

2.2 Meer preventie

Preventie is een van de pijlers van de nieuwe Jeugdwet. De parlementaire werkgroep Toekomstverkenning jeugdzorg constateerde in aanloop naar de nieuwe wet: *‘Er moet meer gebruik gemaakt worden van preventieve acties en vroegtijdige interventies, waardoor de effectiviteit van de jeugdzorg wordt vergroot’* (TK 2009/2010). Door in te zetten op preventie en betere signalering van problemen hoopt de regering (grote) problemen van kinderen of gezinnen als gevolg van te laat ingrijpen te voorkomen.

Een valkuil van dit preventiedenken is dat het invasief (achter de voordeur) en grenzeloos (preventie is voor iedereen) kan zijn. Die valkuil is aanwezig omdat preventie gestoeld is op een risicobenadering (Peeters 2013a; 2013b). Het gericht inzetten van preventie veronderstelt namelijk kennis over het te voorkomen risico. Dat de risicobenadering in het stelsel van jeugdzorg al snel domineert, komt doordat betrokkenen in de jeugdzorg voortdurend te maken hebben met dilemma’s rond de gedachte ‘voorkomen is beter dan genezen’ (zie ook Torenvlied en Akkerman 2005; RMO/Rob 2014). Echter, met een inzet op meer preventie aanvaardt een samenleving een situatie waarin iedereen in potentie een risico vormt (Peeters 2013a; 2013b). Dat maakt het lastig om in een stelsel waarin preventie (ook) een belangrijke rol speelt, tegelijkertijd het denken in termen van risico’s te verminderen. Bovendien is het de vraag of alle middelen aan de voorkant gerechtvaardigd zijn om problemen te voorkomen. Bijvoorbeeld omdat er in het geval van generieke preventie geld naar kinderen gaat waarmee niets aan de hand is. Misschien is die financiering effectiever besteed in de jeugdzorg zelf (Gerritsen 2014).

2.3 Nieuwe taal en andere categorieën

Grote veranderingen in beleid(stelsels), sectoren of organisaties worden vaak kracht bij gezet door verandering van taal of categorieën. Er wordt letterlijk en figuurlijk afstand genomen van het ‘oude’, dat soms beladen is of een negatieve klank heeft gekregen. In de nieuwe Jeugdwet is ervoor gekozen om niet langer te spreken van jeugdzorg maar van jeugdhulp. De taal ontzorgt letterlijk. Ook vinden er discussies plaats over ‘generalisten’ en ‘specialisten’ (is de generalist de ultieme specialist?), over het hernoemen van specialistische zorg in *specifieke* zorg, en over het vervangen van de termen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg door ‘vrij toegankelijk’ en ‘niet-vrij toegankelijk’ (vgl. Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014).

Taal is een sterk middel om veranderingen kracht bij te zetten. De valkuil is dat het veranderen van (beleids)taal slechts 'verbale vernieuwing' betekent (Van Twist 1995). Hoewel nieuwe taal ruimte geeft om de dingen anders te organiseren of van bepaalde negatieve connotaties af te komen, biedt het geen garanties voor een betere praktijk. Gebeurt er meer dan het verhangen van een label? Echte verandering komt uiteindelijk tot stand door werkwijzen aan te passen en visies om te zetten in nieuw gedrag. Dat zal ook de uitdaging vormen voor het nieuwe stelsel van jeugdhulp. Anders blijkt later dat de nieuwe taal slechts symboliek met een beperkte houdbaarheid is (zie ook Verplanke et al. 2002).

Het hiervoor genoemde laat langs een drietal lijnen zien voor welke uitdagingen de betrokkenen bij het stelsel van jeugdhulp de komende jaren staan. Het leert alle betrokkenen dat het belangrijk is om de valkuilen van grootschalige systeemveranderingen op het netvlies te hebben. Maar dat is niet genoeg. Behulpzaam is ook dat zij inzicht hebben in de manier waarop de verschillende actoren en de verschillende vormen van zorg, hulp en ondersteuning zich tot elkaar verhouden. En meer specifiek: dat zij inzicht hebben in de verschillende inhoudelijke visies die in de praktijk tot uitdrukking komen. Dat is onderwerp van het volgende hoofdstuk.

3

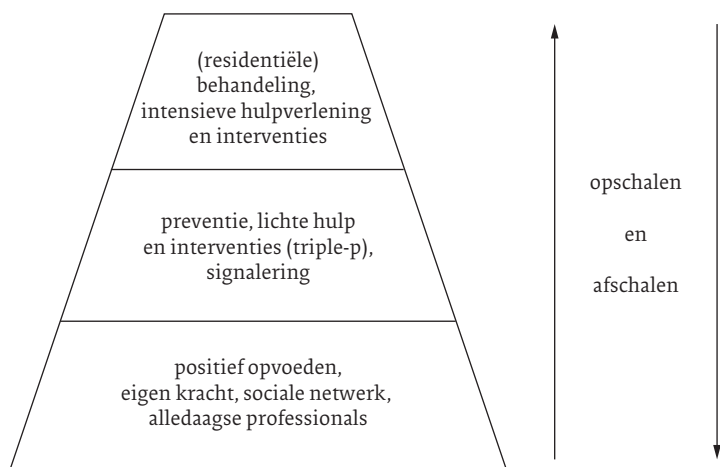
Vormen van complexe jeugdzorg

Het lijkt op het eerste gezicht weinig discussie te behoeven dat eigen kracht en het belang van het sociale netwerk ook principes zijn die gelden voor kinderen met complexe problematiek. Maar hoe ziet de zorg eruit waarin deze principes een rol spelen? Houden gedachten over inzet van het sociale netwerk en het versterken van de eigen kracht dan nog stand? Hoe liggen de verhoudingen tussen sociale netwerken, lichte hulp en gespecialiseerde zorg in de praktijk als op alle een beroep wordt gedaan in geval van complexe problematiek bij kinderen en gezinnen? Om een scherper beeld te krijgen van die verhoudingen, bespreken we hier een aantal verschillende benaderingen. Dat doen we in de wetenschap dat deze ‘modellen’ de werkelijkheid niet een-op-een vertegenwoordigen en in de praktijk door elkaar heen lopen. Het doel is niet om één voorkeursmodel te ontwerpen, maar om de verschillende perspectieven op hulp en ondersteuning te ontrafelen, evenals hun onderliggende aannames, voordelen en nadelen.

3.1 Stepped care: licht als het kan, zwaar als het moet

Het uitgangspunt van het *stepped care*-model is: licht als het kan, zwaar als het moet. Wanneer zich een probleem voordoet, krijgen cliënten in eerste instantie de minst belastende, goedkoopste en kortste behandeling die mogelijk is. Een intensievere interventie volgt als blijkt dat deze minimale aanpak onvoldoende effect heeft (vgl. Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014: 21). Om problemen te voorkomen legt dit model nadruk op universele preventie in het dagelijks leven. Anti-pestprogramma's bijvoorbeeld worden idealiter aangeboden aan alle kinderen. Doen zich toch problemen voor, dan volgen er lichte interventies, zoals weerbaarheidstrainingen voor kinderen die gepest worden. Pas wanneer dat ook niet helpt, volgen forsere interventies (zie ook Veenstra 2014). Er wordt letterlijk stap voor stap intensievere hulp aangeboden. Andersom werkt het model ook: op het moment dat minder zorg nodig is, wordt er langs dezelfde keten afgeschaald. De benadering is te visualiseren als een verticale keten (Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014: 21):

Figuur 1
Stepped care



Het zwaartepunt van de stepped care-aanpak ligt bij de basis van de piramide. Daar staat het voorkomen van problemen en het versterken van de pedagogische basis centraal. Dat gebeurt door kinderen, gezinnen en hun sociale netwerk instrumenten aan te reiken en methoden aan te leren waarmee zij zelf hun vragen ter hand nemen en oplossen. De eigen kracht van gezinnen en hun sociale netwerk worden aangesproken, en zo nodig worden ze met lichte interventies versterkt alvorens zwaardere hulp aan te bieden.

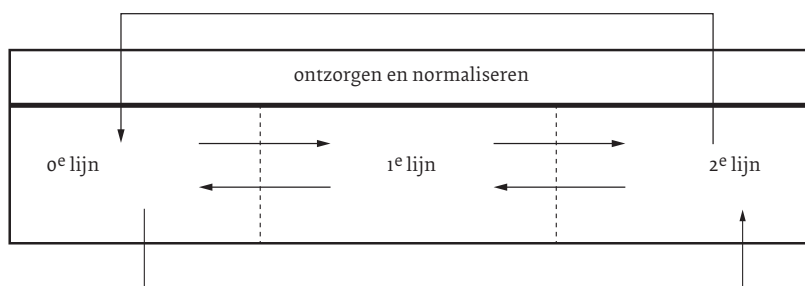
Daarmee komt het model ogenschijnlijk tegemoet aan de tekortkoming van het huidige stelsel, dat vragen of moeilijkheden bij opgroeien of opvoeden te snel problematiseert. Echter, omdat het model een 'verticale' benadering voorstaat, ligt er in de basis ook veel nadruk op het vinden van problemen. De monitoring van gezinnen en het gebruik van risicotaxaties spelen een belangrijke rol, omdat het in deze benadering van belang is te weten wanneer opgeschaald moet worden. Dat maakt het in deze denkwijze moeilijk te ontsnappen aan de aanzuigende en gulzige werking die het huidige systeem kenmerkt. Ieder gezin herbergt in dit model immers de potentie van problemen en zal in beeld moeten zijn om problemen tijdig te herkennen. Onder het mom van preventie maakt de hulpverlening steeds meer deel uit van het dagelijks leven. Ook bestaat het risico dat alle onderdelen van de keten hun meerwaarde willen laten zien of op zoek gaan naar cliënten en daarmee niet ontsnappen aan de verleiding om problemen te diagnosticeren. Een andere kanttekening van het stepped care-model is dat het op- en afschalen te langzaam gaat wanneer kinderen of gezinnen kampen met complexe problematiek. Omdat de interventie 'onder aan' de keten begint, modderen gezinnen te lang door of komt hulp te laat (vgl. Graas en Hageraats 2014; Terpstra en Van Dijke 2014). En laat dat nu juist de andere tekortkoming zijn die het nieuwe stelsel van jeugdhulp wil voorkomen.

3.2 Matched care: meteen doen wat nodig is

Het uitgangspunt van het model van *matched care* is dat de benodigde zorg of hulpverlening meteen op gang komt en direct aansluit bij de behoeften van een jeugdige of een gezin. Wie volgens deze visie werkt, doet meteen wat nodig is: met lichte interventies voor eenvoudige vragen, en zwaardere of gespecialiseerde zorg bij complexere situaties. Gespecialiseerde zorg volgens het matched care-model betekent meer doen dan het behandelen van een specifiek probleem. Die zorg richt zich ook

op herstellen van het dagelijks leven voor een kind of gezin. De specialist behandelt én normaliseert, waardoor in het behandeltraject bijvoorbeeld ook aandacht is voor scholing, sport en contact met vrienden. Bij voorkeur worden kinderen en gezinnen niet uit hun dagelijks leven gehaald, maar op zijn minst krijgt het dagelijks leven een plek in de (residentiële) behandeling (zie ook Terpstra en Van Dijke 2014; Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014). De benadering is te visualiseren als een horizontale balk:

Figuur 2
Matched care



Het voordeel van matched care is dat de nadruk ligt op het aanbieden van de juiste zorg, zonder daarbij de principes van ontzorgen en normaliseren uit het oog te verliezen. De benodigde hulp of ondersteuning wordt gelijktijdig aangeboden, niet volgtijdelijk. En als het nodig is, ontzorgen en normaliseren specialisten ook. Professionals uit de verschillende zorglijnen hebben allen oog voor ‘het gewone leven’. Positief is ook dat professionals die volgens deze benadering werken, idealiter voorkomen dat er te lang wordt aangemodderd met te lichte zorg, waardoor problemen verergeren en het vertrouwen van burgers in de zorg verdwijnt (zie ook Terpstra en Van Dijke 2014). Gespecialiseerde zorg is direct inzetbaar als dat nodig blijkt (vgl. Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014).

In het streven naar het aanbieden van ‘de juiste zorg’ zit tegelijkertijd ook de zwakte van deze benadering. Het is immers moeilijk te voorspellen of de interventies daadwerkelijk juist en tijdig zijn. Of de match goed genoeg was, is niet op voorhand in te schatten (vgl. verslag expertbijeenkomst). Het eerste risico van deze benadering is dat die gepaard gaat met een uiterst complex en bureaucratisch systeem van preventie en meten. De wens van een goede match veronderstelt immers dat vooraf heel precies inzichtelijk is wat een kind of gezin nodig heeft en dat daarbij in beeld is welke specifieke kenmerken het gezin of kind heeft en welke uitzonderingen van toepassing zijn. Hoe preciezer de diagnose en behandelcategorieën, hoe preciezer de match tussen zorgvraag en hulp. Een tweede risico is dat wie werkt via de principes van matched care ook in de valkuil van te vroeg en te veel ingrijpen stapt. Het opsporen van problemen en zo vroeg mogelijk interveniëren lijkt aantrekkelijker dan de dingen op hun beloop laten en dan constateren dat de zorg niet matchte (want te laat kwam).

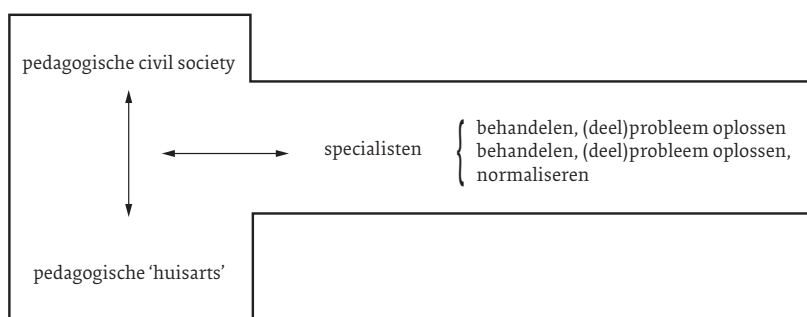
3.3 Pedagogisch-huisartsenmodel: risicoanalyse met oog voor sociale context

Een derde model is het pedagogisch-huisartsenmodel. In het veld van zorg en hulp gaan de laatste jaren verschillende geluiden op om een pedagogische ‘huisarts’ of sociale ‘huisarts’ te introduceren (zie bijvoorbeeld: Verhulst 2011; Gemeente Amsterdam 2012; RVZ 2012; RMO 2012). Het pedagogisch-huisartsenmodel kenmerkt zich door een hoogopgeleide generalist die werkzaam is in de eerste

lijn, oog heeft voor de mogelijkheden van het sociale netwerk en goede contacten onderhoudt met meer gespecialiseerde hulpverleners die de tweede lijn vormen. De pedagogische ‘huisarts’ bouwt vertrouwen op bij kinderen en gezinnen, activeert en versterkt, lost waar mogelijk problemen op en verwijst door waar nodig (RMO 2012). De hoogopgeleide generalist is zowel poortwachter naar gespecialiseerdere zorg als begeleider van gezinnen. De meerwaarde van de pedagogische ‘huisarts’ is dat hij vragen of problemen van kinderen en gezinnen benadert vanuit een contextueel en integraal perspectief. Hij analyseert de hele opvoedsituatie en geeft lichte ondersteuning waar nodig. Daarnaast heeft de pedagogische ‘huisarts’ oog voor de *betekenisgeving* van het probleem. De ‘huisarts’ vraagt zich af waarom een kind of gezin met deze vragen op dit moment naar hem toe komt (Hutschemaekers 2014).

