Partners in jeugdbeleid

Nader Onderzoek Jeugdgezondheidszorg en Jeugdhulp

Hoogmade, oktober 2018
Sophie Hospers
Quirien van der Zijden

Inhoud

Inleiding 3
1. Samenwerking in drie gemeenten 6
1.1 Gemeente A 8
1.2 Gemeente B 13
1.3 Gemeente C 18
1.4 Aanvullende voorbeelden 22
2. Reflecties naar aanleiding van de cijfers 23
2.1 Landelijke cijfers 23
2.2 Cijfers beleidsinformatie over de drie gemeenten 27
2.3 Redenen en verklaringen 28
2.4 Concluderend 30
3. Werkzame factoren in de goede samenwerking 31
3.1 Organiseren van kennen en gekend worden 31
3.2 Houding en competenties 32
3.3 Samenwerken over grenzen heen 32
3.5 Relatie met/invloed van gemeenten 34
3.6 Taakopvatting jeugdgezondheidszorg 35
3.7 Vraag en aanbod gericht werken 36
3.8 Werkzame factoren samengevat 37
3.8 Het onderwijs 37
3.9 Huisartsen 38
3.10 Samenwerking met de wijkteams 39
4. Samenvatting en conclusies 40
4.1 Samenvatting van de bevindingen 40
4.2 Beantwoording onderzoeksvragen 41
4.3 Conclusies 43
4.4 Aanbeveling 44
Bronnen 45
Met dank aan 45
Bijlage 1. Besluit publieke gezondheid 2014, artikel 3 - 8 46

Inleiding

Voor u ligt een rapportage van het *Nader Onderzoek Jeugdgezondheidszorg en Jeugdhulp,* een explorerend onderzoek over de positionering van en samenwerking met de jeugdgezondheidszorg in het sociale domein.
De directe aanleiding tot dit onderzoek, naast de beleidsinformatie jeugd, is de observatie van de Inspectie Gezondheidzorg en Jeugd, hierna de inspectie:

> *'Alhoewel het belang van samenwerking binnen het sociaal domein door de organisaties gezien wordt, concludeert de inspectie tegelijkertijd dat de JGZ nog lang niet overal de beoogde positie in het sociaal domein heeft.*
> *Niet overal neemt de JGZ een proactieve rol in en stelt zich op als initiator. Vaak wacht de JGZ af of zij vanuit gemeente en/of sociaal domein benaderd wordt. De samenwerking is aanmerkelijk beter op plekken waar wederzijds geïnvesteerd is in elkaar kennen en opzoeken.'*[1]

Doelstelling

Het algemeen beleidsoverleg jeugd (ABJ) heeft *Partners in jeugdbeleid* de opdracht gegeven om te onderzoeken en te beschrijven hoe de jeugdgezondheidszorg (JGZ) haar rol speelt binnen het jeugddomein. Het doel van het onderzoek is zicht te krijgen op de werkzame factoren in een goede samenwerking van de JGZ en de rest van het sociaal domein. We willen daarbij:

- Inzicht geven in de wijze waarop in de verbinding tussen jeugdgezondheidszorg en de rest van het sociaal domein wordt gelegd, waaronder de jeugdhulp, maar ook de lokale teams in den brede, het onderwijs, kinderopvang/peuterspeelzalen en het jeugd- en jongerenwerk;
- Inzicht geven in de rol die de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen hierin spelen.

Onderzoeksvragen

Het ABJ heeft ten behoeve van het onderzoek de volgende vragen geformuleerd:

a. Welke afspraken zijn er over de betrokkenheid van de JGZ bij de jeugdhulp/het sociaal domein in de betreffende gemeenten?
b. Hoe ervaren de jeugdartsen/JGZ-professionals de mate waarin door collega-professionals in het sociaal domein gebruik gemaakt wordt van hun deskundigheid?
c. Hoe ervaren professionals in het sociaal domein de betrokkenheid van de JGZ?
d. Hoe maakt de JGZ gebruik van deskundigheid van de ketenpartners?
e. Hoe ervaart de JGZ de betrokkenheid van de ketenpartners?
f. Zijn er in de onderzochte gemeenten verschillen te zien in jeugdhulpgebruik of doorverwijzingspatronen naar jeugdhulp?
g. Zijn deze verschillen tussen gemeenten te verklaren uit verschillen in registratie, sociaaleconomische omstandigheden en bevolkingssamenstelling?
h. In hoeverre zijn deze verschillen toe te schrijven aan de wijze waarop de betrokkenheid van de JGZ bij het sociaal domein is georganiseerd?

[1] https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2017/12/20/jeugdgezondheidszorg-actief

Onderzoeksaanpak

De aanpak van dit onderzoek wijkt af van de gebruikelijke volgorde in een Nader Onderzoek beleidsinformatie jeugd, waarbij op basis van de CBS cijfers een aantal gemeenten met opvallende cijfers wordt geselecteerd. De reden daarvoor is dat het aantal verwijzingen door jeugdartsen verhoudingsgewijs laag is (landelijk gemiddelde 2,1% in 2017). Bovendien zijn er ongeveer 170 gemeenten, waarbinnen de jeugdarts volgens de CBS cijfers helemaal geen verwijzingen (= minder dan 7) jeugdhulp hebben gedaan. De cijfers bieden daardoor onvoldoende grond om tot een representatieve selectie te komen.

Jeugdhulptrajecten; verwijzer		**2017***
Verwijzer	jeugdhulptrajecten	als percentage van totaal
Totaal	549560	
Gemeentelijke toegang	150990	27,5
Huisarts	198570	36,1
Jeugdarts	11415	2,1
Gecertificeerde instelling	51670	9,4
Medisch specialist	33160	6,0
Rechter, Officier van Justitie, ...	1540	0,3
Geen verwijzer	47400	8,6
Verwijzer onbekend	54810	10,0

Bron: Statline, mei 2018

We zijn daarom op zoek gegaan naar drie gemeenten waarin de positionering en samenwerking van en met de jeugdgezondheidszorg door betrokkenen als positief wordt ervaren. Daarna hebben we de betreffende cijfers van de benchmark erbij gehaald. Deze zoektocht heeft ons een dubbel inzicht gegeven: wat wordt er verstaan onder een passende positionering en een goede samenwerking? En ten tweede: welke factoren zijn daarbij van invloed?

Interviews

We hebben totaal ruim 30 respondenten gesproken:

- In de eerste fase met name landelijke partners: de Inspectie Gezonheidszorg en jeugd (IGJ), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en de AJN Jeugdartsen Nederland (AJN). Deze eerste gesprekken hebben ons zicht gegeven op factoren die van belang zijn als het gaat om de goede samenwerking en positionering. Ook hebben de eerste respondenten namen genoemd van regio's of gemeenten waar het in hun ogen goed gaat.
- Voor de selectie van de drie gemeenten hebben we eerst breed in het land interviews gedaan, omdat de antwoorden niet geheel eenduidig waren, wat betreft de opvatting over wat dan een passende, goede positionering (het inrichtingsvraagstuk) zou zijn. Zo konden we specifieke ervaringen toetsen en staven, om te beoordelen of de drie gemeenten enigszins representatief zijn. We hebben gekozen voor gemeenten waarvan respondenten zèlf zeiden dat de positionering en samenwerking van de JGZ met de rest van het sociale domein naar tevredenheid verliep. We hebben gemeenten met een verschillende inrichting gekozen.
- Binnen deze drie gemeenten bespraken we in semigestructureerde interviews met diverse actoren in het sociale domein de volgende thema's:
    - Hoe is de aansluiting van de JGZ met het jeugddomein georganiseerd?
    - Welke visie en gedachten liggen daaraan ten grondslag?

- Wat loopt er goed in de samenwerking en wat kan beter?
- Hoe wordt er over en weer van elkaars deskundigheid gebruikt gemaakt?
- Welke afspraken zijn er gemaakt ten aanzien van de doorverwijzing door jeugdartsen naar jeugdhulp?
- Zijn er, in aanvulling op de afspraken over het proces van doorverwijzing door de jeugdartsen, ook andere afspraken over betrokkenheid van de JGZ bij de jeugdhulp/het sociaal domein in de gemeente?
- Wat zijn in deze gemeente de relevante ketenpartners om te bevragen over de samenwerking met de JGZ?

Cijfers

Als laatste stap in het onderzoek hebben we de cijfers erbij gehaald: zijn er verschillen in jeugdhulpgebruik en doorverwijzingspatronen in de verschillende gemeenten? Wordt er een verband zichtbaar van deze cijfers met de manier waarop de betrokkenheid van de JGZ in het sociaal domein is georganiseerd? Zijn er andere verklaringsgronden voor de verschillen?