Het huisartsenmodel ziet eruit als een T:

Figuur 3
Het pedagogisch-huisartsenmodel



Tot zover lijken het huisartsenmodel en de matched care-benadering veel op elkaar. In het huisartsenmodel bedient de eerstelijns professional zich echter van een andere manier van kijken naar opvoedvragen en -problemen. De werkwijze van een pedagogische ‘huisarts’ is er een van risico-analyse, maar met nadruk op herstel in de eigen leefomgeving. Anders dan de specialist die diagnoseert en behandelt, zal de ‘huisarts’ als het even kan aankijken hoe een situatie zich ontwikkelt. Dat doet hij door voortdurend te wikken en te wegen op basis van zijn ervaring met eerdere casussen. Vanuit dat professionele fundament is de ‘huisarts’ in staat om afwegingen te maken op basis van het ‘pluis/niet-pluis’-gevoel (RMO 2012; Hutschemaekers 2014). Daarbij is er expliciet plaats voor een zoektocht naar de rol die niet-professionals kunnen spelen in het herstel van het gewone leven (Hutschemaekers 2014). De ‘huisarts’ staat voortdurend in contact met het gezin en het sociale netwerk, maar sluit een snelle schakeling naar specialisten niet uit. De ‘kop’ van de T symboliseert de poortwachtersfunctie van de ‘huisarts’, maar zonder een ondoordringbaar schot te vormen naar specialistische zorg (zie ook Graas en Hageraats 2014). Waar in het model van matched care de eerstelijnsprofessional toch vooral een *lichtere* vorm van behandelen aanbiedt ten opzichte van de tweedelijnsprofessional, biedt de eerstelijnsprofessional in het huisartsenmodel hulp vanuit een ander hoogwaardig professioneel kader in vergelijking met de tweedelijnsprofessional.

Wat betreft de tweede lijn kunnen het model van matched care en het huisartsenmodel overeenkomen of verschillen. In het huisartsenmodel zijn twee varianten mogelijk voor de invulling van de tweede lijn. In de eerste variant zijn specialisten echte specialisten – vergelijkbaar met de hartchirurg in een ziekenhuis. Ze zijn heel goed in hun eigen expertise en hebben daarin geen of weinig overlap met die van anderen. De specialist neemt niet of nauwelijks risico’s, maar zet vooral in op

het zo grondig mogelijk behandelen van een specifieke klacht of specifiek probleem. In de andere benadering, die overeenkomt met de zienswijze in het model van matched care, houden de specialisten zich bezig met behandelen en hebben ze ook oog voor normaliseren. Denk aan terreinen als onderwijs en arbeidsmarkt en hoe jeugdigen en gezinnen daarin zo normaal mogelijk kunnen functioneren.

Ook bij dit model zijn een aantal vraagtekens te plaatsen. In de eerste plaats gaat het denken op basis van dit model vaak gepaard met een uitvoerige discussie over de invulling van de woorden pedagogische 'huisarts' (de generalist) en specialist. Het risico daarvan is een situatie waarin het praten over generalisten en specialisten verzandt in holle frasen als 'mijn specialisme wordt generalisme'. Dergelijke formuleringen gaan voorbij aan een inhoudelijk debat over wie welke zorg verleent aan kinderen en gezinnen. De aandacht die er de laatste tijd is voor het werken met generalisten werkt bovendien in de hand dat er nadrukkelijk een onderscheid wordt neergezet tussen generalisten en specialisten. Het gevolg kan zijn dat specialisten in de verdediging schieten en hun meerwaarde willen bewijzen, terwijl dat niet nodig is en zelfs onwenselijk kan zijn. Denk aan de cardioloog die verkondigt generalist te worden (verslag expertbijeenkomst). Daarnaast leven er vragen over de gewenste professionaliteit van de 'pedagogische huisarts'. Welk werk- en denkniveau heeft deze generalist nodig? Welke professionele basis heeft deze 'huisarts' nodig om een goede inschatting te kunnen maken van de situatie van gezinnen? Hoe is zijn integrale benadering te verbinden met situaties waarin drang en dwang een rol spelen? Welke organisaties hebben een dergelijke professional in dienst? En wat betekent de aanwezigheid van een pedagogische 'huisarts' voor (de samenwerking met) andere professionals?

In de tweede plaats is het goed om alert te zijn op de invulling die de pedagogische 'huisarts' geeft aan de lichte ondersteuning die hij biedt. Die brengt twee risico's met zich mee. Het eerste is dat de 'huisarts' kinderen en gezinnen te lang vasthoudt en te laat verwijst (zie ook Scholten 2014). Of omgekeerd: de pedagogische huisarts verwijst te snel door naar gespecialiseerde zorg. Bijvoorbeeld wanneer er te veel druk op hem wordt uitgeoefend om kinderen te voorzien van een diagnose met bijbehorend financieel rugzakje. Het tweede risico raakt aan de bovenstaande vragen over de professionele basis van de 'huisarts'. Die moet enerzijds een heel breed zijn, zodat bij elke situatie die zich voordoet een goede inschatting kan worden gemaakt. Anderzijds is behoorlijk specialistische kennis nodig als er toch enige vorm van behandeling nodig is. Het is de vraag in hoeverre zich die in één persoon laat combineren en wat dat bijvoorbeeld betekent voor het aantal kinderen of gezinnen dat de 'huisarts' tegelijkertijd aankan (de caseload).

3.4 Contextmodel: kwaliteit van leven als spil van jeugdhulp

Bij complexe problematiek bestaan er fricties in de relatie tussen kind, ouder en sociale omgeving die de kwaliteit van leven aantasten. De zorg voor een kind met gedragsproblematiek kan bijvoorbeeld leiden tot isolatie van een gezin; als een kind intensieve zorg krijgt, kan dat een grote bron van stress zijn voor ouders; of broers en zussen kunnen problemen ontwikkelen omdat er veel aandacht uitgaat naar een gehandicapt kind. In een vierde model staat die wisselwerking tussen kind, gezin en sociale omgeving centraal. Uitgangspunt van dit 'contextmodel' is dat bij complexe of zware problematiek een specialist het hele systeem zodanig ondersteunt en helpt, dat het als geheel in staat wordt gesteld weer gezond en zelfstandig te functioneren. De kwaliteit van leven is het centrale uitgangspunt van de zorg.

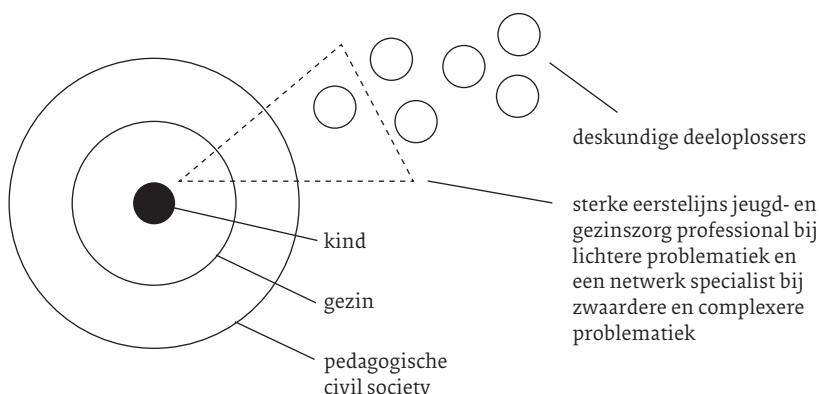
In een interview noemt hoogleraar pedagogiek Micha de Winter deze specialist ‘netwerkspecialist’ (De Ruiter 2014). De netwerkspecialist is een professional die onder de moeilijkste omstandigheden werkt aan het herstellen van de kwaliteit van leven in gezinnen. Omdat de netwerkspecialist werkt aan de rehabilitatie van een kind of gezin in de eigen omgeving, pelt hij of zij een complex probleem niet af tot afzonderlijk te behandelen deelproblemen, maar werkt aan het hele probleem in de context waarin het is ontstaan (vgl. Solomon 2012).

In het contextmodel gelden de principes van ontzorgen en normaliseren voor *alle* kinderen; de principes worden niet meer losgelaten naarmate de problematiek complexer wordt (zoals bij stepped care) of zijn niet aanvullend op vormen van behandeling (zoals bij matched care of de pedagogische ‘huisarts’). Ontzorgen en normaliseren zijn het centrale uitgangspunt voor de hele jeugdzorg. Het toepassen van die principes in de meest complexe opvoedsituaties vraagt om een zeer kundige professional: een specialist die in staat is om de kwaliteit van het alledaagse leven te herstellen en te borgen in situaties waarin problemen op elkaar inwerken, het netwerk afwezig of destructief is, en de eigen kracht en zelfredzaamheid beperkt is. Dat kan door het aansturen op veranderingen in die situatie en door het kind, het gezin en de omgeving te leren *omgaan* met de vraagstukken die spelen.

De tweedelijnspecialist is in deze benaderingswijze niet (zoals veel specialisten nu) een behandelaar van een probleem binnen een individu, maar een expert in netwerkzorg en een specialist in het herstellen van de kwaliteit van het alledaagse leven. Dat sluit niet uit dat het mogelijk noodzakelijk is om óók een ‘probleem’ of ‘kwaal’ te behandelen. Het is alleen niet het einddoel; dat is de kwaliteit van het alledaags functioneren. Om dat einddoel te bereiken kan de netwerkspecialist er indien nodig ‘deskundige deeloplossers’ bij betrekken: professionals met een specifiek aandachtsgebied (zie ook verslag expertbijeenkomst). Bijvoorbeeld een diëtist of een psychiater die een specifieke stoornis kan behandelen. Het kan ook gaan om heel praktische ondersteuning, zoals iemand die een gezin ontlast door te koken of de was te draaien.

Doordat in dit vierde model de principes van ontzorgen en normaliseren het centrale uitgangspunt zijn voor alle kinderen en gezinnen, krijgt de vraag naar aansluiting tussen eerstelijns- en tweedelijnsprofessionals een andere lading. De vraag is niet langer wanneer een kind of gezin beter af is bij meer gespecialiseerde zorg en wanneer er dus een overgang plaatsvindt van eerste naar tweedelijnszorg, maar de vraag wordt welke professional of professionals gegeven de aard van het probleem het best geëquipeerd is of zijn om het gezin en kind weer te laten functioneren in het alledaagse leven. De zorg wordt daarmee om het kind en gezin heen georganiseerd, in plaats van dat het kind en gezin door de zorg wordt geleid. Ook ‘gespecialiseerde zorg’ is beschikbaar rondom het gewone leven.

Figuur 4
Contextmodel



Het model in figuur 4 laat zien dat de zorg bij zware en complexe problematiek inhoudelijk niet anders is. Zorg voor alle kinderen is gebaseerd op de principes van ontzorgen en normaliseren en is gericht op herstellen van de kwaliteit van leven. Het is de zorgprofessional die wisselt. Bij lichtere opvoed- en opgroei-problematiek werkt een eerstelijnsprofessional met het kind en het gezin, bij zwaardere problematiek een netwerkspecialist.

De kracht van dit model is dat alle professionals in de jeugdzorg (eerstelijnsprofessionals, netwerkspecialisten en deskundige deeloplossers) werken aan het herstel van de kwaliteit van het dagelijks leven. Het gaat er niet langer om dat specialisten uit de 'eerste lijn' en 'tweede lijn' op elkaar aansluiten en naar elkaar verwijzen, cruciaal is dat zij in gezamenlijkheid werken aan het herstel van de kwaliteit van leven van en rondom het kind of het gezin. Specialisten stellen evenzogoed hun kennis en kunde beschikbaar aan het kind en zijn of haar omgeving opdat zij weer zo goed mogelijk functioneren, in plaats van dat zij de eerstelijnszorg ondersteunen of ingrijpen en problemen overnemen als de situatie te complex wordt (De Ruiter 2014). Dit opent de deur naar een ander perspectief op gespecialiseerde zorg: gespecialiseerde zorg is niet een vorm van zorg waar gezinnen zo veel mogelijk buiten moeten blijven, maar een 'normaal' onderdeel van de omgang met kwetsbaarheid.

Hoewel het contextmodel kan bogen op een sterke inhoudelijke visie, roept het vragen op over de organisatorische uitwerking. Wie bepaalt dat de situatie zodanig complex is dat er een netwerkspecialist nodig is? Welke werkwijzen en methoden worden daartoe gebruikt? Over welke competenties beschikt een netwerkspecialist? Bieden de bestaande financieringsmogelijkheden voldoende mogelijkheden om de jeugdhulp op deze wijze in te richten? Wanneer (be)handelt deze netwerkspecialist zelf en wanneer roept hij of zij de ondersteuning van anderen in? Wie heeft de (eind)verantwoordelijkheid voor de hulp aan het gezin? Hoe wordt voorkomen dat de situatie van een gezin met tien hulpverleners continueert?

Net als bij de andere modellen is het dus ook bij dit model mogelijk in oude valkuilen te stappen. Het belangrijkste verschil is dat het model de antwoorden zoekt in een goede samenwerking tussen professionals. Het contextmodel biedt de inhoudelijke grondslag om over dergelijke vragen te praten. Mogelijk dat dit contextmodel, in vergelijking tot de andere modellen, specialisten ook meer uitnodigt voor dit gesprek: ze bevinden zich immers niet langer aan het eind van de keten, maar dragen mede verantwoordelijkheid voor het optimaal functioneren van de hele jeugdzorg, en hoewel er op gespecialiseerde zorg bezuinigd wordt, is de vraag niet langer hoe de toegang smaller kan worden

gemaakt, maar in welke situaties hun kennis en kunde van opvoedsystemen meerwaarde heeft. Tegelijkertijd stuurt juist dit model op de grootst mogelijke inhoudelijke wijziging van het werk van specialisten. Dat vraagt erom het gesprek aan te gaan en te verkennen hoe die wijzigingen er uit zien.

Naast de organisatorische vragen roept dit model ook vragen op over de manier waarop de inhoudelijke aannames tot stand komen. Het model draait om het herstel en de kwaliteit van het dagelijks leven. Wie bepaalt wanneer die kwaliteit afdoende is? Wie gaat er over de opvattingen over 'het goede leven'? Wat gebeurt er als er conflicterende opvattingen bestaan? Bijvoorbeeld tussen een jeugdzorgprofessional die drugsgebruik afkeurt en een ouder die van mening is dat haar verslaving onderdeel van de kwaliteit van leven is? Dat is een lastig vraagstuk, zeker wanneer er kinderen in het spel zijn. Het is daarom goed om de kwaliteit van leven voor de betrokken kinderen als uitgangspunt te nemen. Daarnaast vraagt dit model om professionals die werken vanuit een stevige professionele basis en de mogelijkheid om de daaraan verbonden werkwijzen door middel van intervisie, bijscholing, uitwisseling en visitatie ter discussie te stellen.

3.5 Een andere benadering van jeugdhulp

De in dit briefadvies gekozen beschrijving van de vier modellen is opzettelijk ideaaltypisch. De zorg voor kinderen en gezinnen met complexe problematiek is in werkelijkheid niet te vatten in één model. En dat is maar goed ook, want juist een modelmatige aanpak van de werkelijkheid leidt er vaak toe dat die werkelijkheid uit het oog wordt verloren (RMO 2011b). Tegelijkertijd kan de praktijk leren van een geabstraheerde versie van de werkelijkheid: die maakt inzichtelijk waar de mogelijkheden van een bepaalde benadering zitten en waar valkuilen kunnen ontstaan.

De modellen grijpen op verschillende wijzen in op de geconstateerde fouten in het huidige stelsel van jeugdhulp, maar bieden niet op alle punten een passend antwoord. Door hulp stapsgewijs in te zetten probeert stepped care onder meer te voorkomen dat kinderen en gezinnen met lichtere problematiek een te zwaar hulpaanbod ontvangen. De valkuil daarbij is dat hulpverlening te traag op gang komt voor wie die acuut nodig heeft. Wie werkt via matched care probeert daar iets aan te doen. Door direct (tweedelijns)hulp in te zetten bij complexe problematiek zorgen professionals ervoor dat er snel een interventie plaatsvindt en niet te lang wordt aangekeken en aangemodderd. Dat kan betekenen dat betrokken professionals de neiging hebben om vooraf heel precies te willen weten bij welk probleem welke hulp wordt ingezet, waardoor zij in een preventielogica gevangen raken of een bureaucratisch meetsysteem opzetten. Het pedagogisch-huisartsenmodel probeert te ontsnappen aan te veel risicoanalyse door meer oog te hebben voor de context van de problemen en gaandeweg met een gezin tot een oplossing te komen. Dit model roept in de praktijk echter vragen op over wie 'de generalist' is en welke professionele basis deze generalist heeft. Het contextmodel verkent een andere benadering van jeugdhulp. Niet het oplossen van problemen staat centraal, maar de gedachte dat ontzorgen en normaliseren voor alle kinderen geldt. Om die gedachte ingang te doen krijgen bij de gespecialiseerde zorg, is het van belang dat hun inhoudelijke focus verschuift van het behandelen van geïsoleerde problemen naar het herstellen van het dagelijks leven door problemen in hun context te behandelen. Dit model vraagt nog om een verdere doordenking van de organisatorische uitwerking. Hoe komt de netwerkspecialist in beeld bij een kind of gezin, en hoe krijgt vervolgens de afstemming met andere professionals en betrokkenen vorm?

In alle modellen komen grofweg dezelfde elementen terug: het kind en het gezin, het sociale netwerk, lichte zorg en ondersteuning, en specialistische zorg. De benaderingen onderscheiden zich door de wijze waarop deze actoren zich tot elkaar verhouden en door de opvattingen over de

vormgeving van de geboden jeugdhulp. In de eerste plaats zijn er verschillende opvattingen over de plaats van de jeugdhulp. Soms wordt complexe problematiek gezien als een probleem dat behandeling vereist buiten het alledaagse leven (exclusie). Hiervan is bijvoorbeeld sprake als een kind met een angststoornis eens per week een gesprek heeft in de praktijk van een psycholoog. In andere gevallen ligt de nadruk juist op hulp als onderdeel van het dagelijks leven (inclusie), bijvoorbeeld als de psycholoog het kind ook thuis opzoekt, de ouders leert hoe zij met hun kind kunnen omgaan op het moment dat zich een angstaanval voordoet en kijkt welke impact de stoornis heeft op het dagelijks functioneren van het gezin. Een tweede onderscheid is *benadering van het probleem* waar een kind of gezin mee kampt. In de jeugdhulp kan de nadruk liggen op het verhelpen van het probleem (risicobenadering) of juist meer op het leren omgaan met het probleem (diversiteitsbenadering). De modellen variëren, ten derde, in de manier waarop het kind of het gezin door het systeem van jeugdhulp *beweegt*. In het ene model wordt het kind/gezin verplaatst van de ene zorglaag naar de andere of wordt het kind van de ene professional naar de andere professional doorgegeven. In een andere benadering is het niet het kind of gezin dat beweegt, maar bewegen de professionals zich rondom het kind en gezin. Een vierde verschil heeft betrekking op *vertrouwen*. Rust het voorgestelde systeem ook op vertrouwen in de kennis, kunde en het inschattingsvermogen van professionals of draait het vooral om het opvolgen van vastgelegde protocollen en methoden? Is het uitgangspunt van het model dat bij opvoed- en opgroei problemen de situatie kan worden aangekeken en afgetast, of wordt er zo min mogelijk risico genomen en zo vroeg mogelijk geïntervenieerd? En hoe werken professionals samen: zijn protocollen en diagnoses hun houvast bij onderlinge afstemming, of ligt het zwaartepunt op onderling overleg? Tot slot gaan de modellen op verschillende manieren om met *verantwoordelijkheden*. Soms draait de inzet van jeugdhulp vooral rond verantwoordelijkheden van professionals die het kind of het gezin door het systeem begeleiden. In andere benaderingen hebben professionals ook oog voor de verantwoordelijkheid die het gezin zelf heeft bij het omgaan met hun problemen of voor de wijze waarop andere professionals of de sociale omgeving betrokken kunnen worden.

In het huidige jeugdzorgsysteem komt het regelmatig voor dat de hulp buiten het alledaagse leven wordt georganiseerd en ligt de nadruk op het verhelpen van problemen. Het komt veel voor dat kinderen en gezinnen van de ene zorglaag naar de andere worden verplaatst, waardoor zowel te laat hulp als te veel hulp wordt geboden. Door preventie, risicotaxaties en categorisatie van problemen en oplossingen proberen professionals grip te krijgen op kinderen en gezinnen met problemen. De verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp is sterk systeemgericht. Dat verklaart bijvoorbeeld de reflex van politiek en samenleving om bestuurders en de overheid bij incidenten in de jeugdzorg aan te spreken (zie ook RMO/Rob 2014).

De vier gepresenteerde modellen laten zien dat het mogelijk is om op andere manieren naar jeugdhulp te kijken. De transformatie biedt een kans om stil te staan bij die inhoudelijke keuzes. Het contextmodel is daarin het meest vergaand. In dat model ligt de nadruk op het accepteren van en leren omgaan met problemen. Professionals werken samen vanuit een professionele basis en een gedeelde visie op kinderen met complexe problematiek. Zij organiseren de zorg rondom een kind en gezin en in de sociale omgeving. Daarmee is de verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg een gedeelde verantwoordelijkheid. Een dergelijke paradigmashift gaat gepaard met veel organisatorische onzekerheid en onduidelijkheid. Die onzekerheid en onduidelijkheid kunnen bronnen zijn van een belangenconflict en daarmee verandering frustreren (RMO, nog te verschijnen), het kan ook zo zijn dat juist dit model de inhoudelijke inspiratie biedt om de polarisatie die zich in de jeugdzorg ontwikkelt te ontstijgen.

Ongeacht de inhoudelijke keuzes die de komende tijd worden gemaakt, is het stimuleren van de samenwerking tussen eerstelijns- en tweedelijns hulp een opgave waarmee alle gemeenten zich

geconfronteerd zien. Veel gemeenten experimenteren in dat kader met een ‘buurtteam’, ‘jeugdteam’ of ‘wijkteam’ (VNG 2013). Daarom verkennen we in het volgende hoofdstuk welke meerwaarde het wijkteam heeft voor het domein van de jeugdhulp en voor welke uitdagingen gemeenten nog staan wanneer zij in aanloop naar de nieuwe Jeugdwet met wijkteams aan de slag gaan.

4

Wijkteams en de jeugdhulp

De verantwoordelijkheid voor het stelsel van jeugdhulp ligt vanaf begin 2015 bij de gemeenten. Zij moeten in de praktijk aan de slag met de twee genoemde ambities. Hoe zorgen gemeenten ervoor dat de zorg voor jeugd zo licht mogelijk is en in het sociale netwerk plaatsvindt, maar houden ze ook goede mogelijkheden om kinderen en gezinnen indien nodig gespecialiseerde zorg aan te bieden? In veel gemeenten gaan wijkteams een belangrijke taak vervullen bij de beantwoording van deze vraag. De gedachte is dat de wijkteams de ogen en oren van de wijk zijn, aansluiten bij de kracht van de samenleving (o.a. burgerinitiatieven), meer samenhang tussen de verschillende vormen van hulp en ondersteuning creëren en de hulp dicht bij de burger organiseren (VNG 2013; RMO 2012; RVZ 2014; Den Uyl en Kruithof 2014; Derkzen en De Krom 2014; Van der Lans 2014; De Vries 2014). De professionals uit een wijkteam zoeken samen met burgers uit in hoeverre zij zelf aan hun problemen kunnen werken en welke personen uit hun sociale netwerk daarbij kunnen helpen. Pas in tweede instantie geven wijkteamprofessionals zelf ondersteuning of wordt gekeken of toeleiding naar andere vormen van hulp noodzakelijk is. In dat laatste geval hebben zij ook een rol als poortwachter, vergelijkbaar met die van de huisarts (VNG 2013).

De wijkteams versterken de gefragmentariseerde en verzwakte eerste lijn van de jeugdzorg. Met het oprichten van wijkteams komt er meer aandacht voor de ‘voorkant’ van de hulp. De gedachte is dat dit de kans op tijdige en zo licht mogelijke hulp aan kinderen en gezinnen vergroot. Doordat wijkteams veelal werken met generalistische professionals die beginnen bij het versterken van de ‘eigen kracht’ van kinderen, gezinnen en hun netwerk, bieden zij een stevige basisvoorziening die bovendien oplossingsgericht werkt. De teams vormen een toegankelijk en laagdrempelig aanspreekpunt voor kinderen en gezinnen. Ook vormen wijkteams een schakel tussen alle betrokkenen bij opvoeden en opgroeien: ouders, het sociale netwerk, medewijkbewoners, de school, de sportvereniging enzovoort (Sprokkereef 2014). Dat zorgt er idealiter voor dat de wijkteams een goed beeld hebben van wat er in hun gebied gaande is en dat zij snel kunnen schakelen naar andere hulpvoorzieningen, waardoor kinderen en gezinnen niet verstoken blijven van hulp.

De ontwikkeling van wijkteams kan daarom een bijdrage leveren aan het voorkomen van de twee genoemde fouten in de huidige organisatie van jeugdzorg. Duidelijk is ook dat de gemeenten, elk op hun eigen wijze, de komende periode nog volop zullen experimenteren met de ontwikkeling van wijkteams en de wijze waarop zij de jeugdhulp gaan vormgeven. Met welke zaken moeten gemeenten in ieder geval rekening houden? We schetsen een aantal aandachtspunten die onder andere in de position papers en de expertbijeenkomst aan de orde kwamen.

4.1 Eén term, verschillende praktijken

Achter het woord ‘wijkteam’ gaan verschillende praktijken schuil. Hoewel de gedeelde naamgeving wellicht anders suggereert, is de inzet van een wijkteam geen *one size fits all*-constructie. Inhoudelijke en organisatorische keuzes hebben gevolgen voor de wijze waarop het wijkteam wordt ingericht (Van Steenberghe en Wittmayer 2014). Iedere gemeente kan zelf bepalen op welke manier

zij invulling geeft aan de wijkteams. Ook is het mogelijk om per wijk verschillende accenten te leggen. Bijvoorbeeld omdat de populatie daarom vraagt of omdat de schaal van de gemeente zich niet leent voor wijkteams (sommige dorpen zijn te klein voor meerdere teams). Een wijkteam dat zich voornamelijk baseert op de visie van stepped care ziet er anders uit dan een wijkteam dat zich vormt naar elementen van matched care, het pedagogisch-huisartsenmodel of het contextmodel. Sommige wijkteams zullen zich vooral richten op lichte ondersteuning, andere houden zich ook bezig met behandeling of diagnose. In de ene stad zal de gemeente de aansturing van het wijkteam voor haar rekening nemen, in een andere plaats zal die regievoering bij maatschappelijke organisaties liggen. In sommige gevallen wordt gekozen voor een populatiegebonden bekostiging, in andere gevallen voor een resultaatgebonden bekostiging (vgl. Van de Gevel 2014; RMO, nog te verschijnen). Wijkteams zullen verschillen al naar gelang de keuzes die gemeenten en betrokken organisaties maken. Die variatie biedt de mogelijkheid om aan te sluiten bij de verschillende behoeften van burgers. Het vraagt ook om de erkenning van de verschillen als wijkteams uit verschillende gemeenten met elkaar vergeleken worden (bijvoorbeeld in een monitor of onderzoek) of als gemeenten en professionals van praktijken in andere gemeenten willen leren.

Gemeenten die bewust stilstaan bij de verschillende mogelijkheden bij de ontwikkeling van wijkteams, proberen een balans te vinden tussen effectiviteit en flexibiliteit. Gemeenten staan nu voor de uitdaging om wijkteams te ontwikkelen die direct operationeel zijn en kinderen en gezinnen kunnen ondersteunen. Tegelijkertijd is het belangrijk om te voorkomen dat de wens om effectief te zijn, mogelijkheden voor verbetering en aanpassing minimaliseert en dat er een star systeem ontstaat dat de valkuilen van het oude systeem niet weet te ontstijgen. Flexibiliteit binnen de wijkteams biedt meer ruimte om tegemoet te komen aan verschillende hulpvragen. Bovendien is vooraf niet te voorspellen hoe de wijkteams (met daarachter verschillende visies op zorg) gaan functioneren in de praktijk. Dat pleit voor mogelijkheden om ze gaandeweg te ontwikkelen en waar nodig aan te passen.

4.2 Ruimte voor maatschappelijke organisaties

De verantwoordelijkheid voor en de financiering van de jeugdhulp ligt bij de gemeenten. Zij sturen daarom op de ontwikkeling van wijkteams, die vaak bestaan uit professionals van verschillende maatschappelijke organisaties. Tijdens de expertbijeenkomst leidde dit tot de vraag of het wel aan gemeenten is om te bepalen hoe maatschappelijke organisaties moeten functioneren en samenwerken (verslag expertbijeenkomst). Het risico bestaat dat gemeenten te dominant zijn in de ontwikkeling van het stelsel van jeugdhulp en dat zij er eenzijdig voor kiezen om met wijkteams te werken. De wet schrijft echter niet voor dat 'er wijkteams zullen zijn'. De Vries stipt in zijn position paper aan 'dat waarbij het werk in de wijkteams wordt aanbesteed, de gemeente verwacht dat één aanbieder alle doelgroepen kan bedienen en alle vraagstukken kan oplossen. Andere gemeenten verwachten van de teamgenoten in de wijkteams dat zij hun "identiteit" opgeven en zich feitelijk losmaken van hun moederorganisatie. Of sommige gemeenten "dwingen" zelfs de verschillende aanbieders op te gaan in een geheel nieuwe organisatie' (De Vries 2014: 2). Dit kan ertoe leiden dat er onder druk van de gemeentelijk ambities een situatie van '*surviving of the fitting*' ontstaat. De maatschappelijke organisaties die het beste voldoen aan het gemeentelijk kader kunnen voortbestaan; de organisaties die sterker leunen op hun eigen identiteit hebben het nakijken (RMO 2009a; RMO 2011b). Gemeenten kunnen er ook voor kiezen om de komende tijd met verschillende partijen (jeugdzorgaanbieders, scholen, Centra voor Jeugd en Gezin, verenigingen enz.) in gesprek te blijven over de inrichting van de jeugdhulp en daarbij aandacht te schenken aan de ideeën van maatschappelijke organisaties. Wellicht kiezen aanbieders van jeugdhulp en ondersteuning voor andere organisatie- en samenwerkingsvormen dan een wijkteam.

4.3 Waak voor wijkteams als nieuwe koker

In de reeds bestaande wijkteams werken professionals uit verschillende organisaties en met verschillende expertise samen. Positief is dat expertise wordt samengebracht en uitwisseling van kennis gemakkelijker wordt. Betrokkenen bij de jeugdhulp waarschuwen echter ook voor een situatie waarin gemeenten met de wijkteams geen samenwerking, maar een nieuwe koker creëren die naast de bestaande organisaties en systemen komt te staan. In dat geval neemt het streven naar samengang een grotere rol in dan de mogelijkheden die samenwerking tussen verschillende perspectieven biedt (zie ook hoofdstuk 2). Dat kan bijvoorbeeld gebeuren als het wijkteam niet langer een netwerkorganisatie is, maar de gemeente beslist dat het een eigenstandige organisatie wordt (zie ook De Vries 2014), of als wijkteams hun eigen bestaan willen legitimeren door zich expliciet te onderscheiden van andere organisaties. Daarmee bestaat het risico dat er slechts een laag wordt toegevoegd aan het bestaande zorglandschap: een extra coördinatielaag, die na verloop van tijd ook weer op een eigen koker gaat lijken (RMO 2008: 26). Sommige deskundigen vrezen dat er feitelijk helemaal niet zo veel verandert in gemeenten. Zo lijken sommige wijkteams toch vooral weer vanuit het oude patroon te worden ingericht op basis van vaste rolpatronen en werkwijzen die zijn gebaseerd op wantrouwen, controle en verantwoording (Van Steenberghe en Wittmayer 2014). Dan blijken de wijkteams wellicht niet meer dan de verbale vernieuwing waar we in hoofdstuk 2 over spraken. Ook wordt gewaarschuwd voor een situatie waarin de wijkteams feitelijk dezelfde rol gaan vervullen als het Centrum Indicatiestelling Zorg (Sweers 2014), terwijl het juist de bedoeling is dat wijkteams meer zijn dan een poortwachter voor zorg.