Leeswijzer

In deze inleiding beschreven we de aanleiding, doelstelling, aanpak en verantwoording van de gemaakte keuzes. Hoofdstuk 1 bevat een (anonieme) beschrijving van de drie geselecteerde gemeenten. We sluiten het hoofdstuk af met enkele korte beschrijvingen van praktijken in gemeenten die we – in verband met de beperkte tijd – niet nader hebben onderzocht. Daarmee schetsen we een beeld van enerzijds de rijke schakering die we aantroffen, anderzijds de overeenkomstige thema's die spelen.
Hoofdstuk 2 bevat een analyse van relevante cijfers uit de beleidsinformatie jeugd. In Hoofdstuk 3 beschrijven we werkzame factoren als het gaat om een goede positionering en samenwerking.
Tot slot staan in Hoofstuk 4, na een korte samenvatting van de bevindingen, de antwoorden op de onderzoeksvragen, de conclusies en een aanbeveling.

1. Samenwerking in drie gemeenten

Voordat we een beschrijving geven van de positionering van de jeugdgezondheidszorg in drie gemeenten, beschrijven we kort wat de wettelijk taken van de jeugdgezondheidszorg zijn en de verhouding van die taken van de jeugdgezondheidszorg tot de jeugdwet.

De wet op de publieke gezondheid bepaalt welke taken de jeugdgezondheidszorg heeft. Die wet zegt, in het kort, dat de professionals van de Jeugdgezondheidszorg alle kinderen en jongeren in Nederland systematisch volgen, en actie ondernemen als een situatie, individueel of collectief, daartoe aanleiding geeft.

De kern van het basispakket Jeugdgezondheidszorg:
- systematisch volgen van de lichamelijke, psychosociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en jongeren;
- beoordelen van de ontwikkeling in relatie tot de sociale, pedagogische en fysieke omgeving van de kinderen en jongeren en het gezin waarin ze opgroeien;
- tijdig signaleren van problemen en vroegtijdig opsporen van specifieke stoornissen;
- geven van preventieve voorlichting, advies, instructie en begeleiding, individueel of in groepen, gericht op het versterken van de eigen kracht van ouders en jongeren.
- ontzorgen en normaliseren door het geven van voorlichting, advies en ondersteuning of door het voeren van enkele gesprekken om ouders en jongeren te ondersteunen en gerust te stellen, indien nodig;
- beoordelen of extra ondersteuning, hulp of zorg nodig is en direct de juiste zorg of hulp erbij halen;
- samenwerken met professionals uit onderwijs, voorschoolse voorzieningen, jeugdhulp, verloskundigen, kraamzorg, huisartsen en andere curatieve zorgverleners, buurtteams en andere relevante partijen.
- adviseren van gemeenten en scholen over collectieve maatregelen/activiteiten op basis van analyse van verkregen gegevens

Uit: factsheet basispakket jeugdgezondheidszorg

De verantwoordelijkheid voor de concrete invulling van deze taken, plus eventueel aanvullende zaken, is bij de gemeente belegd, die op die manier ook de samenhang met de Jeugdhulp, zoals vastgelegd in de Jeugdwet, kan bewaken. Op het gebied van vroegtijdige ondersteuning is daar een overlap. Ook in de Jeugdwet wordt immers gesproken van preventie.
De factsheet basispakket jeugdgezondheidszorg zegt hier over: *Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van zowel de jeugdgezondheidszorg als voor preventie en jeugdhulp op basis van de Jeugdwet. De taken sluiten als volgt op elkaar aan: De JGZ signaleert en geeft voorlichting, advies, instructie en begeleiding. Hiermee kan de eigen kracht van kinderen, jongeren en ouders worden versterkt en (indien mogelijk) kunnen ervaren problemen worden genormaliseerd. Preventie en lichte ondersteuning kunnen zwaardere hulp mogelijk voorkomen;*
Na signaleren van een (risico)situatie of probleem vindt zo nodig ondersteuning plaats vanuit de preventieve activiteiten op grond van de Jeugdwet. Dit kan bijvoorbeeld door het inzetten van specifieke programma's of (groeps)activiteiten, zoals VoorZorg, M@zl en opvoedcursussen. De gemeente bepaalt wie

Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor *preventie,* ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen;

Preventie = op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met of jeugdigen met een risico op psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking of van de ouders met of met een risico op opvoedingsproblemen
Uit: Jeugdwet

deze programma's uitvoert. Als hiervoor specifieke JGZ-deskundigheid vereist is, worden deze activiteiten uitgevoerd door de JGZ. De specifieke deskundigheid van de JGZ is een combinatie van kennis en expertise op het gebied van gezondheid, ontwikkeling en opvoeding. Als deze specifieke expertise niet nodig is, kunnen gemeenten deze activiteiten ook laten uitvoeren door andere partijen. Door de JGZ-professionals deze activiteiten te laten uitvoeren, kan optimaal gebruik worden gemaakt van de bekendheid en expertise van de JGZ. Dit heeft tevens als voordeel dat ouders, kinderen en jongeren niet verwezen hoeven worden naar andere zorgverleners.

Een passende positionering van de jeugdgezondheidszorg, conform de wettelijke opdracht, is dus aan de gemeenten. Zoals de minister schrijft aan de Tweede kamer: *De inspectie constateert in haar rapport dat de JGZ het belang ziet van samenwerking in het sociale domein, maar nog lang niet overal de beoogde positie heeft. Volgens de inspectie kan de JGZ daarin een meer proactieve rol nemen. Maar ook gemeenten en de organisaties in het sociale domein spelen hierbij een rol. De inspectie roept gemeenten en organisaties op met elkaar in gesprek te gaan over een betere positie en gebruik van de JGZ in het sociale domein. Ik onderschrijf deze oproep van harte. Ik zie een actieve rol voor gemeenten weggelegd om in samenspraak met de JGZ en andere betrokken partijen de regie op het kind goed te regelen en een goede samenhang en samenwerking in de keten met jeugdhulp en andere partners te borgen*[2].

Hoe is de samenhang in de keten in de drie onderzochte gemeenten vormgegeven?

[2] PG -171388-A

1.1 Gemeente A

De gemeente

Gemeente A is een gemeente met tussen de 20 en 30 duizend inwoners, waarvan meer dan 6 duizend jongeren. Het is een landelijke gemeente, met een grote kern en verschillende buurtschappen. Gemeente A kent een lager jeugdhulp gebruik dan het landelijk gemiddelde. Dat is met name te danken aan jeugdhulp zonder verblijf. Jeugdhulp met verblijf is, na een forse stijging in 2016, nagenoeg gelijk aan het landelijk beeld.

Indicatoren jeugdzorg; gemeenten

		Perioden	Nederland	Gemeente A
Jongeren met jeugdhulp	in % van alle jongeren tot 18 jaar	2015	10	10,7
		2016	10,8	9,6
		2017	11,2	10,1
Jongeren met jeugdhulp met verblijf	in % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar	2015	11,3	8,5
		2016	11,4	11,8
		2017	11,6	11,5
Jongeren met jeugdbescherming	in % van alle jongeren tot 18 jaar	2015	1,2	1
		2016	1,2	1
		2017	1,2	1
Jeugdbescherming+jeugdhulp met verblijf	in % van alle jongeren met jeugdbescherming tot 18 jaar	2015	47,9	35,7
		2016	51	47,2
		2017	51,1	47,2
Jongeren met jeugdreclassering	in % van alle jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar	2015	0,5	0,5
		2016	0,5	0,5
		2017	0,4	0,4

Bron: Statline, juli 2018

Inrichting en samenwerking

In gemeente A is de jeugdgezondheidszorg verdeeld over twee partijen. Een thuiszorgorganisatie verzorgt de taken voor de doelgroep 0-4 jaar (‘het consultatiebureau’) en de GGD neemt de zorg voor de 4 tot 18 jarigen voor haar rekening. Beide zijn in meerdere gemeenten actief. De jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen werken per gemeente, zodat daar vaste gezichten te zien zijn. Er zijn niet veel wisselingen geweest. De gemeente financiert de uitvoering van het basispakket JGZ en enkele preventieve activiteiten, zoals Homestart.

Een paar jaar geleden hebben we de discussie gevoerd. Is dit ideaal? Moet het liever 1 partij worden? We hebben geconcludeerd dat het niet erg is, als er maar goede samenwerking is, en er een goede overdracht gebeurt. Er zijn verschillende pilots gedaan om te zorgen dat de werkers elkaar kennen. Dat loopt nu naar tevredenheid.
Gemeenteambtenaar

In de inrichting van de jeugdhulp heeft gemeente A nauw samengewerkt met twee andere gemeenten en met het onderwijs. Inwoners die een vraag hebben of ondersteuning nodig hebben,

kunnen op meerdere manieren terecht. Ze kunnen zich melden bij een loket voor inwoners (0-100 jaar), dat dagelijks een inloopspreekuur heeft, en op thema verschillende spreekuren. In dat loket werken consulenten die de beschikking voor jeugdhulp en WMO zorg af kunnen geven. De consulenten bieden zelf ook korte ondersteuning.
Voor de jeugd is er een ondersteuningsteam (OT) ingericht, daarin werken jeugdprofessionals met diverse achtergronden (voormalige jeugd- en opvoedhulp, lvb en GGZ). Dat team biedt kortdurende, ambulante hulp en casusregie voor jongeren tot 23 jaar. Voor de gemeente is het OT de spin in het web. Zij verzorgen ook preventieve activiteiten. De consulenten, ondersteuningsteam en jeugdgezondheidszorg 0-4 werken bij elkaar op één locatie.