4.4 Ruimte om wijken te overstijgen

Wijkteams werken in wijken. Uit onderzoek blijkt dat een aanwijsbaar operationeel gebied bijdraagt aan positieve resultaten van een wijkteam (Van der Lans 2014). Tegelijkertijd is het onwenselijk de wijkteams 'op te sluiten' in de wijk. Niet alleen omdat wijken nu eenmaal sterk verschillen en het lastig is om een ultieme populatieomvang voor het wijkteam te definiëren, maar ook omdat problemen én oplossingen van kinderen en gezinnen zich niet beperken tot wijken (RMO 2009b; Van der Lans 2014; Linders 2013). Linders wijst erop dat voor sommige mensen geldt dat het beter is om buiten de wijk waar ze wonen aan hun herstel of aan verbetering van hun situatie te werken. 'Nu de wijk weer hoogtij viert als aangrijpingspunt voor sociale interventies en gemeenten ook steeds meer met wijkbudgetten gaan experimenteren, moeten ze er alert op blijven dat ze financiële middelen ruimer inzetten dan alleen voor de afgesloten eenheid van wijk, buurt of dorp' (Linders 2013).

In het stelsel van jeugdhulp geldt dit met name voor gespecialiseerde zorg die vanwege de beperkte vraag op regionaal of landelijk niveau wordt georganiseerd. Denk aan het behandelen van jeugdigen die te maken hebben met zeer zeldzame beperkingen, mensenhandel of gedwongen prostitutie. Dit soort gevallen vragen om mogelijkheden die het niveau van wijk en gemeente overstijgen. 'Sommige zorgvormen vragen bij uitstek om bovenregionale organisatie en financiering. Want dat is de optimale schaal voor een kwalitatief hoogwaardige en efficiënte bedrijfsvoering. Een doorgeschoten decentralisatie kan speciaal opgebouwde en specialistische expertise die landelijk werkt, doen verdwijnen. Gemeenten moeten dat onder ogen zien en niet te bang zijn om op bovenregionaal niveau, en daarmee buiten de gemeentegrenzen, te blijven samenwerken,' aldus Graas en Hageraats in hun position paper (2014). De transformatie van de jeugdzorg vraagt weliswaar om veranderingen van de hele sector, het is niet de bedoeling om het bestaan van goed werkende regionale of landelijke expertise te ontkennen. Het is juist interessant om die kennis en kunde waar mogelijk te gebruiken

en tegelijkertijd aan de hand van nieuwe ervaringen te bekijken welke specialismen en disciplines nodig zijn en welke overbodig.

4.5 Verbinding tussen eerste en tweede lijn

Experimenten met wijkteams laten zien dat deze teams zich nadrukkelijk profileren in de eerste lijn. De hulp en ondersteuning die zij leveren is voor iedereen beschikbaar en heeft veel oog voor het inschakelen van het sociale netwerk. De wijkteams werken bovendien generalistisch en integraal: in principe kan elke professional aan de slag met elke case. Uit de analyse van de Denktank Transformatie Jeugdstelsel komt naar voren dat cliënten (ouders en jongeren) en professionals hier kritisch over zijn. Zij zetten vraagtekens bij de suggestie dat de meeste opvoed- en opgroei-problemen vooral samenhangen met sociale en/of gezinsproblemen die in de eerste lijn zijn op te lossen (Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014: 18). Ook deskundigen vragen aandacht voor het uit het oog verliezen van verschillende behoeften van verschillende doelgroepen (verslag expert-bijeenkomst; De Vries 2014), het belang van het inschakelen van specialisten uit de tweede lijn en de samenwerking met die specialisten. Het is belangrijk dat de medewerkers van een wijkteam niet te lang wachten met het inschakelen van specialisten. Omgekeerd vragen wijkteams andere zaken van specialisten, bijvoorbeeld dat zij snel beschikbaar zijn om mee te kijken met het wijkteam (Scholten 2014). Graas en Hageraats waarschuwen in hun position paper voor te veel aandacht voor de voorkant van de zorg. 'Als het effect is dat specialistische zorg te veel naar achteren wordt gedrukt, als ultimatum remedium, schiet verandering in aansluiting en samenwerking zijn doel voorbij. Er zijn namelijk grenzen aan wat een generalistische aanpak zonder betrokkenheid van het juiste specialisme aan kan. Er zijn grenzen aan wat generalisten kunnen zien en herkennen, laat staan wat ze kunnen oplossen. Wijkteams zonder inbreng van specialisten worden dan krachteloze instituties' (Graas en Hageraats 2014: 2). Dat hoeft echter niet het geval te zijn. Terpstra en Van Dijke benadrukken in hun paper de meerwaarde van samenwerking tussen generalisten in het wijkteam en specialisten. Zij benadrukken het belang van een stabiel opvoedings- en ontwikkelingsklimaat waarin zowel specialisten als generalisten een rol moeten spelen. Daarnaast doen zij de suggestie om te experimenteren met het 'invliegen' van specialisten, zoals psychiaters, psychotherapeuten, klinisch psychologen en GZ-psychologen, in het wijkteam. Door specialisten en generalisten gelijktijdig in te schakelen verwachten zij specialistische zorg beter in te zetten en tegelijkertijd generalisten te kunnen toerusten met specialistische kennis, waardoor en minder verwijzingen naar de gespecialiseerde zorg nodig zijn (Terpstra en Van Dijke 2014). De vraag is wel of de huidige financieringssystematiek een dergelijke werkwijze voldoende ondersteunt. In het huidige dbc-systeem hebben psychiaters bijvoorbeeld nog een DSM-diagnose nodig om in aanmerking te komen voor financiering. De dingen die er ook toe doen – leren omgaan met de kwetsbaarheid – komen niet voor financiering in aanmerking. Dat geeft verkeerde prikkels voor het handelen van professionals in de jeugdzorg (Verhagen 2013; RMO 2011b). Experimenten met financiering die samenwerking beloont, zijn daarom van waarde.

4.6 Inzet van professionals

Dit brengt ons tot een laatste aandachtspunt voor gemeenten en jeugdhulporganisaties bij de ontwikkeling van wijkteams: de inzet van professionals. De transformatie van de jeugdzorg vraagt om nieuwe werkwijzen, ook van professionals (vgl. RVZ 2014). Dit kan gelden voor eerstelijnsprofessionals die in de wijkteams komen te werken, maar ook voor specialisten als zij hun inzet volgens principes van matched care of het contextmodel willen aanpassen. Het kan dan gaan om meer aandacht voor de rol die burgers zelf kunnen spelen of manieren om het sociale netwerk te betrekken bij de hulp.

Voor specialisten kan het ook gaan om het verbinden van het dagelijks leven aan de behandeling of werken via een contextgerichte benadering in plaats van een individueel gerichte benadering. De wijze waarop wijkteams worden georganiseerd zal voor een deel bepalen of die nieuwe werkwijzen daadwerkelijk tot hun recht komen. Dat vraagt van gemeenten en alle betrokken organisaties dat er de komende tijd veel aandacht is voor de (ontwikkeling van) professionaliteit in het stelsel van jeugdhulp (vgl. Gezondheidsraad 2014). Dat kan bijvoorbeeld door intervisie met andere professionals of gemeenten en (interne) opleidingen. Echt anders gaan werken kost namelijk tijd en vraagt om het verkennen van nieuwe professionele kaders. Ook is het belangrijk om aandacht te hebben voor de vragen die wellicht ontstaan nadat er een periode met wijkteams is gewerkt. Generalisten in een wijkteam worden nu vaak aangeduid als *T-shaped professionals*: zij beschikken over brede algemene kennis en brengen daarnaast een meer specifieke achtergrond mee (Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014: 24). Hoe staat het met bijvoorbeeld met die specifieke kennis als zij jaren als generalist werken? Wat is er voor nodig om die kennis op peil te houden? Of is het niet erg als de professionals steeds generalistischer worden? Kortom: anders werken vraagt ruimte, kost tijd en vraagt om investeringen in nieuwe professionaliteit.

4.7 Tot slot: leren van elkaar

In de voorgaande hoofdstukken van dit briefadvies hebben we achtereenvolgens gekeken naar aandachtspunten bij systeemveranderingen en de uitwerking van verschillende zorgvisies. In dit hoofdstuk kwamen deze thema's op het niveau van de wijkteams samen. In veel gemeenten wordt met dergelijke wijkteams geëxperimenteerd en dat gebeurt op veel verschillende manieren. Dat sluit goed aan bij een van de basisgedachten van de decentralisaties: gemeenten krijgen de verantwoordelijkheid én de ruimte om lokaal maatwerk te organiseren. De aandachtspunten in dit hoofdstuk laten zien dat gemeenten en jeugdzorgorganisaties de komende periode nog voor veel inhoudelijke en organisatorische vragen komen te staan. Maar juist door hier in de praktijk mee aan de slag te gaan kan er worden geleerd: van de praktijken die in de eigen gemeente of organisatie ontstaan en van de praktijken in andere gemeenten en organisaties. Daarbij is het behulpzaam om steeds te reflecteren op zowel goede als minder geslaagde voorbeelden en om kennis breed te delen. Tegelijkertijd is het de kunst om de landelijke variatie te laten bestaan, want het wijkteam kan geen *one size fits all*-constructie zijn als gemeenten en organisaties daadwerkelijk recht willen doen aan de verschillen in de samenleving.

5

Handreikingen voor de transformatie

Dit briefadvies startte met de constatering dat het huidige jeugdzorgstelsel in de hand werkt dat lichte hulpvragen een te zwaar hulpaanbod ontvangen, terwijl zwaardere of complexere vragen niet de juiste hulp, te laat hulp of geen hulp ontvangen. Om dit te voorkomen is het van belang om de zorg voor jeugd waar mogelijk licht en in het sociale netwerk te houden, maar ook gespecialiseerde zorg aan te bieden voor kinderen of gezinnen met complexere problematiek. In de aanloop naar de veranderingen in de jeugdhulp is gebleken dat veel aandacht voor eerstelijnszorg op basis van de gedachte van ontzorgen en normaliseren soms weerstand oproept van de gespecialiseerde zorg, en andersom. Dat lijkt geen productieve route voor een stelsel dat voor grote opgaven staat. In dit briefadvies verbindt de RMO beide perspectieven daarom aan de hand van de volgende vraag: *Op welke wijzen kan de hulp aan kinderen en gezinnen met complexe opvoed- en opgroei problemen in het nieuwe stelsel van jeugdhulp zo vorm krijgen dat de inzet van het gezin, het sociale netwerk, lichte hulp en ondersteuning en gespecialiseerde zorg in balans is?*

In de voorgaande hoofdstukken is deze vraag vanuit verschillende perspectieven belicht: door te kijken naar de veranderingen in het systeem, door verschillende visies op zorg bloot te leggen en door de organisatorische praktijk van de wijkteams te bekijken. We sluiten het briefadvies af met drie handreikingen die de kans vergroten dat op inhoudelijk en organisatorisch niveau recht wordt gedaan aan de waarde van de inzet van het gezin, het sociale netwerk, lichte hulp en ondersteuning én gespecialiseerde zorg.

5.1 Maak ruimte om te leren en te experimenteren

Hoe het stelsel van jeugdhulp er na de decentralisatie precies uit ziet weet niemand. Maar als de uiteenzetting in dit briefadvies één ding duidelijk heeft gemaakt, dan is het wel dat het belangrijk is te voorkomen dat het starre systeem op provinciaal niveau wordt vervangen door honderden starre systemen op gemeentelijk niveau. De belangrijkste handreiking is dan ook: maak ruimte om te leren en te experimenteren, en benut die ruimte. Dat geldt nu de decentralisatie bijna een feit is, maar ook op elk ander moment. De kwaliteit van de jeugdzorg zal groter zijn als er voortdurend geleerd wordt van ervaringen in de praktijk. Het nieuwe kader biedt de mogelijkheden en de legitimatie om het stelsel te veranderen. Maar het lukt alleen als gemeenten, jeugdzorgaanbieders, professionals, scholen en andere betrokkenen de tijd nemen om te experimenteren. Zij zullen actief moeten zoeken naar nieuwe samenwerkingsvormen en hierover met elkaar en waar mogelijk met de betrokken gezinnen in gesprek gaan (vgl. Sprokkereef 2014; Gerritsen 2014; RVZ 2014; RMO, nog te verschijnen).

Dit impliceert dat alle betrokkenen in het stelsel van jeugdhulp bereid moeten zijn hun eigen functioneren ter discussie te stellen (zie bijvoorbeeld Sprokkereef 2014; Gerritsen 2014; RMO 2011). Een stelsel, werkwijze of organisatie wordt star op het moment dat er geen oog meer is voor verschillende perspectieven. Dan bestaat ook de kans dat perverse effecten optreden, zoals het veronachtzamen van de leefwereld van de cliënt. Het is daarom belangrijk om steeds oog te hebben voor het organiseren van tegenkracht en mogelijkheden om daarvan te leren (RMO 2011b). Dat biedt de beste

mogelijkheden voor adaptieve systemen die tegemoet komen aan de behoeften van cliënten. Kijk hoe andere gemeenten of organisaties het aanpakken, vraag aan (oud-)cliënten hoe zij de hulp ervaren, kijk eens in de zoveel tijd kritisch naar gekozen werkwijzen, laat verschillende aanbieders binnen één gemeente toe en laat variatie tussen wijkteams ontstaan. Overigens betekent een succes in de ene praktijk, gemeente of organisatie niet per definitie dat het elders ook een succes zal zijn. Leren van anderen is dus een startpunt voor eigen innovatie.

Een goede balans tussen de verschillende vormen van hulp en ondersteuning vraagt van bestaande organisaties dat zij niet op voorhand zeggen: 'Ons specialisme, onze kennis en ervaring zijn nodig – wij zijn onmisbaar (anderen zijn wel overbodig)'. 'Concrete ervaring met de nieuwe werkwijzen en het nieuwe stelsel moet leren welke specialismen en disciplines wanneer en voor wie nodig zijn, en welke overbodig. Organisaties moeten aan het begin van een zoekproces vooral loslaten, niet krampachtig hun belangen behartigen. Gaandeweg het zoekproces zullen zij hun organisatie herinrichten en ook over de voormalige grenzen van de organisatie heen gaan werken,' aldus de deskundigen tijdens de expertbijeenkomst (verslag expertbijeenkomst). Dat dit kan, bewijst de aanvankelijke scepsis over het inschakelen van het sociale netwerk ('dat bestaat niet bij kwetsbare gezinnen') en het enthousiasme dat nu bestaat over de Eigen Kracht Conferenties (zie bv. Schuurman en Mulder 2011; Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014; Gerritsen 2014: 94).

Leren en experimenteren betekent ook dat organisatiepraktijken niet van bovenaf door bestuurders worden opgelegd. Professionals in de jeugdzorg zullen zelf moeten *ervaren* op welke wijze zij hun professionele basis het beste kunnen aanpassen. Het adagium 'je begrijpt het pas als je het zelf hebt ervaren' geldt niet alleen voor de gemeenten als toekomstige opdrachtgevers van de jeugdzorg, maar ook voor alle andere betrokken actoren in de jeugdzorg (Gerritsen 2014: 173). Dat wordt bereikt met bescheiden bestuurders, die op basis van een langetermijnperspectief bijdragen aan een succesvolle zoektocht naar nieuwe oplossingen. '*Muddling through* is geen teken van zwakte (omdat we niet beter weten) maar een teken van realiteitszin' (Meurs 2014: 11). Een aangrijpingspunt voor organisaties die al lerend op zoek willen gaan naar een werkzaam stelsel van jeugdhulp is het stellen van de *waarom-vraag* (Gerritsen 2014; Meurs 2014). Waarom richten we de zorg in zoals we het doen? Waarom gebruiken we bepaalde regels of verantwoordingssystemen? Welke bedoeling hebben we met onze inspanning? Dergelijke vragen zijn behulpzaam om het uiteindelijke doel van de jeugdhulp in beeld te houden. Dat doel is niet een exact te bepalen hoeveelheid 'ontzorgen en normaliseren', gespecialiseerde zorg, het bijhouden van een verwijzindex of een casusoverleg, maar een zo goed mogelijk alledaags functioneren van kinderen en gezinnen.

5.2 Ontwikkel een gelaagd perspectief op normaliseren

Normaliseren is een van de kernthema's in de transformatie van de jeugdzorg. Soms lijkt het alsof dit principe alleen in de eerstelijnszorg van toepassing is en zich enkel richt op het verminderen van gespecialiseerde zorg. De verschillende modellen in hoofdstuk 3 laten echter een ander beeld zien. Dat pleit voor een gelaagd perspectief op 'normaliseren'.

Normaliseren betekent inderdaad dat wordt gekeken of een gezin met minder hulp toekan op het moment dat er veel te veel en te zware hulpverlening aanwezig is. Normaliseren staat ook voor het zo veel mogelijk 'erbij houden' van kinderen met problemen. Wie normaliseert kijkt op welke manier het dagelijks leven doorgang kan vinden in plaats van hulp buiten de 'normale' context te plaatsen zodra er sprake is van kwetsbaarheid. In veel gevallen houdt de uitleg hier op. Dat leidt ertoe dat het nut van gespecialiseerde hulpverlening ten onrechte wordt ontkend of dat veel nadruk ligt op

datgene dat *niet* meer moet gebeuren. Dat voedt vervolgens een reactie in de trant van: 'Ja maar, er zijn ook ingewikkelde kinderen!' Op die manier blijft er weinig ruimte over om te verkennen hoe de hulp er dan wel uit moet zien. Terwijl het juist van belang is om verder te kijken dan de dichotome visie dat hulp aan kinderen plaatsvindt in de sociale omgeving of duur en gespecialiseerd is (Kalverdijs 2014).

Een breder perspectief op normaliseren biedt die mogelijkheid. Normaliseren in het stelsel van jeugdzorg moet niet worden verward met ontkennen dat problemen verergeren of onherstelbaar worden als hulpverlening te laat komt, dat gezinnen soms niet worden bereikt of dat gezinnen soms jaren aanmodderen met hulp die hen niet verder helpt (zie ook Terpstra en Van Dijke 2014). Normaliseren gaat uit van de visie dat kwetsbaarheid bij het leven hoort, en zeer complexe problematiek rondom opvoeden en opgroeien is daarvan niet uitgesloten. Vanuit dat perspectief kan normaliseren ook betekenen dat het gebruik van gespecialiseerde zorg soms ook hoort bij een fase van kwetsbaarheid. Aankloppen bij gespecialiseerde zorg is in die gevallen ook normaal en gewenst.

Normaliseren mag ook niet worden verward met ontprofessionaliseren. Het is juist interessant om te bezien hoe normaliseren een onderdeel kan worden van een professionaliteit die gebaseerd is op vertrouwen in een combinatie van ervaring en kennis en kunde. Praktijken in het Wmo-domein leren ons dat het alledaagse niet alleen van belang is voor wat professionals in gezinnen doen, maar ook voor de manier waarop organisaties zichzelf inrichten. Natuurlijk hebben organisaties te maken met formele regels en hiërarchische verhoudingen, maar wanneer professionals in staat zijn om te schakelen tussen die formele kant en het alledaagse, kunnen ze beter aansluiten bij de belevingswereld van kinderen en gezinnen. Het draait dus ook om het waar mogelijk 'normaliseren' van (jeugdzorg)organisaties (Van Twist et al. 2014).

Het gaat om het vinden van een balans tussen de inzet van het gezin zelf – bijvoorbeeld met het gebruik van het familieplan – praktische ondersteuning en opvoedondersteuning en de inzet van gespecialiseerde zorg indien nodig (vgl. RMO 2012: 40; Denktank Transformatie Jeugdstelsel 2014: 36). Die balans is gestoeld op het normaliseren van verantwoordelijkheden rond complexe problematiek. Normaliseren is een appel om het 'gewone' leven altijd in beeld te houden, ongeacht de situatie waar een kind of gezin zich in bevindt, ongeacht de hoeveelheid en de vorm van hulp die een kind of gezin nodig heeft. Alle betrokkenen spelen daarbij een rol en zijn gelijktijdig in beeld als dat nodig is. Dat pleit er bijvoorbeeld ook voor om bij de verdere uitwerking van de wijkteams in het oog te houden dat gespecialiseerde zorg niet te veel naar 'de achterkant' wordt geduwd en daarmee steeds meer een 'buitenpositie' in het stelsel van jeugdhulp krijgt.

5.3 Werk vanuit de opvoedcontext

Met een gelaagd perspectief op normaliseren is slechts een deel van paradigmawisseling in beeld. De verschillende perspectieven op zorg – met name *matched care* en het contextmodel – laten zien dat het ook relevant is om het aangrijpingspunt van de jeugdhulp te verleggen naar de dagelijkse opvoedcontext, ongeacht of het lichte hulp en ondersteuning of gespecialiseerde zorg betreft. Dat sluit aan bij de ervaring dat veel problemen bij opvoeden en opgroeien ontstaan in of samenhangen met gebreken in die context (zie bv. Gerritsen 2014: 84).

Werken vanuit de opvoedcontext betekent letterlijk dat professionals de plaats van de hulp waar mogelijk verleggen naar die context. De plaats van handeling is daar waar het kind of gezin zich bevindt, ook als het gaat om heel complexe problematiek. Denk aan een psychiater die het gesprek

met een meisje met borderline bij haar thuis voert, een gedragsdeskundige die met het hele gezin naar problemen met de jongste zoon kijkt en ook de ouders en nabije omgeving helpt in de omgang met het gedrag van de jongen, of een psycholoog die een kind samen met zijn of haar mentor op school begeleidt. Het is niet het kind of gezin dat door het stelsel van hulp beweegt, maar de professional die naar een kind of gezin toe beweegt.

Werken vanuit de opvoedcontext vraagt ook dat de benadering van de complexe problemen verandert. De centrale vraagstelling verandert van ‘wat is het probleem?’ of ‘wat is de diagnose?’ naar ‘wat is er aan de hand?’ en ‘waar wil je naar toe?’ (Terpstra en Van Dijke 2014). In deze visie wordt de scheidslijn tussen behandelbare problematiek en alledaagse levenscontexten opgeheven. Een kwalitatief goed leven, omgang met problematiek en een werkende opvoedcontext staan hierbij centraal. Dat betekent dat elke professional – ook de (netwerk)specialist – die zich inzet voor kinderen of gezinnen met problemen, stuur op de bedoeling van beter alledaags functioneren en samen met het kind en gezin voortdurend aftast wat nodig is om die situatie dichterbij te brengen. Een actieve rol voor het kind, het gezin en het sociale netwerk is niet alleen relevant in geval van lichte problematiek. Het geldt ook voor de professionals uit de gespecialiseerde zorg, omdat de problemen waarbij zij ondersteunen de stabiliteit van kinderen en gezinnen zo sterk op de proef stellen. Een dergelijke benadering neemt niet alleen het heden mee, maar kijkt ook naar de toekomstige vormgeving van het dagelijks leven, zodat deze kinderen en gezinnen weer een kwalitatief goed leven kunnen leiden. Daar hoort bijvoorbeeld bij dat jongeren ook in een moeilijke periode onderwijs kunnen volgen, zodat zij eenmaal op de been niet kampen met een onherstelbare achterstand.

Het onderscheid tussen specialist en generalist is minder belangrijk wanneer de opvoedcontext centraal staat. Samenwerken is dan een voorwaarde voor allen die betrokken zijn bij het kind of gezin. Het helpt daarbij om te werken vanuit het deskundigheidsprincipe: een professional gaat met een kind of gezin aan de slag, tot het moment dat het de eigen deskundigheid te boven gaat (Sprokkereef 2014). Door hulp en ondersteuning op deze manier aan te vliegen, is het minder relevant of die juiste hulp door een generalist of een specialist wordt gegeven, zolang de professional maar aansluit bij de vragen die bij een kind of gezin leven en oog heeft voor het functioneren van dat kind of gezin in de dagelijkse context.

Literatuur

- Baecke, J.A.H., R. de Boer, P.J.J. Bremmer, M. Duenk, D.J.J. Kroon, M.M. Loeffen, C.E. Mobach, M. Schuyt (2009). *Evaluatieonderzoek wet op de jeugdzorg. Eindrapport*. Amersfoort: BMC.
- Clarijs, R. (2013). *Tirannie in de jeugdzorg. Een onderzoek naar de mogelijkheden van beleidsveranderingen*. Amsterdam: SWP.
- Denktank Transformatie Jeugdstelsel (2014). *Beter met minder. Bouwstenen voor de transformatie van het jeugdstelsel*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Derkzen, S. en P. de Krom (2014). Wat kunt u zelf? Mee met Meindert van het buurtteam. In: *Vrij Nederland*, 31 mei 2014.
- Eijck, S. van (2006a). *Koersen op het kind. Sturingsadvies Deel 1. Operatie-Jong*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.
- Eijck, S. van (2006b). *Koersen op het kind. Sturingsadvies Deel 2, Kompas voor het nieuwe kabinet. Operatie-Jong*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.
- Gemeente Amsterdam (2012). *De sociale huisarts*. Geraadpleegd via <http://www.amsterdam.nl/gemeente/organisatie-diensten/dmo/onderwijs-jeugd/veranderingen/nieuwsbrieven-kind/documenten/sociale-huisarts/>
- Gerritsen, E. (2014). *Hoe overleef je als gemeente de transitie jeugdzorg? 55 tips voor deskundig opdrachtgeverschap*. Amsterdam: Jeugdbescherming Regio Amsterdam.
- Gevel, B. van de (2014). *Van rol naar bekostiging in 3D*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Gezondheidsraad (2014). *Sociaal werk op solide basis*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Graas, D. en R. Hageraats (2014). *Vooruitzien is beter dan genezen: hoe te voorkomen dat de transitie vastloopt in nieuwe mantra's en ideologieën*. Position paper. Geraadpleegd via www.adviesorgaan-rmo.nl
- Hutschemaekers, G. (2014). *Het verschil maken. Over het onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg*. Position paper. Geraadpleegd via www.adviesorgaan-rmo.nl
- Kalverdijk, L. (2014). *Jeugdwet moet niet leiden tot utopisch wensdenken*. Blog op Kennisnet Jeugd. Geraadpleegd via <http://kennisnetjeugd.nl/blog/127-jeugdwet-moet-niet-leiden-tot-utopisch-wensdenken>
- Lans, J. van der (2014). *Een wijkgerichte aanpak: het fundament*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Linders, L. (2013). *Wijkteams zijn geen haarlemmerolie*. Geraadpleegd via <http://www.socialevraagstukken.nl/site/2013/10/06/wijkteams-zijn-geen-haarlemmerolie/>
- Meer, J. van der (2008). *De zucht naar samenhang. Verkokering en ontkokering in het jeugdbeleid en het grotestedenbeleid*. In: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte*. Amsterdam: SWP.
- Meurs, P. (2014). *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid, vrijheid*. Essay op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van de leden van de Agenda voor de Zorg, 22 juni 2014.
- Verhagen, P. (2013). *Langetermijndenken weg uit de ggz*. Gesprek met hoogleraar Psychiatrie epidemiologie Jim van Os. Geraadpleegd via: <http://www.psychiaterplatform.nl/onze-psychiaters/piet-verhagen/In-gesprek-met-Jim-van-Os>
- Peeters, R. (2013a). *The preventative gaze; How prevention transforms our understanding of the state*. Proefschrift. Den Haag: Eleven International Publishing.
- Peeters, R. (2013b). *De expansieve logica van de preventiestaat*. Geraadpleegd via: <http://www.socialevraagstukken.nl/site/2013/03/16/de-expansieve-logica-van-de-preventiestaat/>

- RMO, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2008). *De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte*. Amsterdam: SWP.
- RMO (2009a). *Stem geven aan verankering. Over de legitimering van maatschappelijke dienstverlening*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO (2009b). *De wijk nemen. Een subtiel samenspel van burgers, maatschappelijke organisaties en overheid*. Amsterdam: SWP.
- RMO (2011a). *Bevrijdend kader voor de jeugdzorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO (2011b). *Tegenkracht organiseren. Lessen uit de kredietcrisis*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO (2012). *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO (2013). *Werken aan een veilig leef- en leerklimaat voor alle kinderen. De pedagogische civil society in jeugdzorg en onderwijs*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO (nog te verschijnen). *Leren innoveren in het sociaal domein*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO/Rob (2014). *Veiligheid en verantwoordelijkheid in het sociale domein*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling / Raad voor het openbaar bestuur.
- RMO/RVZ (2009). *Investeren rondom kinderen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling / Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- RMO/RVZ (2008). *Versterking van gezinnen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling / Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Ruiter, D. de (2014). *Werken aan het geheel. Rehabilitatie van kind of gezin in de eigen omgeving als opdracht voor de gespecialiseerde zorg*. Interview met Micha de Winter. Position paper. Geraadpleegd via www.adviesorgaan-rmo.nl
- RVZ (2012). *Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- RVZ (2014). *Gemeentezorg. Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van langdurige zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Schillemans, T. (2008). *Regelruimte. Over de logica van verkokering en alternatieven voor ontkokering*. In: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte*. Amsterdam: SWP.
- Scholten, L. (2014). *Van opschalen naar collegiaal samenwerken. Over de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn*. Position paper. Geraadpleegd via www.adviesorgaan-rmo.nl
- Schuurman, M. en C. Mulder (2011). *Eigen Kracht-conferenties bij gezinnen in de regio Amsterdam. Wat levert het op? Resultaten van onderzoek*. Kalliope Consult/Antropol.
- Solomon, A. (2012). *Far from the tree*. New York: Simon & Schuster.
- Sprokkereef, J.D. (2014). *Het einde van de colonne coördinatoren en geharnaste spijkervasthouders*. Position paper. Geraadpleegd via www.adviesorgaan-rmo.nl
- Steenbergen, F. van, en J. Wittmayer (2014). *Wijkteams als heilige graal? Zes aandachtspunten voor gemeenten in transitie*. Rotterdam: Dutch Research Institute For Transitions (DRIFT), Erasmus University Rotterdam.
- Sweers, A. (2014). *Veel gemeenten spelen AWBZ'tje met wijkteam*. Geraadpleegd via: <http://www.zorgwelzijn.nl/Wmo/Nieuws/2014/8/Veel-gemeenten-spelen-awbztje-met-wijkteam-1575694W/>
- Terpstra, L. en A. van Dijke (2014). *Wat is je droom? Waar word je blij van?* Position paper. Geraadpleegd via: www.adviesorgaan-rmo.nl
- TK (2009/2010). *Brief van de werkgroep Toekomstverkenning jeugdzorg aan de Voorzitter van de Tweede Kamer*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009/2010, 32296, nr. 7.
- TK (2012/2013). *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 33684, nr. 3.