Het ondersteuningsteam verzorgt de contacten met het onderwijs (basis en voortgezet) en de huisartsen. De jeugdverpleegkundige is regelmatig op de basisschool, de jeugdarts heeft contact indien nodig. Voor het voortgezet onderwijs en het speciaal onderwijs is de jeugdarts de eerste contactpersoon vanuit de jeugdgezondheidszorg.

> *Wij (team jeugdgezondheidszorg 0-4) zijn een heel actief team. Als we ergens een knelpunt constateren dan gaan we er zelf achteraan. We leggen contact en gaan ermee aan de slag. We hebben regelmatig overleg met de gemeente, er waren in het begin ook de nodige hobbels te nemen. Dat is goed ontvangen aan de andere kant, die waren er ook blij mee.*
> Jeugdverpleegkundige

Wat betreft de jonge doelgroep (0-4 jaar) heeft het ondersteuningsteam in eerste instantie een afwachtende rol genomen in het zoeken van de samenwerking, omdat de contacten met ouders vanzelfsprekend via de jeugdgezondheidszorg verliepen. In de praktijk bleek echter dat er soms langs elkaar heen werd gewerkt, door het OT en de jeugdgezondheidszorg, bijvoorbeeld in het geval van oudere broertjes of zussen. Daarom is er een gezamenlijk casuïstiekoverleg ingericht. Hierdoor heeft men elkaar, en elkaars deskundigheid, beter leert kennen. Dat heeft de samenwerking positief beïnvloedt. De samenwerking van de jeugdgezondheidszorg met de voorschoolse voorzieningen verloopt naar grote tevredenheid. De aanmeldingen komen via de jeugdverpleegkundige binnen, en er wordt op casuïstiek niveau goed afgestemd en overgedragen. Dit is een relatie die niet zoveel veranderd is door de transitie. De coördinator van de VVE (voor- en vroegschoolse educatie) pleit er voor om het contact met het ondersteuningsteam te intensiveren, zodat er directe lijnen ontstaan als er eenmaal hulp is ingezet.

> *Het is (nog) geen automatisme vanuit de hulpverlening om terug te koppelen, dat hoor ik ook wel van de jeugdverpleegkundige. Ik snap het ook wel. Ze moeten ook zelf een relatie met ouders opbouwen, soms is het privacy gevoelig. Maar juist bij de kwetsbare gezinnen die veel hulp nodig hebben, is het zo belangrijk om de lijnen kort te houden.*
> Coördinator VVE

De verbinding met het onderwijs loopt via het ondersteuningsteam als het gaat om psychosociale problematiek, voor de meer medische vragen, wordt direct de jeugdverpleegkundige of jeugdarts geraadpleegd. De jeugdgezondheidszorg wordt ingezet bij bijvoorbeeld thuiszitters, of kinderen met onbegrepen lichamelijke klachten. Ze zijn, in de ervaring van het onderwijs, goed bereikbaar en leggen een lijn met de huisarts en kinderarts als nodig.
Om de samenwerking van het ondersteuningsteam met de huisartsen te verbeteren is een pilot gestart waarbij iemand van het ondersteuningsteam een dagdeel per week als een POH jeugd aan een praktijk is verbonden. Omdat de tevredenheid bij de huisarts daarover groot was, wordt dat nu uitgebreid.

Binnen de eigen thuiszorgorganisatie ervaart de jeugdverpleegkundige veel regelruimte: *ik mag echt doen wat nodig is. We werken met zelfregelende teams, er zijn wel kaders natuurlijk. Maar je mag zelf de grenzen bewaken en wordt daarbij ondersteund door het bedrijfsbureau en de manager. Je moet wel goed opletten hoe lang je een casus bij je houdt, dat bespreek je ook met het hele team.*

Binnen de jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar voert de jeugdverpleegkundige de preventieve gezondheidsonderzoeken uit, en ook voert zij de interne overleggen op de basisscholen. De jeugdarts zit op het speciaal onderwijs en voortgezet onderwijs. Daarnaast doet ze speciaal onderzoek op indicatie. Er is flexibele ruimte voor extra taken en overleggen. Daar staat intern spanning op, omdat er gestuurd wordt op het halen van de norm (om voldoende kinderen te zien). Dat beperkt de speelruimte van de jeugdarts om op extra vragen in te gaan.

Dat het gelukt is (een goede samenhang te creëren) hangt ook erg op personen die hun nek durven uitsteken en vasthoudend zijn. Je moet een lange adem hebben. Ja, gemeente A is echt een fijne gemeente om mee samen te werken. De wethouders en ambtenaren mogen trots zijn op wat er hier gerealiseerd wordt.
Directeur samenwerkingsverband onderwijs

Tussen de twee jeugdgezondheidszorgorganisaties is er goed contact. Niet alleen in verband met de overdracht, maar ook in het gezamenlijk scholen, bijvoorbeeld in het kader van nieuwe richtlijnen. Daarnaast komt men elkaar tegen in de verschillende overleggen.

Werkzame factoren zijn: klein werken en korte lijnen op alle niveaus. Het toverwoord is en blijft verbinden.
Manager ondersteuningsteam

Waarover is men tevreden en hoe komt dat?

Alle gesproken partijen uiten zich positief over de inrichting van het sociale domein en de positionering en samenwerking van de jeugdgezondheidszorg daarin. Er bestaat een geschiedenis van samenwerken. De inrichting van het jeugddomein is bijvoorbeeld in samenspraak met het onderwijs vormgegeven. Er is een houding van netwerken en constructief samenwerken. Er bestaat overeenstemming over de opdracht en hoe de taken verdeeld moeten zijn.

Er wordt bij medische vragen in de ogen van de jeugdarts nog te snel aan de huisarts gedacht door ouders of het onderwijs. Ouders kennen de huisarts doorgaans ook beter dan de jeugdarts, die ze maar twee of drie keer gezien hebben. Het heeft ook te maken met de beperkte mogelijkheden van de jeugdarts om afspraken te maken. De jeugdarts moet daarvoor eerst een ruimte op school reserveren. Dat kan zo maar drie weken duren, terwijl de huisarts de volgende dag al plek heeft. Dan is het niet verwonderlijk als men voor de snelle en meer vertrouwde route opteert.

Kortom, de basis is goed. Ze zouden meer gebruik mogen maken van onze deskundigheid en de aanpak kindermishandeling kan beter. Belangrijke factoren voor goede samenwerking zijn de korte lijnen, elkaar kennen, en ook de fysieke mogelijkheid tot het maken van afspraken.
Jeugdarts

De jeugdarts toont zich dus kritisch over het gebruik maken van de deskundigheid van de jeugdgezondheidszorg. Dat zou in haar ogen beter kunnen: *Het ondersteuningsteams werkt heel goed, ze gaan heel laagdrempelig met ouders om de tafel. Een deel van de vragen zou echt wel naar ons kunnen, terwijl er dan nu een verwijzing naar een kinderarts uit komt. Bij problemen rond overgewicht, voeding, slapen, buikpijn dat soort zaken. Dat zeggen kinderartsen ook. Ik ga dat nog weer eens aankaarten bij het OT.*

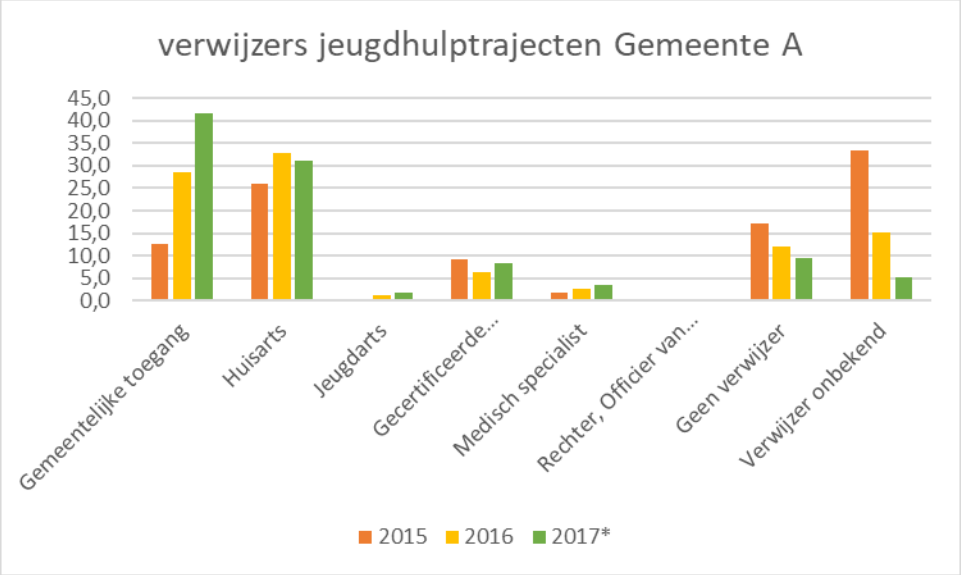
Wat opvalt in deze gemeente is de pragmatische insteek van alle betrokkenen. Men kent elkaar op alle niveaus en er klinkt in de verhalen een grote vanzelfsprekendheid door, als het gaat om elkaar opzoeken, feedback geven en verbeteren. Alle respondenten gaan vanzelfsprekend uit van de samenwerking, en van het elkaar direct opzoeken als er iets niet goed loopt. Toen we bijvoorbeeld de jeugdarts spraken en zij constateerde dat ze best iets intensiever contact in verband met de meldcode zou willen leggen, volgde direct de opmerking, '*oh, dat zal ik ook nog even aankaarten bij het OT*'. Zulke opmerkingen hoorden we vaker. De signalen zijn vooral signalen vanaf de werkvloer. Professionals binnen de jeugdgezondheidszorg krijgen de ruimte om gevolg te geven aan hun inzichten (zoals het creëren van een overleg) .