- TK (2013/2014). *Memorie van Toelichting van Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- Torenvlied, R. en A. Akkerman (2005). *Preventiebeleid: een verkennende achtergrondstudie*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Twist, M.J.W. van (1995). *Verbale vernieuwing. Aantekeningen over de kunst van bestuurskunde*. Proefschrift. Den Haag: vuga Uitgeverij bv.
- Twist, M., M. van der Steen, A. Wendt (2014). *Gewoon, in Amsterdam West*. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
- Uyl, R. den, en D. Kruithof (2014). *Een sociaal wijkteam is geen container*. Geraadpleegd via: <http://www.socialevraagstukken.nl/site/2013/11/08/een-sociaal-wijkteam-is-geen-container/>
- Veenstra, R. (2014). *Betere zorg voor kinderen en gezinnen. Versterk allereerst het netwerk op school*. Position paper. Geraadpleegd via: www.adviesorgaan-rmo.nl
- Verhulst, S. (2011). De 'pedagogische huisarts' komt eraan. In: *Jeugd en Co*, jg. 5, nr. 7/8, p. 8-11.
- Vermeiren, R. (2014). *Big Bang in de jeugdzorg*. <http://www.petitiejeugdggz.nl/wp-content/uploads/2013/06/Artikel-Big-Bang-MGV.pdf>
- Verplanke, L., R. Engbersen, J.W. Duyvendak, E. Tonkens en K. van Vliet (red.) (2002). *Open deuren: sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Verslag expertbijeenkomst 13 mei 2014. Zie ook Bijlage 1. Geraadpleegd via www.adviesorgaan-rmo.nl
- VNG (2013). *Sociale wijkteams in ontwikkeling. Inrichting, aansturing en bekostiging*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Vries, J. de (2014). *Oud denken in nieuw jeugdbeleid. Een pleidooi voor integraal werken met gebruik van specialismen*. Position paper. Geraadpleegd via: www.adviesorgaan-rmo.nl

Bijlage 1

Verslag expertbijeenkomst RMO en RVZ over jeugdzorg - 13 mei 2014

Opening

Gemeenten worden in 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg- en AWBZ-taken. Veel gemeenten zetten in op het versterken van eerstelijns jeugd- en gezinszorg en streven naar het demedicaliseren van opvoed- en opgroevragen. Onduidelijk is wat een dergelijke focus betekent voor kinderen met complexe problematiek: wordt hun situatie in het beoogde nieuwe stelsel adequaat ingeschat en krijgen zij op tijd de benodigde zorg?

Bij zorgaanbieders, gemeenten en het rijk leven hierover vragen en is er onrust: komen de meest kwetsbaren niet in de knel wanneer principes als 'normaliseren', 'eigen kracht', 'demedicaliseren' de uitgangspunten zijn van een nieuw zorgstelsel? En als de eerste lijn wordt versterkt, hoe en wanneer komen de kinderen en gezinnen met complexe problematiek dan in de tweede lijn? Zijn kwaliteit en toegankelijkheid van de gespecialiseerde zorg geborgd? Is er ook een oplossing voor de problemen van het oude stelsel, waarbij gezinnen en jongeren met lichtere problematiek in onnodig dure trajecten terecht komen, terwijl gevallen met zware problematiek te laat een te licht zorgaanbod ontvangen?

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) nemen dit vraagstuk ter hand in navolging van onder andere hun adviezen *Investeren rondom kinderen* (RMO/RVZ 2009), *Ontzorgen en normaliseren* (RMO 2012) en *Regie aan de poort* (RVZ 2012). Zij doen dat gezamenlijk in het kader van de voorgenomen fusie van de beide raden in 2015. De expertmeeting op 13 mei 2014, waar dit het verslag van is, is bedoeld om het vraagstuk zowel inhoudelijk als organisatorisch uit te diepen¹.

De bijeenkomst bestaat uit twee discussierondes. In de eerste ronde staat de inhoudelijke kant van het vraagstuk centraal. Wat is goede zorg voor kinderen met complexe problematiek en hoe zien we in dat licht het bestaande en toekomstige onderscheid tussen generalisme en specialisme? Vooralsnog lijken principes als eigen kracht, demedicaliseren en normaliseren vooral van toepassing op eerstelijnszorg en wordt in de eerste lijn een brede, contextgericht blik op de opvoed- en opgroevragen gehanteerd. De tweede lijn staat in het teken van behandeling en specialisatie. Maar wat bedoelen we precies als we in het kader van de transitie spreken van eerstelijns- en tweedelijnszorg, van generalisten en specialisten? En wat zegt de definiëring van die begrippen over onze opvatting van goede zorg voor de meest kwetsbaren? Zou het profijtelijk zijn wanneer een specialist nauw samenwerkt met een school? Is het benutten van eigen kracht en het sociaal netwerk ook bij de meest kwetsbaren van toepassing? Is het belangrijk dat specialisten zo goed mogelijk behandelen of hebben zij ook een rol te vervullen in het herstel van het alledaagse leven? En is een dergelijk herstel misschien wel zo complex dat dit een hoge graad van professionalisering vraagt, eigenlijk een nieuwe invulling van de taakopvatting van specialisten? Werken oude categorieën en terminologie misschien belemmerend om op een andere manier te kunnen kijken naar de inrichting en organisatie van ons zorgstelsel?

In de tweede ronde ligt de focus op de organisatie: de aansluiting tussen eerstelijns- en tweede-lijnszorg en de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. In dit kader is een belangrijke vraag hoe de betrokkenen naar de situatie kijken. Is dat probleemgericht, ofwel: staan analyse en de juiste behandeling voorop? Of is dat gezinsgericht, waarbij de inrichting en organisatie van zorg vormkrijgen vanuit de situatie van het gezin, hun hulpvraag, leefwereld en de mogelijkheden in de naaste omgeving? Een ander belangrijk punt is perverse prikkels in het huidige systeem, zoals de dbc's. Deze houden de specialisten in hun spreekkamers en stimuleren hen niet om bijvoorbeeld een bezoek te brengen aan een school als dat nodig is. Hoe werken de verschillende betrokkenen in de toekomst idealiter samen en hoe kan de benodigde verandering vorm krijgen?

Acht position papers werden voorafgaand aan de expertmeeting geschreven en verspreid onder de deelnemers van de bijeenkomst. Deze papers vormen de opmaat voor de discussie: iedere ronde start met een pitch door de auteurs. Een deel van de auteurs geeft een pitch in de eerste ronde van de discussie en een deel van hen in de tweede ronde. Na de korte presentaties volgt de discussie met de zaal.

Ronde 1: Wat is goede zorg voor de meest kwetsbaren? Het onderscheid tussen generalisme en specialisme nader besproken

De auteurs van de papers presenteren verschillende visies op goede zorg voor de meest kwetsbare kinderen en gezinnen.

Pedagogisch netwerkspecialisten

In een eerste visie wordt goede zorg voor de meest kwetsbare kinderen en gezinnen geleverd door specialisten die op een andere manier kijken naar kinderen en gezinnen met een hulpvraag. In plaats van zo veel mogelijk een afwijking te behandelen – wat nu de dominante invalshoek is – kan de gespecialiseerde zorg ook gezinnen, kinderen en hun omgeving ondersteunen in het accepteren en plaatsen van de zorgvraag in het dagelijks leven. Het behandelen van een stoornis staat niet langer centraal, maar het ondersteunen van het kind, het gezin en de omgeving waarin het kind opgroeit, opdat de ontstane situatie voor hen kwalitatief goed leefbaar wordt. Behandeling met bijvoorbeeld gedragstherapie of medicijnen kan daarvoor nodig zijn, maar vormt niet langer de kern van het werk van specialisten. Om de kwaliteit van leven van de meest kwetsbaren te verhogen is het belangrijk dat de zorg in de leefomgeving wordt geboden en de problematiek gecontextualiseerd wordt. Zo bezien werkt een professional in de tweede lijn niet anders dan een professional in de eerste lijn: beiden richten zich op ontzorgen en normaliseren. Professionals in de tweede lijn zijn echter toegerust om te ontzorgen en normaliseren in de meest complexe en ontwrichte situaties: het zijn pedagogische netwerkspecialisten.

Monitoren en evidencebased werken

Een tweede visie is dat de zeer kwetsbare kinderen en gezinnen (ongeveer 5% op de totale populatie) het meest gebaat zijn bij intensieve programma's en *evidencebased* methoden. Een snelle inzet van de behandeling is van groot belang en kan worden gerealiseerd met behulp van bestaande monitors. Wetenschappelijk onderzoek heeft in het verleden aangetoond welke programma's en behandelingen succesvol zijn, zoals de Aanpak Top 600 of Multi Systeem Therapie. Die moeten we blijven benutten. Voorkomen moet worden dat te veel kinderen onterecht met deze zware zorg in aanraking komen. Dat kan door alle kinderen preventieve programma's aan te bieden, zoals antipestprogramma's, en aan kinderen en gezinnen met lichte problematiek (zo'n 15% van de populatie) goede eerstelijnszorg te bieden, zoals Triple P. Monitoren is het cruciale instrument om kinderen op het juiste moment de juiste hulp te bieden.

Specialisten: behandelen en ontzorgen

Een derde visie is dat de gespecialiseerde zorg zich niet alleen moet bekommeren om de behandeling van de meest kwetsbare kinderen en gezinnen, maar ook een rol dient te vervullen in het herstel van het dagelijks leven. Het oppakken van het dagelijks leven, zoals werk en school, is niet vanzelfsprekend voor bepaalde doelgroepen binnen de jeugdzorg en de ggz. Wanneer specialisten in de tweede en derde lijn zich mede bekommeren om bijvoorbeeld de schulden van een gezin of het onderwijsperspectief van een kind, zal hun behandeling meer resultaat sorteren. Wanneer normaliseren een belangrijk uitgangspunt wordt voor zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg, moet dit niet betekenen dat er eerst wordt afgetast wat kinderen en gezinnen met complexe problematiek op eigen kracht kunnen. Een dergelijke vorm van stepped care werkt averechts bij de meest kwetsbaren. Hun problematiek verslechtert of er ontstaat onherstelbare schade als zij niet direct de juiste (zware) behandeling krijgen. Normaliseren in de tweede lijn dient gepaard te gaan met een model van matched care: het direct inzetten van zware hulpverlening als de situatie daarom vraagt. Om matched care en geïntegreerde zorg mogelijk te maken, moeten zorgverleners flexibel afspraken kunnen maken met bijvoorbeeld school, politie en woningbouwvereniging. De huidige wet- en regelgeving werkt in dat opzicht nog zeer belemmerend.

Aan specialisten gaan generalisten vooraf met een ander (medisch) perspectief

Een vierde visie is dat goede zorg – voor iedereen, dus ook voor de meest kwetsbaren – aan de voorkant (de eerste lijn) geleverd wordt door een generalist en aan de achterkant (de tweede en derde lijn) door specialisten. De generalist kijkt op een andere manier naar de hulpvragen van kinderen en gezinnen dan de specialist. Waar een generalist bij zorgverlening vooral terughoudend is en zich eerder richt op het bevorderen van eigen herstelmogelijkheden van de patiënt, hanteert een specialist zo snel als nodig de meest effectieve interventies. De vragen en conclusies van de generalist en de specialist zijn dan ook tegengesteld aan elkaar. Waar de specialist bij twijfel zo lang doorgaat totdat alle risico's en onzekerheden zijn uitgesloten, verkent de generalist (als poortwachter) bij twijfel of hij het risico kan nemen niets te doen en betreft daarin de eigen herstelmogelijkheden van de patiënt. De specialist baseert zich op de effectiviteit van zijn interventies en wil de patiënt niet ten onrechte medische zorg onthouden, terwijl de generalist zich gesteund voelt door cijfers van overconsumptie van medische zorg en de mogelijke schade van het medisch ingrijpen, en hij de patiënt niet ten onrechte wil laten verdwijnen in het medische systeem. De twee benaderingen zouden complementair aan elkaar moeten functioneren. De vraag is wanneer het ene perspectief ruimte moet maken voor het andere perspectief. De politiek houdt zich op dit moment onvoldoende bezig met deze vraag: de generalisten die zij voorstaan in de eerstelijnszorg werken niet anders dan de specialisten, maar doen hetzelfde als de specialisten, maar op een lichtere, kortere en goedkopere manier.

Discussie met de zaal

Een deel van de discussie gaat over de vraag hoe het gesprek over de noodzakelijke inhoudelijke vernieuwing van de zorg kan worden gevoerd met beleidsmakers, bestuurders en professionals. Het voeren van een dergelijke discussie wordt gezien als uitermate relevant én als zeer lastig. Dat heeft verschillende oorzaken.

De decentralisaties zijn inhoudelijk zeer complex. Dat brengt het risico met zich mee dat mensen zich richten op concretere, organisatorische kwesties, zoals financiering en samenwerking. Bovendien zijn dergelijke organisatorische kwesties op een bepaalde manier veilig: door te wijzen op systeemfouten hoeven specialisten niet kritisch te reflecteren op hun eigen werkwijzen. Wanneer organisatorische kwesties echter de overhand krijgen, verdwijnt de inhoud naar de achtergrond en is de kans groot dat de huidige systeemfouten zich herhalen, omdat onder het nieuwe systeem dezelfde aannames en uitgangspunten schuilgaan als onder het oude systeem.

Vanuit dat perspectief komt aan de orde of het onderscheid tussen specialisten en generalisten, dat in de inleiding werd gemaakt, wel behulpzaam is. Of leidt het af van inhoudelijke vragen naar organisatorische vragen?

Er worden verschillende kanttekeningen gemaakt.

- We kunnen het hebben over het onderscheid tussen generalisten en specialisten, maar welbeschouwd gaat het over dezelfde kinderen, al is er een verschil in complexiteit en problematiek. De vraag moet zijn hoe we die kinderen kunnen helpen zonder kopje onder te gaan door vragen als: ‘Wie gaat financieren?’ en ‘Wie gaat registreren?’.
- Praten over het onderscheid tussen generalisme en specialisme verzandt in de praktijk soms in holle frasen als ‘Mijn specialisme wordt generalisme’. Daarmee wordt een inhoudelijk debat vermeden, terwijl er een visie moet komen die ook voor burgers duidelijk maakt wat ze van de zorg kunnen verwachten en wat niet.
- Door de aandacht die er nu is voor generalisten, ontstaat er een contraproductieve tegenstelling tussen specialisten en generalisten. Specialist schieten in de verdediging en willen hun meerwaarde bewijzen. Daarbij presenteren zij zichzelf ook dikwijls als een soort generalist. Maar dat is niet nodig. Stel dat een cardioloog zou zeggen: ‘Ik word minder specialist en meer generalist’, zou dat onwenselijk zijn, want de zeer hoge graad van deze specialisatie is juist belangrijk. Specialist hoeven hun meerwaarde niet aan te tonen. De vraag moet zijn wanneer en hoe hun kennis en kunde wordt ingezet.

Het belang van het voeren van een inhoudelijke discussie wordt door de aanwezigen in het algemeen onderschreven. Tegelijkertijd wijzen zij erop dat dit niet voldoende is. Een inhoudelijke koerswijziging loopt een groot risico stuk te lopen op het bestaande systeem. Neem de specialisten: veel van de aanwezige deelnemers zijn van mening dat een inhoudelijke koerswijziging onder specialisten nodig is, maar nog niet breed heeft plaatsgevonden. Specialist die al wel meegaan in een andere inhoudelijke visie op wat goede zorg is, blijken in conflict te komen met hun organisatie of het systeem. Bijvoorbeeld omdat hun leidinggevende geen ruimte geeft om anders te werken of omdat de dbc-systematiek een andere werkwijze niet toestaat. Het is daarom onvermijdelijk om naast de inhoudelijke discussie ook een discussie te voeren over het systeem.