We zijn gewoon niet zo van de beleidsstukken en kiezen een pragmatische insteek. Het gaat erom dat je de verbinding daadwerkelijk maakt. En we leren graag!
Gemeenteambtenaar

Verwijsgedrag

In gemeente A is het aantal verwijzingen door de jeugdarts lager dan het landelijk gemiddelde: 1,8%. De gemeente herkent de cijfers qua verwijzingen, met het voorbehoud dat ze weten dat dat veld niet altijd goed gevuld wordt, dus dat er een grote marge qua betrouwbaarheid zal bestaan. Maar dat het aantal verwijzingen vanuit de gemeentelijke toegang hoger dan het landelijke gemiddelde, en dat door de huisartsen lager ligt, past wel bij de huidig werking van het jeugddomein, waarin het ondersteuningsteam een actieve rol heeft.

Dat er weinig verwijzingen zijn door de jeugdarts komt denk ik doordat het informeel gaat. Veel gaat van de jeugdverpleegkundige naar het ondersteuningsteam. Dat noemen we adviesverwijzingen., die worden niet opgeschreven of bijgehouden. De jeugdarts verwijst zelf ook veel naar het ondersteuningsteam, de gemeente wil toch de verwijzingen laag houden. Als het nodig is om direct te verwijzen naar jeugdhulp doe ik dat wel, maar inderdaad niet vaak.
Jeugdarts



Bron: Statline, juli 2018

Concrete voorbeelden

Preventie platform: in gemeente A bestaat een preventie platform. Dat is een vergadering van alle partijen in het sociale domein die een paar keer per jaar bijeenkomt om te bespreken welke thema's

er liggen. Dit is ontstaan naar aanleiding van de signalering van een kinderarts, die zag dat er veel kinderen werden verwezen waar medisch niets mee aan de hand bleek te zijn, terwijl er voor het gezin wel degelijk ondersteuning nodig was. Er zijn nu vier thema's geformuleerd: armoede, opvoedondersteuning, overgewicht en vechtscheiding.

Aanmeldoverleg: de jeugdverpleegkundige van het 0-4 team is standaard aanwezig bij het aanmeldoverleg van het ondersteuningsteam. Dat was aanvankelijk niet het geval. Toen de jeugdverpleegkundige signalen kreeg dat er langs elkaar heen werd gewerkt heeft de jeugdgezondheidszorg contact gezocht en is deze oplossing naar ieders tevredenheid gevonden. Met toestemming van ouders kijkt de jeugdverpleegkundige bij een aanmelding mee in het dossier en wordt er overlegd, wie de vraag het beste kan oppakken.

Ik merk in het algemeen wel verschil na de transitie. De gemeente heeft een actievere rol genomen. Die houdt echt vinger aan de pols. Dat is soms ook lastig, alles moet snel opgelost, want ze willen geen gezichtsverlies. Maar hun betrokkenheid maakt wel dat er meer integraal wordt samengewerkt. Ik vind de visie heel mooi, het afstemmen op de lokale behoefte en inzetten op de samenwerking. Het is niet persé het ei van Columbus – iedere gemeente vindt zijn eigen plan toch wel geweldig, daar mag je dan haast geen kritiek op hebben, maar ik geef ze hier een 7,5.
Coördinator VVE

1.2 Gemeente B

De gemeente

Gemeente B is een middelgrote stadse gemeente met circa tweehonderdduizend inwoners, waarvan ongeveer een derde jongeren. Gemeente B kent een iets lager jeugdhulpgebruik dan het landelijk gemiddelde. Binnen het gebruik valt het hoge, en sterk gestegen, percentage jeugdhulp met verblijf op. De gemeente maakt enig voorbehoud bij dit cijfer, als gevolg van de administratieve afhandeling, maar herkent dit hoge cijfer wel vanuit de historie. Er wordt gewerkt aan het terugdringen van verblijf door het beter inzetten van ambulante hulp, met name op het gebied van trauma en systeemtherapie. Daarnaast doet de medewerker jeugdhulp nu de perspectiefregie. Dit betekent dat bij de start van het verblijf al wordt gekeken naar wat een vervolg zou moeten zijn.

Indicatoren jeugdzorg; gemeenten				
		Perioden	Nederland	Gemeente B
Jongeren met jeugdhulp	**in % van alle jongeren tot 18 jaar**	2015	10	10,8
		2016	10,8	11,1
		2017*	11,2	10,7
Jongeren met jeugdhulp met verblijf	**in % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar**	2015	11,3	11,5
		2016	11,4	18,2
		2017*	11,6	25,4
Jongeren met jeugdbescherming	**in % van alle jongeren tot 18 jaar**	2015	1,2	1,2
		2016	1,2	1,1
		2017*	1,2	1,1
Jeugdbescherming+jeugdhulp met verblijf	**in % van alle jongeren met jeugdbescherming tot 18 jaar**	2015	47,9	45,4
		2016	51	54,9
		2017*	51,1	64,7
Jongeren met jeugdreclassering	**in % van alle jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar**	2015	0,5	0,6
		2016	0,5	0,6
		2017*	0,4	0,5

Bron: Statline, juli 2018

Inrichting en samenwerking

De jeugdgezondheidszorg en de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp, plus de regiefunctie en preventieve taken, zijn in gemeente B bij één uitvoeringsorganisatie belegd. De organisatie bestaat sinds 2016, en is opgericht na een aanbestedingstraject. Er werken jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, school- en jongerenmaatschappelijk werk, opvoedadviseurs, logopedisten, medewerkers jeugdhulp en gedragsdeskundigen. Ze werken in verschillende teams per discipline, en overleggen ook multidisciplinair. De medewerkers zijn verdeeld over vier locaties, verspreid over de gemeente. Waar we verder in dit hoofdstuk spreken over de

"jeugdgezondheid" wordt dus een breder terrein bedoeld dan enkel het werk dat door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen wordt verricht.
Naast het basispakket JGZ voert deze organisatie dus ook andere taken, op het gebied van preventie, regie en toegang jeugdhulp uit (belegd bij de jeugdarts en bij medewerkers jeugdhulp). De visie die daaraan ten grondslag ligt bestaat uit de gedachte dat de uitvoering van het basispakket JGZ een middel kan zijn om vroegtijdig te signaleren. *Als je dan toch aan het meten en wegen bent kun je direct vragen en inschatten wat een gezin eventueel nog extra nodig heeft,* vertelt de directeur van de nieuwe organisatie.
Het vinden van een passende inrichting vanuit de visie, én de omslag die dit van diverse professionals vraagt, is een ontwikkeling geweest die tijd nodig had (en heeft) om zich uit te kristalliseren.

In gemeente B is ook een wijkteam 0-100 actief. Dat is ingericht voor alle ondersteuningsvragen van inwoners en fungeert als integrale toegang. In eerste instantie waren de medewerkers jeugdhulp (de oud medewerkers van de toegang, bureau jeugdzorg) onderdeel van dat wijkteam. Het bleek dat dat niet paste. De problematiek die deze medewerkers bedienden bleek te zwaar en dat bracht de laagdrempeligheid van deze voorziening in gevaar. Bovendien bleek dat er rondom de jeugd een andere stroom ontstond. Jongeren melden zich niet bij een wijkteam, die vind je op scholen en via bijvoorbeeld jongerenwerkers. Daarom is besloten de medewerkers jeugdhulp bij de nieuwe jeugdgezondheidsorganisatie onder te brengen. Inwoners kunnen nu dus via twee routes vanuit de gemeenten om hulp vragen, via het wijkteam en via de jeugdgezondheidszorg.
Aan het wijkteamoverleg wordt deelgenomen door medewerkers van de jeugdgezondheidszorg om direct op jeugdvragen in te kunnen gaan. Maar ook om oog te houden voor de kind problematiek, wanneer een gezin vanwege andere redenen bij het wijkteam komt. Er is een intensief traject rond de samenwerking geweest en er zijn werkafspraken gemaakt.