Het zou helpen om te beginnen bij de regels waarvan bekend is dat ze gezinnen machteloos maken, zo stellen sommige deelnemers. Werkwijzen lonen nu soms niet, omdat er regels zijn die de effecten tenietdoen. We denken dat professionals gezinnen helpen, maar er zijn regels die de professionals of gezinnen machteloos maken. Als dergelijke regels niet veranderen, heeft niemand iets aan generalistische of specialistische hulp. Met de decentralisaties is er iets aan dergelijke regels te doen. Daardoor zal het werk van professionals beter worden: ze worden in staat gesteld samen te werken. In het gesprek over het systeem en belemmerende regels wordt met name de dbc-problematiek genoemd. Kinderen moeten eerst een stoornis hebben voordat specialisten kunnen behandelen. Dat werkt vertragend. Ook voorziet de dbc-systematiek er bijvoorbeeld niet in dat ouders in het behandelingsplan worden betrokken of dat er tegelijkertijd iets aan schooluitval wordt gedaan. Het is nodig dat dergelijke perverse regels worden opgeruimd, omdat ze het onmogelijk maken om op een andere inhoudelijke manier te werken.

Hoe is het te voorkomen om verstrikt te raken in de discussie over inhoud en systeem? De deelnemers wijzen erop dat men voor het gesprek over de inhoud van het zorgsysteem nog afhankelijk is van individuen die bereid zijn hun nek uit te steken. In sommige organisaties zijn die er helemaal niet en daar loopt het vast. Pioniers zijn noodzakelijk om zaken van binnenuit in beweging te krijgen. Een soortgelijke functie kunnen ook cliëntraden spelen, maar die worden nog te weinig gehoord in de lopende discussies en veranderingen.

De discussie over inhoud en systeem leidt ook tot een 'kip-en-eivraag'. Beginnen we bij de inhoud of bij het systeem? Zou het helpen om te zoeken naar een nieuwe taal? Een taal die aangeeft waar we naar toe willen en wat we wensen voor de toekomst en die tot stand komt door te reflecteren op het huidige zorgsysteem? Ofwel door een relatie te leggen tussen manieren van aanpak en de achterliggende visie op hoe we de wereld moeten verbeteren? Als we de taal niet scherp krijgen, en dus ook niet hoe de benaderingen van specialist en generalist van elkaar verschillen en op elkaar aansluiten, ontstaat er een Babylonische spraakverwarring. Een voorbeeld van onduidelijk taalgebruik: in het oude systeem wordt complexe problematiek geassocieerd met specialistische hulp, terwijl de huidige praktijk laat zien dat generalisten zich ook met complexe problematiek bezig kunnen houden. Omgekeerd kan enkelvoudige problematiek ook zwaar zijn (denk aan een specifieke angststoornis) en kan een persoon aangewezen zijn op specifieke zorg. Dit is een voorbeeld waaruit blijkt dat de oude terminologie de dagelijkse praktijk tekortdoet. Zou een alternatief voor 'specialist' bijvoorbeeld 'deskundige deeloplosser' zijn, met als uitgangspunt dat de specialist aanvullend werkt?

Naast deze discussie wordt er in de discussie met de zaal ook specifiek ingegaan op de presentaties.

Volgens een deelnemer zijn de specialisten in de ggz toe aan een cultuuromslag zoals deze in de eerste presentatie centraal staat. Te veel wordt er in het (publiek) debat een tegenstelling gecreëerd tussen specialisten en generalisten, alsof de specialisten niet mee willen in de decentralisatie. Het boek *Far from the tree* van Solomon (2012) dat ten grondslag ligt aan de eerste presentatie, raakt specialisten. Zij zien in dat het werken aan symptomen beperkt en tijdelijk is en dat zij in plaats daarvan zouden kunnen werken aan het verbeteren van het functioneren van hun patiënten. Als je de symptomen bestrijdt, heb je het functioneren niet verbeterd (dat inzicht is niet nieuw, maar het komt meer bovendrijven). Er wordt op gewezen dat in de eerste presentatie een gezamenlijke, nieuwe taal wordt aangereikt. Een taal die eerstelijns- en tweedelijns hulpverleners samen kunnen gaan spreken. Opvoedproblemen onder de meest kwetsbaren staan bol van de complexiteit. Nu kijkt iedereen naar die complexiteit vanuit zijn eigen kennis en kunde, en gaat vervolgens de strijd aan met andere zorgverleners over de juiste invalshoek. Zo reduceren ze de verhalen van families tot onze eigen denkpatronen. Maar ongeacht de problematiek kan bij ieder kind de vraag worden gesteld wat er nodig is om zo zelfstandig mogelijk te functioneren en gezond op te groeien, en wie er nodig is om dat mogelijk te maken. Dat is een nieuwe taal die alle zorgverleners kunnen spreken.

Kinderen en jeugdigen met problemen moeten vroeg de juiste hulp krijgen. Lees: niet specialistische, maar de juiste hulp. Het is zaak dat hulpverleners samen definiëren wat goede zorg is. Dat is lastig nu eerstelijns- en tweedelijns hulpverleners en de verschillende specialisten elkaar in de transitie niet hebben gevonden.

In de tweede visie wordt veel belang gehecht aan instrumenten waarmee kan worden vastgesteld met welke kinderen het niet goed gaat. Gemeenten zouden die instrumenten al bij een zo laag mogelijke leeftijd moeten inzetten. Een eerste kanttekening bij deze visie is dat het voorgestelde monitoren een onpersoonlijke en wantrouwende vorm is om risico's op te sporen. Waarom wordt er niet gebruikgemaakt van de mensen om de gezinnen heen? Een tweede kanttekening is ethisch van aard. Willen we wel toe naar de samenleving die ten grondslag ligt aan deze visie? Is het normaal dat we problemen te lijf gaan met vragenlijsten? Is het normaal dat instrumenten uit de zorg doordringen in het dagelijks leven? Wat verwachten we van de zorg? Zou zorg niet juist veel minder moeten doordringen in bijvoorbeeld het onderwijs en de sport? Als we met elkaar samenleven, wat accepteren we dan van elkaar, ook als er incidenten of grote problemen zijn?

Het uitgangspunt van 'het op tijd inzetten van specialisten', dat met name in de derde visie belangrijk is, wordt op een soortgelijke manier besproken. Dat uitgangspunt zegt namelijk iets over de risico's die een samenleving neemt: zo min mogelijk. Een deelnemer wijst erop dat opvoedproblemen niet te voorspellen zijn. Het huidige systeem kent fouten van een te zwaar aanbod voor lichte problemen en een te laat en te licht aanbod bij complexe en zware problemen. Dergelijke fouten zijn naar de mening van de spreker niet te vermijden: pas achteraf wordt duidelijk of het juist zorgaanbod is geleverd. Matched care is daarom wensdenken: of iets matched was kan je alleen achteraf vaststellen. Een goed onderscheid maken tussen matched en stepped care is niet mogelijk, omdat we niet kunnen voorspellen wat er met gezinnen en kinderen gaat gebeuren. Ook normatief aan de visie van matched care is het idee dat jongeren met zware problemen het beste af zijn bij specialisten. Zo bezien is een belangrijke achterliggende vraag hoe om te gaan met onzekerheid: neem je risico's en durf je opvoedvragen en -problemen hun natuurlijke beloop te geven? Of probeer je risico's zo veel mogelijk uit te sluiten door problemen zo vroeg mogelijk op te sporen en bij twijfel te interveniëren? Die laatste manier van kijken is in het huidige systeem dominant en heeft geleid tot de groei van het specialistische zorgaanbod. We hebben jarenlang getracht iedereen en elk probleem in het juiste hokje te plaatsen opdat er geen problemen meer zouden zijn. Zonder succes.

Niet alleen de uitgangspunten van de verschillende visies zijn normatief, zo wordt gesteld, ook de keuze van inrichting van het systeem is dat. In Nederland wordt daar te weinig bij stilgestaan, naar de mening van de spreker. In Nederland verdelen we bijvoorbeeld de zorgtaken over heel veel organisaties, waardoor hulpverlening langs elkaar heen werkt en de zorg niet beter wordt. Dat is niet alleen een vraagstuk van organisatie, maar ook een normatieve afweging: willen we het eigenlijk wel anders organiseren of hebben we (goede) redenen om het op deze manier te organiseren? Die afwegingen zouden geëxpliciteerd moeten worden.

Ronde 2: Samenwerking in het veld

De auteurs van de papers adresseren in hun presentatie verschillende opgaven in de (toekomstige) samenwerking tussen specialisten en generalisten.

Specialisten en tweedelijnsinstellingen: niet op voorhand nodig

De transformatie stelt specialisten uit de jeugdzorg voor een grote opgave: zij moeten anders gaan werken. Ten eerste is er een inhoudelijke omslag: eigen kracht en oplossingsgericht werken komen centraal te staan; dwang- en drangmaatregelen worden daarmee gecombineerd. Een tweede omslag heeft te maken met het feit dat jeugdzorgprofessionals in het oude systeem zijn getraind in het leveren van zo zwaar mogelijke zorg en niet in het bieden van lichtere en meer praktische vormen van ondersteuning. Ze deden datgene waarvoor ze waren opgeleid en stelden niet de vraag of hun aanpak wel de juiste was of dat ze beter iets anders, zoals het aanpakken van schuldenproblematiek, ter hand konden nemen. Die werkwijze moet veranderen en dat betreft een grote omschakeling: professionals moeten op hun handen blijven zitten en minder zorgvragen naar zich toe trekken. Een derde omslag betreft de focus op coördinatie: professionals schreven heel veel verbeterplannen en wijzen waarop daartoe moest worden samengewerkt. Soms schreven zij die plannen zonder in het gezin te zijn geweest. Die manier van coördineren helpt niet. Professionals moeten het deskundigheidsprincipe gaan toepassen: ze gaan door in een gezin totdat hun deskundigheid een grens bereikt. Dan pas vragen ze er iemand bij. Die persoon is een deskundige deeloplosser (niet een specialist): hij of zij helpt bij een specifiek probleem dat de deskundigheid van de professional te boven gaat. Het is dus iemand naast de professional, iemand die de generalist aanvult en niet in de plaats komt van de generalist. Dat is wat de generalist nodig heeft – een deskundige deeloplosser. Om een deskundige deeloplosser te zijn moet de specialist wel anders werken: meer generalistisch (meer kunnen doen) en letterlijk

dichterbij voor consult, bijvoorbeeld door mee te gaan naar een gezin of in de wijk te komen in plaats van mensen te vragen naar een kantoor te komen.

Voor instellingen betekent dit alles ook een grote omslag. Ze moeten niet op voorhand zeggen: 'Ons specialisme, onze kennis en ervaring zijn nodig – wij zijn onmisbaar (anderen zijn overbodig).' De praktijk moet leren welke specialismen en disciplines nodig zijn en welke overbodig. Instellingen moeten aan het begin van een zoekproces vooral loslaten, niet krampachtig de belangen van hun instellingen behartigen. Gaandeweg het zoekproces zullen zij hun organisatie herinrichten en ook over de voormalige grenzen van de organisatie heen gaan werken.

Het mantra van de generalist en het wijkteam

Het probleem van de discussie over de transformatie is dat die vertaald wordt in één systeem.

De mantra 'één gezin, één kind, één plan, één regisseur' wordt aangevuld met één organisatie: het wijkteam, en met één specialist: de generalist. Daardoor heeft de transitie minder kans van slagen. We ontkennen te sterk dat er verschillen zijn tussen doelgroepen. Terwijl de praktijk leert dat soms specifieke kennis en vaardigheden nodig zijn om bepaalde vraagstukken te onderkennen en met doelgroepen te communiceren. Waarom wordt in de hele transitie de noodzaak van specifieke deskundigheid weggeredeneerd? Waarom kiezen we voor een eenduidige, modelmatige structuur? Daarbij vergeten we dat professionals zelf bij machte zijn om de transformatie te realiseren en daar ruimte voor moeten krijgen.

Aan de voorkant van het zorgsysteem moet de specialist de ruimte krijgen om zelf te ontdekken welke samenwerkingsvorm kan helpen. Om integraal te kunnen werken zullen specialisten ook ruimte moeten hebben aan de voorkant: zij kunnen daar op tijd signaleren en acteren. De oplossing voor dit probleem ligt in minder structureren, minder denken in systemen en minder denken in vaste modellen van organiseren. Het is nodig om ook aan de voorkant ruimte te bieden aan professionals om hun specialisme toe te passen, om hun specialisme te behouden en daarin te investeren, die te delen en te ontwikkelen. In plaats daarvan wordt gekozen voor modelmatig en gestructureerd aanpakken. In aanbestedingsconstructies wordt soms gekozen voor één aanbieder die de hele voorkant mag uitvoeren. Daarmee wordt niet erkend dat er diverse specialisten zijn die ook aan de voorkant van waarde kunnen zijn. Dat is een bedreigende ontwikkeling.

Hulp krijgt vorm vanuit het gezin

De jeugdhulp moet de opvoeding terugbrengen naar waar die hoort: bij de gezinnen. Dat betekent dat de hulp ook ingericht moet worden vanuit de blik van gezinnen. Maar juist die blik van gezinnen ontbreekt; cliëntparticipatie is onvoldoende. Een gezin dat behoefte heeft aan hulp is niet geïnteresseerd in de scheidslijnen van organisaties, maar weet wel waar het aan het einde van een hulptraject wil staan. De leidende vraag bij instellingen moet zijn: wat moeten wij doen om dat punt te bereiken – niet meer en niet minder? Datzelfde geldt voor de blik van gemeenten: wat moeten we doen dat nodig is? Dus gemeenten volgen pas nadat deze vraag aan gezinnen is gesteld.

Maar in aanloop naar de vaststelling van de wet in de Eerste Kamer is er veel belangenstrijd geweest, en die is nog niet voorbij. Het risico is dat de drive ontstaat dat specialistische hulp zo veel mogelijk moet worden voorkomen. Dat gemeenten te veel nadruk leggen op 'zelf doen' en op niet te snel doorsturen naar gespecialiseerde hulp. Voorkom dat de transitie vastloopt in dergelijke nieuwe mantra's en ideologieën. Het is belangrijk een cultuurverschil tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg te behouden. Immers, niet alleen de gezinnen, maar ook de professionals moeten hun krachten kunnen benutten. We moeten toe naar een vorm van samenwerking waarin iedereen elkaars expertise

respecteert en op basis van gelijkwaardigheid met elkaar omgaat. We moeten elkaar vinden in cultuurverschillen door te doen wat nodig is.

De wijkteams als leerproces

Wijkteams ontwikkelen zich gaandeweg. Het is belangrijk om de ontwikkeling van de teams te beschouwen als een leerproces en van tevoren zo min mogelijk vast te leggen. De spreker benoemt drie vragen die spelen in dat leerproces. Ten eerste, de professionals in de wijkteams zijn generalist in het gezin. Dat betekent dat zij op alle levensgebieden waar vragen zijn zouden moeten kunnen acteren. Eén persoon per gezin, dat is het streven. In de praktijk is het zo ver nog niet, want het vraagt wel heel veel van die generalist. Het is dan ook een leermodel: hoe ver kunnen we hierin gaan? Ten tweede: de generalist in het gezin is specialist in het team. De teams zijn uit veel specialismen samengesteld en er vindt collegiale intervisie plaats, zodat de specifieke kennis van een collega wordt gedeeld met anderen die deze kennis nodig hebben om hun rol in een gezin te vervullen. De vraag is hoe die specialistische kennis in stand wordt gehouden nu mensen werken als generalist. Een derde vraag: wanneer schakelt de generalist specialisten vanuit de tweede lijn in? Sectoraal verschilt dat, maar het hangt ook samen met de houding in de tweede lijn. Helaas wordt daar nog sterk institutioneel gedacht. De generalisten in de wijkteams werken aan herstel van het gewone leven. Als dat herstellen niet lukt, helpt specialistische hulpverlening ook vaak niet. Vanuit dat weten zouden generalist en specialist moeten samenwerken en zou een specialist zijn mobiele nummer moeten geven aan het wijkteam, of zou hij als het wijkteam daarom vraagt binnen 24 uur aan de keukentafel moeten zitten. Helaas gebeurt dat niet. Specialisten stellen zich dikwijls arrogant op. Terwijl de wijkteams ze hard nodig hebben. Een ander element dat de samenwerking lastig maakt, is dat wijkteams mensen zelf hun stappen laten zetten, ook wanneer een professional de stappen beter en sneller kan maken. Maar het is beter als mensen het zelf leren. De tweedelijnsbuitendienstverleners werken zo niet. Zou dat proces van 'op de handen zitten' ook in de tweede lijn kunnen worden toegepast? En hoe ver kun je daarin gaan? Om die vraag te onderzoeken zal de tweede lijn zich kwetsbaar moeten opstellen.