In het ontwikkelproces wordt volgend jaar weer een nieuwe stap gemaakt. Dan wordt er in een wijk een pilot gedaan met de inzet van vrij toegankelijke jeugdhulp vanuit de jeugdgezondheidszorgorganisatie. Er wordt dan ook GGZ expertise aan toegevoegd. De gemeente ziet dat het moeten afgeven van een verwijzing voor hulp vertragend werkt, maar wil tegelijkertijd wel regie op de kosten houden. Dat vormt een spanningsveld.

> *In de praktijk moet je mensen wel 'dwingen' om samen te werken, het gaat niet vanzelf. We moeten echt trekken om de casuïstiek op gang te krijgen, achteraf vindt men het dan toch zinvol. Werkdruk is voor iedere discipline een belemmerende factor hierin.*
> Gedragsdeskundige

De interne samenwerking tussen de jeugdarts, jeugdverpleegkundigen en de medewerkers jeugdhulp (en andere opvoedondersteuners) wordt als positief gezien. Men krijgt een beter beeld van elkaars taken en expertise en maakt daar vervolgens ook meer gebruik van. Dat leidt in de ogen van respondenten tot minder verwijzingen, omdat er ook aan de jeugdarts of jeugdverpleegkundige wordt gedacht. Omgekeerd ook minder handelingsverlegenheid op het gebied van bijvoorbeeld veiligheid, omdat de medewerkers jeugdhulp daar veel ervaring in hebben, vertelt de gemeenteambtenaar. Een gedragsdeskundige bevestigt dat de positieve samenwerking op gang komt. Ze ervaart tegelijk dat jeugdartsen soms de neiging hebben om het afgeven van een indicatie via de medewerker jeugdhulp te laten lopen, terwijl ze dat ook zelf kunnen. Dat kost onnodig extra tijd. De medewerker jeugdhulp moet daarvoor een uitgebreid ondersteuningsplan invullen, terwijl voor de jeugdarts een gewone verwijzing volstaat.

Op de basisschool is de jeugdverpleegkundige het eerste aanspreekpunt, op het voortgezet onderwijs de jeugdarts en op het speciaal voortgezet onderwijs de medewerkers jeugdhulp. Zij nemen daar ook deel aan de zorgoverleggen op de scholen. Voor het onderwijs is het dossier dat de jeugdgezondheidszorg al heeft opgebouwd van grote waarde. Het helpt om de geschiedenis te weten.

> *De jeugdverpleegkundige stelt ook andere vragen, die mag veel dichterbij komen dan de IBer, is de ervaring. Die begint bijvoorbeeld gewoon over de spanningen in een relatie tussen ouders, dat zou een IBer niet zo snel doen. Die heeft ook een andere positie. Het contact met de IBer gaat vaak over prestaties. En dan horen ouders op het schoolplein de waarschuwing, pas maar op hoor, ze willen je kind naar het sbo sturen. dan zijn ze meer op hun hoede.*
> Directeur samenwerkingsverband onderwijs

In samenwerking met het basisonderwijs wordt de ondersteuning anders ingericht, waarbij de beschikbare middelen en uren, vanuit verschillende projecten worden samengebracht zodat alle scholen er gelijk van kunnen profiteren. De basis daarvan is een 'tandem', een intensief overleg tussen de intern begeleider op school en de jeugdverpleegkundige, met een schil van vrij toegankelijke jeugdhulp eromheen. De intern begeleider en de jeugdverpleegkundige bespreken de kinderen in een vroeg stadium en benaderen eerder dan voorheen ouders als er zorgen zijn. Het onderwijs is tevreden met deze nieuwe manier van werken, en ziet tegelijk dat de omslag die dat van met name de jeugdartsen vraagt, niet geheel vanzelf gaat: *Het management moet alle zeilen bijzetten om de mensen mee te krijgen. Soms zei een jeugdarts doodleuk, 'ze wachten maar zes weken tot ik tijd heb voor een verwijzing. Dat frustreert enorm. Er is echt een cultuurverandering nodig*, zo vertelt de directeur van het samenwerkingsverband die met een onderzoek een pilot op dit gebied gevolgd heeft.
Binnen het onderwijs vindt men het nog wel eens lastig om te bepalen of ze nou naar een wijkteam of naar de jeugdgezondheidszorg moeten gaan. Niet iedereen snapt dat de toegang allang op school rond loopt, als een medewerker van de jeugdgezondheidsorganisatie (de jeugdverpleegkundige of een schoolmaatschappelijk werker). Ook wordt er soms naar de huisarts verwezen omdat die route toch (veel) sneller gaat dan via de jeugdarts.

De samenwerking van de jeugdgezondheidszorg met de huisarts is over het algemeen goed. Dat de directeur van de jeugdgezondheidsorganisatie zelf huisarts was, helpt ook mee daarin, hij spreekt de taal en kent de wereld. In de ogen van de gemeente zijn het nog teveel twee routes. Grofweg komen aanmeldingen vanuit de jeugdgezondheidszorg meer in het sociale domein terecht en verwijzingen van de huisarts naar de GGZ. Daarom wordt er ook gewerkt met POH-jeugd, die gekoppeld worden aan huisartsenpraktijken.

Waarover is men tevreden en waarom?

De directeur van het samenwerkingsverband die we spraken vat het kernachtig samen: *In de basis ben ik heel tevreden. De jeugdgezondheidszorg zit op scholen. Onderwijs en jeugdgezondheidszorg weten elkaar te vinden. Er zijn enorm korte lijnen, overal. Er kan altijd nog verbeterd, dat hoort ook wel bij onze regio, zo uit de klei getrokken, goed gestructureerd. We willen naar een nieuwe samenwerking en inrichting waarin je niet alleen maar aandacht hebt voor het topje van de piramide, maar echt preventief te werk gaan. De spelers kennen elkaar goed: één gemeente, één jeugdgezondheidszorg en, en één samenwerkingsverband, die het eens zijn over de ingezette lijn. De visie is er, en nu zijn we hard aan het werk om het in te richten. Dan ben je zomaar vijf jaar verder*.

In de daadwerkelijke praktijk blijkt de omslag die gemaakt moet worden nog niet altijd vlekkeloos te verlopen. Niet iedere professional heeft direct de andere koers omarmd en als gevolg van de organisatieveranderingen is er ook veel energie gestoken in de interne 'strubbelingen'. *Het is echt een proces om een team te worden. Ik weet niet eens of dat het juiste woord is. Iedereen heeft een eigen expertise en eigen taken, dus in die zin heb je niet eenzelfde verantwoordelijkheid. Maar je kunt nu meer om een gezin heen organiseren wat er nodig is. We kunnen elkaars werk niet overnemen, maar vullen elkaar aan. Dat is mooi. Het gaat niet persé sneller. Er is een centraal aanmeldpunt waar alle aanvragen binnenkomen, die worden dan weer per wijk verdeeld. Maar je kunt wel alvast even overleggen met een collega 'is dit een passende aanvraag?. Als je iemand kent, overleg je toch makkelijker. Ik kan nu ook beter inschatten wat collega's doen en kunnen. Zij weten ook beter wat ik doe en kan. Bij een zorgmelding bijvoorbeeld wordt er nu sneller met ons overlegd*, vertelt een jeugdverpleegkundige.

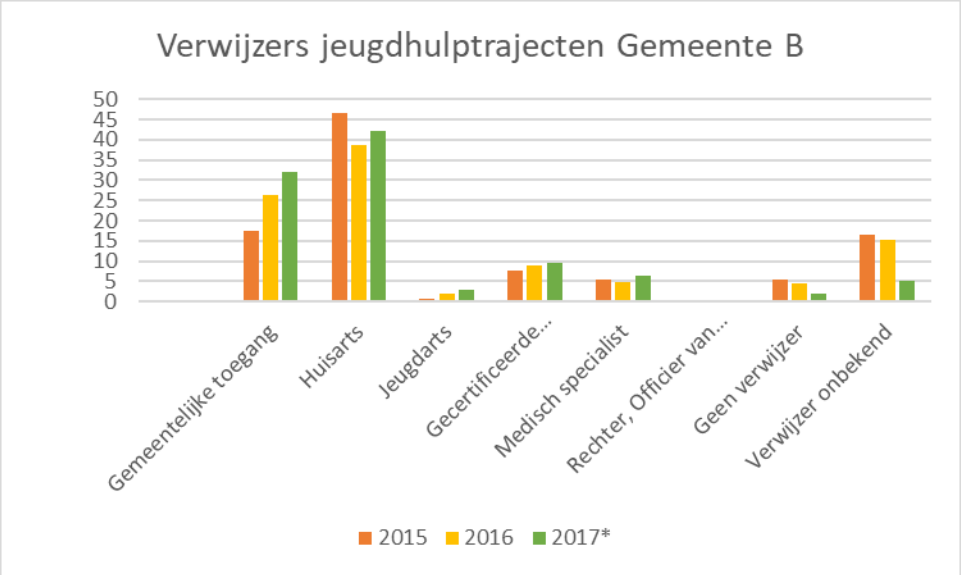
Dus zowel de zoektocht naar een passende inrichting, als de omslag naar een andere werkhouding zijn processen die nog niet zijn afgerond in de gemeente, zo maken we op uit de reacties van verschillende respondenten. De grote tevredenheid vloeit voort uit de ervaring dat er vanuit één visie, en in een gezamenlijke inspanning opgetrokken wordt.