Discussie met de zaal

Opgemerkt wordt dat in de vier presentaties de professionals die geheel aan de voorkant van het systeem zitten (schoolmaatschappelijk werk, jeugdwerk, het preventieve voorwerk) niet besproken zijn. Deze professionals zitten in de haarvaten van de samenleving en zoeken aansluiting bij de wijkteams. Daartoe hebben zij handelingsruimte nodig, maar die is er niet omdat de gemaakte afspraken met de financier over taken vastomlijnd zijn. Buiten het boekje gaan betekent voor deze professionals maar al te vaak dat ze op het matje worden geroepen. De verantwoording is knellend en moet veranderen. Het is nodig om met elkaar te zoeken hoe de verantwoording anders en beter kan.

Een andere opmerking betreft de achterkant van het zorgsysteem, bijvoorbeeld de zorgverlening aan jongeren in detentie. De ervaring van een van de deelnemers is dat daar wél goede hulplijnen zijn tussen generalist en specialisten. In de jeugdzorg-plus is de samenwerking tussen professionals goed georganiseerd. In de reguliere jeugdzorg is dat niet zo. Daar zijn wel voorbeelden van professionals die goed samenwerken, maar het systeem, de methode, de manier van organiseren is niet zo.

Een aanzienlijk deel van de discussie met de zaal gaat over het belang van specialismen en gespecialiseerde instellingen. De opgave van de transformatie is om met elkaar uit te vinden welke specialismen en disciplines niet meer nodig zijn en welke door samenvoegen veel effectiever kunnen worden. Een van de deelnemers stelt dat de vraag is: hebben wij de instelling nodig of hebben wij de kennis van de instelling nodig bij vraagverheldering in gezinnen en de methodieken die zij gebruiken?

Wijkteams stellen het bestaansrecht van instellingen ter discussie, terwijl de specifieke deskundigheid van de instellingen wel wordt benut. Dat komt doordat medewerkers van instellingen in wijkteams werken als generalist met een specifieke achtergrond (en niet als specialist). De medewerker werkt niet meer alleen in de gezinnen die behoren tot de doelgroepen van de eigen instelling, maar in alle gezinnen. In het team draagt de medewerker zijn deskundigheid over op andere medewerkers. Deze werkwijze is niet mogelijk bij alle specialismen en instellingen. Maar de zoektocht naar welke dat zijn, is een proces. Het is nodig alle instellingen af te pellen: is een aparte discipline gerechtvaardigd?

Het proces van afslanking van gespecialiseerde zorgaanbieders is in gang gezet en kennis wordt van gespecialiseerde instellingen overgedragen aan generiek werkende wijkteams. Dat leidt tot nieuwe vragen: op dit moment hebben we de deskundigheid van de betreffende instellingen nog en kan die worden overgedragen. Maar hoe gaat dat over vijf of tien jaar? Hoe voorkom je dat expertise verwaartert?

Er wordt ook gepleit het kind niet met het badwater weg te gooien en specialisaties te behouden, omdat daarmee betere en snellere diagnoses van gezinssituaties kunnen worden gemaakt. Het verleden leert dat als dergelijke specifieke kennis ontbreekt, er te lang wordt voortgemodderd met gezinnen.

Verweven met bovenstaande discussie over het voortbestaan van instellingen wordt er geageerd tegen gemeenten. Gemeenten zijn bezig met het vormgeven van wijkteams. Ze hebben immers de verantwoordelijkheid gekregen om vorm te geven aan de transitie waarbij ze hulp dichtbij brengen, geleverd door herkenbare gezichten, en met minder hulpverleners in een gezin. Daarvoor is het nodig dat gemeenten met instellingen in gesprek gaan en de gemeenteraad mee krijgen. Veel gemeenten doen dat door het opzetten en ontwikkelen van wijkteams. Daarmee bepalen ze echter de vorm waarin instellingen moeten functioneren en samenwerken, en indirect drukken ze een stempel op het al dan niet voortbestaan van specialisaties. De kernvragen voor zorgaanbieders zijn, zo stelt een deelnemer, of zij in staat zijn om hun medewerkers te laten functioneren dicht bij de zorgvragen (dus in de kinderopvang, in de school of op de huisartsenpost) en of zij aanwezig zijn op het moment dat een leidster, school of huisarts daarom vraagt. Maar daarvoor is het niet noodzakelijk dat zij in wijkteams werken. Waarom zou je wijkteams verplichten? Politiek is het wel een issue hoe je de specialistische kennis krijgt daar waar die nodig is. Maar wethouders moeten de transformatie vooral niet zelf vorm gaan geven. Het is de verantwoordelijkheid van de instellingen zelf om de instellingen af te breken en daar naar toe te gaan waar ze nodig zijn. Instellingen zelf moeten goede onderlinge afspraken maken en helder maken wat ze (niet meer) doen. Tegenover de gemeenteraden schept dat ook helderheid. Rest de vraag hoe een koerswijziging van een instelling wordt overgedragen op professionals en in hun werkwijze beklijft.

De gemeente hoeft ook helemaal niet zo sterk voor te schrijven wat instellingen wel en niet moeten doen, merkt een van de deelnemers op. De gemeente kan specialisten aanzetten tot samenwerking zonder te verlangen dat specialisten hun mobiele nummer geven. De gemeente Amsterdam heeft bijvoorbeeld gezegd dat zij over verstandelijk gehandicapten (vg) en licht verstandelijk gehandicapten (lvg) niet afzonderlijk met alle relevante instellingen in gesprek zou gaan. De gemeente gaf aan alleen met de betrokken instellingen gezamenlijk in gesprek te willen. Dat heeft ertoe geleid dat de instellingen vanaf het eerste moment tot samenwerking gestimuleerd werden. Daarop hebben de instellingen gezegd dat zij een expertisenetwerk wilden organiseren om de bereikbaarheid van specialisten te verbeteren. Dat expertisenetwerk wordt niet een mooi gebouw, maar een netwerk waarin alle vg- en lvg-specialisten samenwerken en waarop de wijkteams een beroep kunnen doen. Dan

hoeft niet elke specialist zijn mobiele nummer te geven, maar is er wel een structuur die maakt dat de specialisten bereikbaar zijn en ingevlogen kunnen worden voor consult. Bijkomend voordeel: de specialisten gaan over de grenzen van hun instelling meer samenwerken.

De gemeente mag eisen stellen, zo merkt een andere spreker aanvullend op. Bij autisme en adhd bijvoorbeeld is bepaalde kennis en zijn bepaalde methoden goed overdraagbaar aan het brede veld. De beroepsgroep kan zelf bepalen welke kennis en methoden dat zijn; de gemeente mag eisen dat ze dit doen. Want de gemeente geeft de instellingen geld. De gemeente mag ook eisen stellen aan de samenwerking, ook van ggz'ers, met daarbij de ruimte om zelf te bepalen hoe ze die inhoudelijk vormgeven. Belangrijk is wel om aan die ruimte te koppelen dat instellingen laten zien dat hun samenwerking effectief is op het niveau van kinderen en gezinnen.

Naast het pleidooi voor meer ruimte voor maatschappelijke organisaties wordt gewezen op het risico dat er naast alle instellingen een nieuwe instelling ontstaat: het wijkteam. Een andere aanwezige stelt dat wijkteams op een modelmatige manier kunnen gaan werken. Dat zou betekenen dat we een nieuw systeem bouwen met oude fouten en dat we dat reproduceren in 403 gemeenten.

Ook wordt opgemerkt dat het een illusie is te denken dat professionals anders gaan werken door wijkteams samen te stellen. De neiging is om de oplossing te zoeken in wijkteams, maar professionals moeten inhoudelijk worden geholpen om te herontdekken wat goed is voor kinderen en hun gezinnen en in te zien dat er ook andere methodieken zijn om hun vraagstukken op te lossen. Als met het opzetten van wijkteams de expertise van professionals ter discussie komt te staan, kan dat juist op dit vlak averechts werken. Professionals hebben behoefte aan houvast en moeten niet de indruk krijgen dat zij alles los moeten laten. Het is belangrijk aan te geven dat hun expertise wordt erkend en dat er blijvend in wordt geïnvesteerd. Door dat te borgen wordt professionals de ruimte geboden om andere dingen los te laten. Als professionals geen vertrouwen in deze stelselwijziging hebben, zal het een illusie zijn dat het een succes zal worden.

Is het nu nodig om te ageren tegen de wijkteams, vraagt een deelnemer zich af. Kunnen organisaties zich niet meegaander opstellen ten opzichte van gemeenten? Durven we niet gewoon eens te kijken wat er gebeurt? Want we kunnen heel lang discussiëren over wat een specialist of een generalist is, over wie er wel en niet in de wijkteams zitten, en over hoe er wordt samengewerkt tussen eerste en tweede schil, tussen invliegen en erbij halen. We kunnen ook gewoon bij het gezin beginnen, vooral het ingewikkelde gezin, en kijken wat er gebeurt. Misschien ligt de oplossing niet in de inhoud, maar in een lerende aanpak, in kijken waar de logica van een gezin ons brengt.

Een deelnemer werpt tegen dat dit wellicht spannend klinkt, maar oppert dat de vraag wat wel en niet werkt leidend moet zijn in het vormgeven van het systeem, waarbij wordt benut en toegepast wat er al bekend is uit de praktijk en niet wordt begonnen met alles opnieuw ontdekken en gaandeweg leren.

Ook wordt opgemerkt dat de tijd (2015) krap is. Idealiter zou het systeem worden opgebouwd vanuit leren vanuit de praktijk, maar er is veel druk vanuit de wet, de raden, het monitoren. De vraag is hoe het leerproces na de transitie vorm krijgt, hoe de veranderingen in de toekomst vorm krijgen en worden gevolgd, en hoe wordt voorkomen dat bij misstanden die onherroepelijk zullen ontstaan in een deel van de gemeenten, de staatssecretaris op het matje wordt geroepen en de transformatie tot staan wordt gebracht.

Samenvatting en afsluiting van de bijeenkomst

Dagvoorzitter Rein Zunderdorp vat beide discussies samen en identificeert een aantal vraagstukken die eruit naar voren komen.

1. Soms worden de problemen van kinderen en gezinnen complex genoemd en soms enkelvoudig. Complexe problemen kunnen heel zwaar zijn omdat er veel zware elementen inzitten. Maar complexe problemen kunnen ook heel licht zijn. Dan speelt er wel veel, maar zijn er slechts een paar elementen die het werkelijke probleem vormen. In het eerste geval is expertise nodig om er iets van te maken; in het tweede is dat meer discutabel en moeten hulpverleners niet altijd direct hulp verlenen. Of ze moeten wel hulp verlenen, maar andere dan waarvoor zij zijn opgeleid. Hoe maken professionals die omslag in werken?
2. Het onderscheid tussen generalisme en specialisme is een kwestie. Er is een model waarin de generalist hetzelfde doel heeft als de specialist, maar minder kundig is. Er is een ander model waarin de generalist een andere deskundigheid heeft dan specialist. Eerstgenoemde model neemt de context van de zorgvrager in beschouwing. Ook bij specialisten is onderscheid te maken tussen twee typen: sommige zijn reducerend bezig. Ze focussen op een element, analyseren dat tot de kern en trekken de splinter eruit. Er zijn ook specialisten die oog hebben voor de context en het bredere plaatje waarvan zij deel uitmaken: zij zien wat er in het generalistische team speelt en hoe zij daaraan kunnen bijdragen. Wat voor generalisten en specialisten willen we in de toekomst, en waar houdt de kundigheid van de één op en begint die van de ander?
3. In het huidige systeem zitten twee fouten: een te zwaar aanbod voor lichte problemen en een te licht aanbod voor zware problemen. Terwijl we druk doende zijn om die fouten te repareren met het nieuwe systeem, wordt achteraf pas duidelijk welk type fout er speelt. Vooraf voorspellen is een stuk ingewikkelder. Hoe gaan we met dit vraagstuk om?
4. De stelsel discussie heeft een enorme zuigkracht. Veel mooie voornemens voor de inhoud lopen stuk op het systeem van bijvoorbeeld financiële prikkels. Het is belangrijk om gewoon te beginnen en niet meegezogen te worden in een systeem discussie. Maar gaat dat ons brengen waar we heen willen?
5. We gaan van oude naar nieuwe paradigma's. Daarbij lopen we tegen cultuurverschillen aan. Het is onvermijdelijk dat hierin karikaturen worden geschetst zoals 'vroeger plaatsten wij iedereen in een categorie en eigen hokje' en 'in de toekomst gaan we goed samenwerken'. Hoe gaan we om met de cultuurverschillen en voorkomen we dat ze ontaarden in patstellingen?

Noot

- 1 De deelnemerslijst is aan het eind van het verslag opgenomen.

Deelnemerslijst

Deelnemerslijst van de gezamenlijke expertmeeting van de RVZ en de RMO op 13 mei 2014 van 10.00 uur – 13.00 uur in de Torenzaal van het Utrechts Centrum voor de Kunsten.

<i>Naam</i>	<i>Organisatie</i>
De heer Pieter Bijkerk	Jeugdbescherming Regio Amsterdam
Mevrouw Linda Bijl	Opvoedpoli Amsterdam
Mevrouw Anke van Dijke	Fier Fryslân
De heer Peter Dijkshoorn	Accare
Mevrouw Ingrid Doorten	RVZ
De heer Erik Gerritsen	RMO
Mevrouw Dorien Graas	Zelfstandig onderzoeker, adviseur en publicist jeugd- en gezins- zorg
De heer Pieter Hilhorst	Journalist
De heer Theo Hooghiemstra	RVZ
Mevrouw Romy van den Hoogen	Gemeente 's Hertogenbosch
De heer Giel Hutschemaekers	Universiteit Nijmegen
Mevrouw Monique Kavelaars	De Waag
Mevrouw Marjan de Lange	NJI
Mevrouw Ans van de Maat	Intermetzo
De heer Willem Jan Meerding	RVZ
Mevrouw Loes Meijer	De Waag
Mevrouw Ineke Moerman	cJG Rijnmond
De heer Adri van Montfoort	Van Montfoort
Mevrouw Simone de Roos	SCP
Mevrouw Dienneke de Ruiter	RMO
De heer Flip van Sloten	RVZ
De heer Jan-Dirk Sprokkereef	Bureau Jeugdzorg Utrecht
De heer Job Tanis	Ministerie van vws
De heer Bas Timman	Stichting Jeugdformaat
De heer René Veenstra	Rijks Universiteit Groningen
Mevrouw Linda Vogtlander	De Waag
De heer Karel Wieme	Wieme Psychiater
Mevrouw Aafke Wortelboer	Transparant Leiden
Mevrouw Ayeh Zarrinkhameh	RVZ