Ik zie de volgende succesfactoren:
- *keuze van de gemeente, als regievoerder, voor deze vorm.*
- *dat de wethouder zich er hard voor heeft gemaakt hielp ook mee.*
- *We hebben een doorgaande lijn die we vasthouden, en blijven doorontwikkelen.*
- *Intensieve samenwerking in partnerschap (ik mag zelfs bij hun MT aansluiten)*
- *Opbouw vanaf preventiekant is in lijn met de doelstelling van de jeugdwet*

Gemeenteambtenaar

Verwijsgedrag

Dat het aantal verwijzingen door de jeugdarts laag is, heeft ten dele te maken met het feit dat veel verwijzingen intern via de medewerkers jeugdhulp verlopen. *Als je kijkt naar de verwijzingen door de gemeentelijke toegang dan schat ik dat 90% daarvan bij ons vandaan komt (plus dus daarnaast de verwijzingen door de jeugdarts) en 10% door het wijkteam, vertelt de* directeur van de uitvoeringsorganisatie.



Bron: Statline, juli 2018

Concrete voorbeelden

Deelname gemeente ambtenaar MT Vanaf de start heeft de gemeenteambtenaar deelgenomen aan de management vergadering van de nieuwe jeugdgezondheidsorganisatie. De gemeenteambtenaar kent alle dilemma's, knelpunten, twijfels, en financiële keuzes die de organisatie maakt. *Het is me van veel kanten afgeraden om het zo te doen, dan zou de gemeente zich te veel gaan bemoeien. Ik ben er alleen maar positief over. We zoeken nu echt samen. We bemoeien ons niet met elkaars operationele zaken. Maar dat de gemeente onze organisatie nu van binnenuit goed kent, helpt zeker. Dat heeft ook met vertrouwen te maken,* vertelt de directeur als we hem hierover spreken.

Bundeling krachten op school Verschillende projecten vanuit preventie inzet, worden gebundeld tot één sterke samenwerking op school, waarbij de jeugdverpleegkundige en de IBer samen casuïstiek bespreken in een vroeg stadium.

Zorgpaden Er zijn in samenwerking met de jeugdgezondheidszorg en huisartsen zorgpaden voor ADHD en depressie ontwikkeld, zodat het niet uit maakt bij wie een gezin komt om een verwijzing.

1.3 Gemeente C

De gemeente

Gemeente C is een gemeente met meer dan 50.000 inwoners en is enige jaren geleden ontstaan uit een fusie van drie gemeenten.
Het jeugdhulpgebruik is in gemeente C iets lager dan het landelijk gemiddelde. Met name het lage percentage verblijf, en aantal jongeren met een jeugdbeschermingsmaatregel, vallen op.

Indicatoren jeugdzorg; gemeenten

		Perioden	Nederland	Gemeente C
Jongeren met jeugdhulp	**in % van alle jongeren tot 18 jaar**	2015	10	9,1
		2016	10,8	9,7
		2017*	11,2	9,6
Jongeren met jeugdhulp met verblijf	**in % van alle jongeren met jeugdhulp tot 18 jaar**	2015	11,3	6,8
		2016	11,4	6,8
		2017*	11,6	6,5
Jongeren met jeugdbescherming	**in % van alle jongeren tot 18 jaar**	2015	1,2	0,6
		2016	1,2	0,7
		2017*	1,2	0,7
Jeugdbescherming+jeugdhulp met verblijf	**in % van alle jongeren met jeugdbescherming tot 18 jaar**	2015	47,9	54,3
		2016	51	44,6
		2017*	51,1	36,5
Jongeren met jeugdreclassering	**in % van alle jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar**	2015	0,5	0,2
		2016	0,5	0,3
		2017*	0,4	0,2

Bron: Statline, juli 2018

Inrichting en samenwerking

De JGZ wordt uitgevoerd door de GGD, gemeente C heeft daar ook andere preventieve en maatwerktaken neergelegd, meer dan de andere gemeenten binnen deze regio. De JGZ ambieert, binnen de uitvoering van hun preventieve taken, om een “zeeffunctie” te vervullen: is hier sprake van een probleem van het kind, van de ouder, van de juf, of is het meer medisch?

Sinds 2015 is er in gemeente C een sociaal wijkteam. Specifiek voor de jeugd zitten in dat team 2 jeugdconsulenten en circa 12 jeugdhulpverleners. De jeugdconsulenten zijn verantwoordelijk voor het afgeven van de beschikkingen, zij hebben ruime kennis van de sociale kaart en weten welke jeugdhulp is ingekocht. Bij enkelvoudige vragen naar specialistische hulp voeren de jeugdconsulten een of twee gesprekken en geven zo nodig de

> *Het wekelijks aanmeldoverleg met het wijkteam heeft het verschil gemaakt. Ik neem ook regelmatig een jeugdarts of jeugdverpleegkundige mee als ze een concrete casus hebben.*
> *Doordat we elkaar nu kennen durven we ons kwetsbaarder op te stellen en elkaar echt om hulp te vragen. Ook weten we beter waar ieders expertise en mogelijkheden liggen.*
> Pedagogisch adviseur GGD

beschikking af. Op het moment dat er complexere jeugdhulpvragen zijn dan start een van de jeugdhulpverleners uit het sociaal team. Zij kunnen jeugdigen en gezinnen begeleiden. Als er ook andere hulp moet worden ingezet bereiden zij de inhoudelijke kant van de beschikking voor en voeren zij de regierol uit. De jeugdhulpverleners pakken ook de zorgmeldingen op.

De schakel tussen de jeugdgezondheidszorg en de jeugdhulp is op verschillende manieren vormgegeven. Genoemd worden: de inzet van een pedagogisch adviseur vanuit de GGD in het aanmeldoverleg van het wijkteam, het gezamenlijke eerstelijnsoverleg en het lokale stroomschema voor verwijzingen.

Wij hebben alle kinderen in beeld en daar werd tot voor kort door de jeugdhulp helemaal geen gebruik van gemaakt. Omgekeerd waren wij onvoldoende outreachend naar hen. Daar zijn we nu samen een stuk verder ingekomen. Doordat we regelmatig met elkaar om de tafel zitten weten we goed wat de expertise van de ander is en is er erkenning van de wederzijdse aanvulling.
Jeugdverpleegkundige

De regionale GGD is verantwoordelijk voor de JGZ en zet een pedagogisch adviseur in binnen de gemeente C. Deze neemt deel aan het aanmeldoverleg van het sociaal team. Zij neemt de meer enkelvoudige vragen op zich en is daarnaast ook de spil richting de peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, het primair onderwijs en de praktijkondersteuners van de huisartsen (POH).

Medewerkers van het wijkteam bespreken bij een aanmelding met ouders dat de GGD bij het aanmeldoverleg is en vragen toestemming voor het gebruik van relevante informatie uit het JGZ-dossier. Daarmee is in de bespreking direct informatie over de ontwikkelingsgeschiedenis, gezinshistorie en eventuele medische problemen beschikbaar. Op het moment dat de pedagogisch adviseur een casus inbrengt die door jeugdconsulent wordt opgepakt gaan zij eerst samen op huisbezoek. Zo wordt een warme overdracht gerealiseerd.
Jeugdartsen bellen zelf met de jeugdconsulenten op het moment dat zij een consultatievraag hebben in verband met een rechtstreekse doorverwijzing.

Naast dit aanmeldoverleg is er per dorp ook een eerstelijnsoverleg met JGZ, jeugdteam en de POH van de huisartsen. Dit overleg vindt ongeveer eens per zes weken of twee maanden plaats. Ook jongerenwerkers nemen deel aan dit preventieoverleg. De pedagogisch adviseur en praktijkondersteuner van de huisartsen hebben daarnaast tussentijds extra overlegmomenten.

Binnen de gemeente zijn een aantal partijen aangewezen die intensief samenwerken om de jeugdhulp vorm te geven. Het stroomschema geldt als richtingwijzer om inzicht te geven in hoe de taken zijn verdeeld. Iedere route is de juiste route, partijen kunnen te allen tijde anoniem worden geconsulteerd.
Uit: Stroomschema Jeugd

Gemeente C heeft een stroomschema samengesteld waarin staat aangegeven met welke vraag professionals waar terecht kunnen; wanneer naar JGZ, Wijkteam of Veilig Thuis verwezen kan worden.

Binnen het primair onderwijs is de JGZ de schakel naar het wijkteam. De pedagogisch adviseur van de GGD heeft standaard 2x per jaar een gesprek met de IB-ers van een school, en op afroep vaker. Daarnaast sluit zij ook steeds vaker aan bij het MPO op scholen. Daar worden de taken verdeeld: wat is onderwijsproblematiek en wat is gezinsproblematiek? In dat laatste geval neemt de pedagogisch adviseur het mee naar het aanmeldoverleg van het wijkteam en zorgt zij voor een warme overdracht. “Intern Begeleiders in het primair onderwijs zijn belangrijke ogen voor ons”.

Bij het onderwijs zelf leeft er echter de wens om een vast aanspreekpunt vanuit het wijkteam te krijgen. De JGZ blijkt voor hen toch niet altijd goed zichtbaar. In plaats van eerst de JGZ in te schakelen zetten IB-ers vaker de stap om direct de huisarts in te schakelen voor een doorverwijzing naar specialistische jeugdhulp. Aan het voortgezet onderwijs zijn schoolmaatschappelijk werkers verbonden, zij vormen voor het VO de schakel met het wijkteam.

Waarover is men tevreden en hoe komt dat?

De leden van het wijkteam zijn tevreden over de samenwerking met de JGZ. Zij zijn zich er, meer dan voorheen, van bewust dat alle kinderen die zij zien ook bekend zijn bij de JGZ en ervaren de meerwaarde van de inbreng van de pedagogisch adviseur in het aanmeldoverleg. Met name rondom gezinnen waar meer aan de hand is, dan blijkt tijdens dat overleg dat de JGZ vaak al jaren betrokken is. En ook in andere situaties blijkt het helpend om te weten of er in het JGZ dossier zaken staan. Bijvoorbeeld of signalen, zorgen en klachten al langer bestonden, of juist niet.

> *Door het gezamenlijke aanmeldoverleg en eerstelijnsoverleg weten we goed van elkaar wat ieder doet en kan. Ook organiseren we samen themabijeenkomsten rond bijvoorbeeld echtscheiding, daar nodigen we dan ook leerplicht en andere geïnteresseerden voor uit. Dit versterkt de onderlinge samenwerking.*
> Jeugdhulpverlener wijkteam

De overgang van taken van CJG naar wijkteam in 2015 is voor betrokkenen wel een moeilijke periode geweest in relatie tot de transitie jeugdhulp en het vernieuwde basispakket JGZ. Met name de jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en de voormalige CJG-coördinator, moesten hun takenpakket opnieuw vormgeven. Meer richting de hele populatie, primaire preventie, kijkend naar verbindingen met alle betrokkenen. Meer de rol pakken van innovator en aanjager. De informatie veralgemeniseren, filmpjes maken etc. vanuit het besef dat basisinformatie niet altijd persoonlijk gegeven hoeft te worden omdat ouders veel zelf op internet opzoeken. Dat vraagt om een andere taakopvatting van de werkers. Sommigen vinden dat leuk, anderen houden toch graag vast aan hun individuele trajecten en handelingen die ze altijd deden.
De mensen kunnen binnen hun uren nu meer autonoom opereren, dat wil zeggen samen met ouders kijken wat er nodig is, niet meer standaard afspreken, maar in overleg een vervolg bepalen, dat kan bijvoorbeeld ook telefonisch.

Door de decentralisatie is er meer oog voor lokale preventieve. Aandacht voor bepaalde groepen op bepaalde thema's. De zorg voor gezinnen is veel dichterbij gekomen, met lokale oplossingen en verbindingen.

Risicofactoren

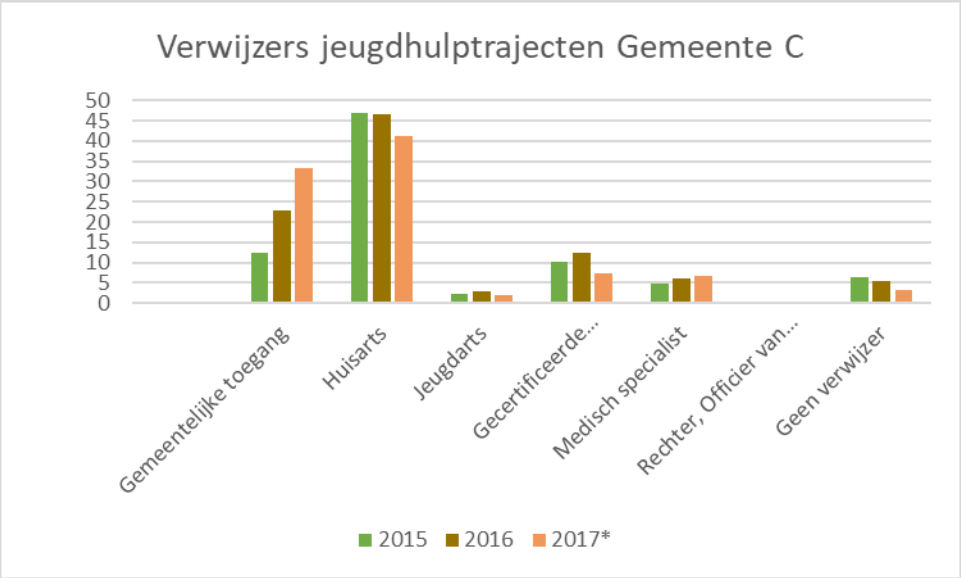
Zowel vanuit de JGZ als vanuit het jeugdteam wordt tijdens de interviews het signaal afgegeven dat de werkdruk hoger is geworden en dat dit een risico vormt voor de onderlinge samenwerking.
De pedagogisch adviseur kan bijvoorbeeld niet meer wekelijks naar het aanmeldoverleg. Het jeugdteam komt door tijdsdruk steeds minder toe aan het zelf bieden van jeugdhulp en wordt steeds meer regisseur. Ook samenwerkingsoverleggen moeten zij steeds vaker laten lopen.
Als reden voor de toegenomen werkdruk geeft de GGD aan dat er minder uren zijn ingekocht door de gemeente. Het jeugdteam geeft aan dat het team kleiner is geworden terwijl de vraag groeit. Ook worden meer beschikkingen afgegeven die voorheen via de huisartsen liepen. Ten derde zijn er de gezinnen met multiproblematiek die, vanuit de regiefunctie van het jeugdteam, gevolgd blijven

worden: “dat gaat om problematiek die niet zomaar over gaat, het is een droom te denken dat we na een half jaar kunnen afsluiten bij iedereen”. Daarmee is de uitstroom lager dan de instroom en groeit de caseload.

Verwijsgedrag

> *We doen ook vaker kleine tussenstapjes, niet meteen een verwijzing. En bij de kleintjes kijk je vaak ook eerst somatisch, dus komt er dan eerst een verwijzing naar de kinderarts om iets medisch uit te sluiten. Die verwijst dan door naar jeugdhulp, als dat nodig is.*
> Jeugdarts

Volgens de respondenten komen er veel meer kinderen via de JGZ bij de jeugdhulp terecht dan uit de landelijke beleidsinformatie valt op te maken. Dat komt volgens hen door het proces en de wijze van registratie. De JGZ signaleert en schakelt dan de huisarts of het wijkteam in. Op het moment dat een kind dan bij een jeugdhulpaanbieder terecht komt worden die geregistreerd als verwijzers, en niet de JGZ. Vanuit de JGZ wordt ook rechtstreeks verwezen. Met name in het medisch circuit. Bij ontwikkelingsachterstanden ook wel richting de GGZ, voor een diagnose.



Bron: Statline, juli 2018

Concrete voorbeelden

- Soms blijkt direct na de bevalling al dat een gezin het niet redt met de nieuwe baby erbij. Vaak is er dan sprake van psychiatrische problematiek bij een van de ouders. Dan zet de JGZ, via de huisarts, in gang dat er GGZ hulp voor ouders komt en biedt de JGZ zelf opvoedondersteuning of schakelt daar de jeugdhulp voor in.
- Peuterspeelzalen of kinderopvang trekken bij de JGZ aan de bel als ze zich zorgen maken over de ontwikkeling van een jong kind. Met vragen over autisme of mogelijk ADHD bijvoorbeeld. Als het duidelijk ernstig is verwijst de jeugdarts direct door naar de GGZ en anders brengt de pedagogisch adviseur het in, in het aanmeldoverleg met het wijkteam.
- Scholen schakelen de pedagogisch adviseur in als het gedrag van een kind in de klas opvalt. Vaak is er dan sprake van sociale problematiek, waardoor een kind niet meer goed tot leren komt. In heel veel gevallen gaat het om scheidingen. Soms in combinatie met kindproblematiek als bijvoorbeeld ADHD. Ook dan schakelt de pedagogisch adviseur het aanmeldoverleg in.

1.4 Aanvullende voorbeelden

Naast deze drie gemeenten hebben we nog een aantal andere voorbeelden gevonden vanuit andere gemeenten. Die willen we, ter completering van het beeld presenteren in onderstaande tabel. Ten behoeve van de compleetheid van het overzicht zijn ook gemeente A, B en C opgenomen. Let wel, dit overzicht pretendeert geen compleetheid van de mogelijke inrichtingsvormen in Nederland te bieden.

Gemeente	Organisatie JGZ	Taken en middelen	wijkteam	Verwijzing door JA[3]
A	thuiszorgorg 0-4; GGD 4-18	Basispakket JGZ en beperkt extra middelen	Ondersteuningsteam voor jeugd, preventie, toegang jeugd, lichte vorm van vrije toegankelijke hulp, regie en veiligheid, consulenten (0-100) maken beschikking	2015: 0% 2016: 1,3% 2017: 1,8%
B	brede JGZ organisatie (0-18) met ook mdw jeugdhulp, smw	Bp JGZ, toegang jeugdhulp, regie, preventie, maatwerkvoorzieningen	Brede JGZ voor preventie, toegang jeugd, lichte vorm van vrij toegankelijke hulp, regie en veiligheid Wijkteams 0-100 (maar beschikking jeugd via JGZ)	2015: 0,8% 2016: 1,9% 2017: 2,9%
C	GGD 0-18	Bp JGZ, maatwerkvoorzieningen en preventieve taken	Wijkteams 0-100 met jeugdconsulenten voor enkelvoudige problematiek, toegang jeugd, regie en veiligheid	2015: 2,2% 2016: 2,8% 2017: 2,1%
D	Stichting	JGZ onderdeel van wijkteam. Mdw werken vanuit JW danwel Wpg aan eigen taken	wijkteams met brede opdracht. Toegang, beschikkingen, preventie, ambulante jeugdhulp, veiligheid, basisGGZ en drang.	2015: 3,4% 2016: 6,5% 2017: 3,6%
E	GGD 0-23	JGZ onderdeel van wijkteam, extra investering van gemeente	Wijkteam is netwerkteam van MW, jgz, begeleiding naar werk, MEE en welzijnswerk, tbv basiszorg. Aanvullende hulp geïndiceerd door mandaatteam.	2015: 2,4% 2016: 7,2% 2017: 11,8%
F	GGD	Bp JGZ plus extra taken als VoorZorg, logopedie, aparte programma's	Jeugdteams met brede opdracht, JGZ onderdeel van jeugdteam	2015: 1,9% 2016: 2,5% 2017: 2,0%
G	0-4 thuiszorg, 4-18 GGD	Bp JGZ, plus extra. Jaar JGZ onderdeel van wijkteam, inmiddels niet meer	Wijkteam met brede opdracht	2015: 3,7% 2016: 7,2% 2017: 9,0%
Regio H	GGD	Regionale afspraken plus extra per gemeente; jeugdarts doet onderzoek op aanvraag doktersassistent JGZ	Onderdeel van CJG: JGZ in de jeugdteams; samenwerking met sociale wijkteams	2015: 0,4% 2016: 0,7% 2017: 0,9%
Regio I	GGD	Bp JGZ plus preventieve taken; consultatie en adviesteam door jeugdarts tbv samenwerking huisarts	Jeugdteams, of wijkteams 0-100 met consulenten	2015: 0,5% 2016: 0,7% 2017: 1,0%
Regio J	GGD	Bp JGZ plus preventieve taken	Jeugdteams met brede opdracht preventie, basis ambulante begeleiding, toegang, inschakelen ZIN en PGB, gedwongen kader	2015: 2,3% 2016: 3,5% 2017: 3,9%

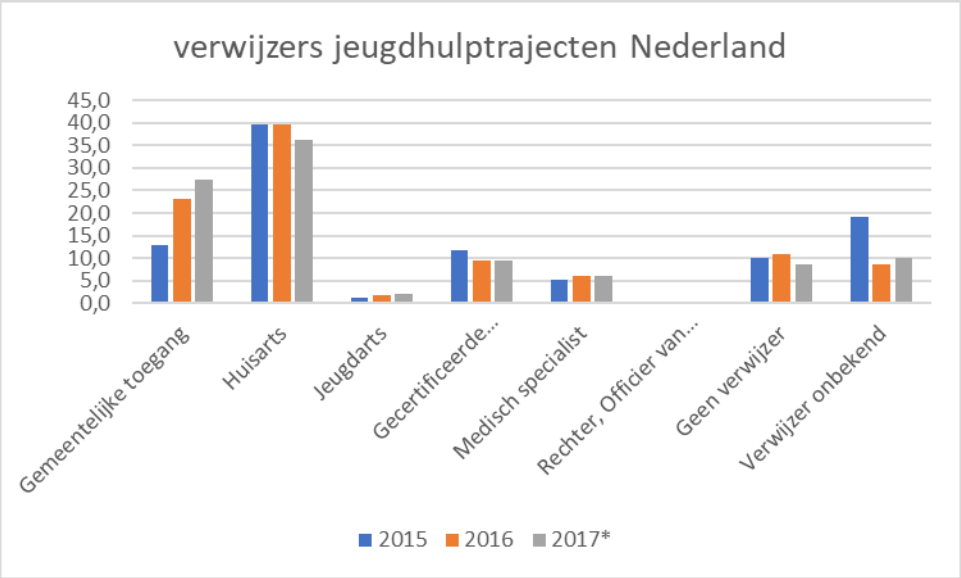
[3] Bron: Statline, oktober 2018

2. Reflecties naar aanleiding van de cijfers

In dit hoofdstuk analyseren we de gegevens uit de beleidsinformatie jeugd met betrekking tot de rechtstreekse verwijzingen van jeugdartsen naar jeugdhulp. We starten met de landelijke cijfers, daarna volgt een korte analyse van de drie gemeenten. Tot slot geven we, op basis van de reacties en verklaringen van de respondenten, mogelijke verklaringen voor het lage verwijspercentage.

2.1 Landelijke cijfers

Het aantal rechtstreekse verwijzingen naar jeugdhulp door jeugdartsen is laag: een percentage in 2017 van 2,1% van het totaal aantal verwijzingen naar jeugdhulp. Huisartsen namen in dat jaar gemiddeld 36,1% verwijzingen voor hun rekening, de lokale teams 27,5%. Het aantal verwijzingen door jeugdartsen is ook lager dan het aantal verwijzingen vanuit de Gecertificeerde Instellingen (GI's) en de medisch specialisten, terwijl die laatste twee beduidend minder kinderen en jongeren zien.



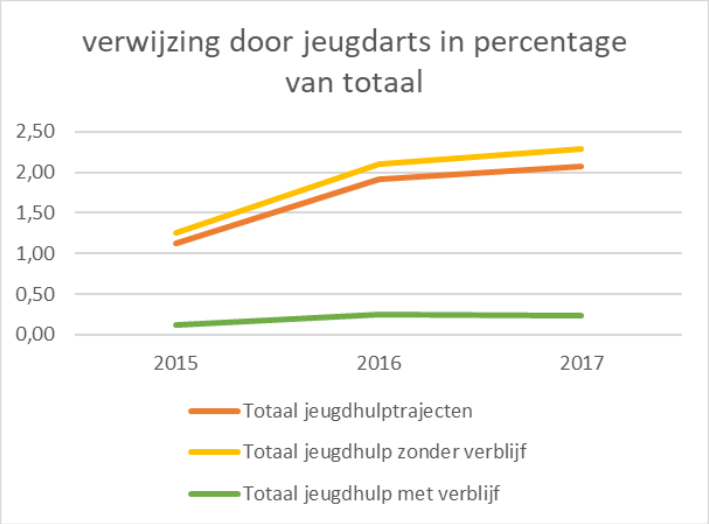
Bron: Statline, juli 2018

Jeugdhulptrajecten; verwijzer		2015	% van totaal	2016	% van totaal	2017*	% van totaal
Totaal jeugdhulptrajecten	Totaal verwijzer	480235		514660		549560	
	Jeugdarts	5420	1,13	9865	1,92	11415	2,08
Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Totaal verwijzer	429060		461165		492260	
	Jeugdarts	5355	1,25	9725	2,11	11280	2,29
Totaal jeugdhulp met verblijf	Totaal verwijzer	51175		53495		57300	
	Jeugdarts	60	0,12	135	0,25	135	0,24

Bron: Statline mei 2018 (verwijzingen ja)

Landelijk is het absoluut aantal verwijzingen door een jeugdarts in drie jaar tijd meer dan verdubbeld. De stijging van de verwijzingen door jeugdartsen zijn hoger dan te verklaren valt uit de stijging van het aantal trajecten überhaupt. Relatief gezien zijn ze dus (iets) meer gaan verwijzen. Dit geldt zowel voor jeugdhulp met als voor jeugdhulp zonder verblijf. Conform de verwachting – gezien de opdracht van de JGZ - is het aantal verwijzingen naar jeugdhulp met verblijf verwaarloosbaar klein.

De toename in het aantal verwijzingen is in 2016 ten opzicht van 2015 veel groter dan in 2017 ten opzichte van 2016. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat jeugd-GGZ die geboden wordt door kinderartsen pas in 2016 vanuit de Zorgverzekeringswet is overgeheveld naar gemeenten. Jeugdartsen geven aan regelmatig te verwijzen binnen het medisch circuit, bijvoorbeeld voor hart-, oog- of heupproblematiek.



Bron: Statline, mei 2018

Het landelijk lage verwijspercentage van 2,1 % roept vragen op.
Dit lijkt immers een erg laag percentage voor een partij die een groot bereik onder kinderen heeft (90-100% van alle kinderen wordt gezien door de JGZ[4]). We hebben respondenten gevraagd naar hun opinie hierover. Zie paragraaf 2.3.

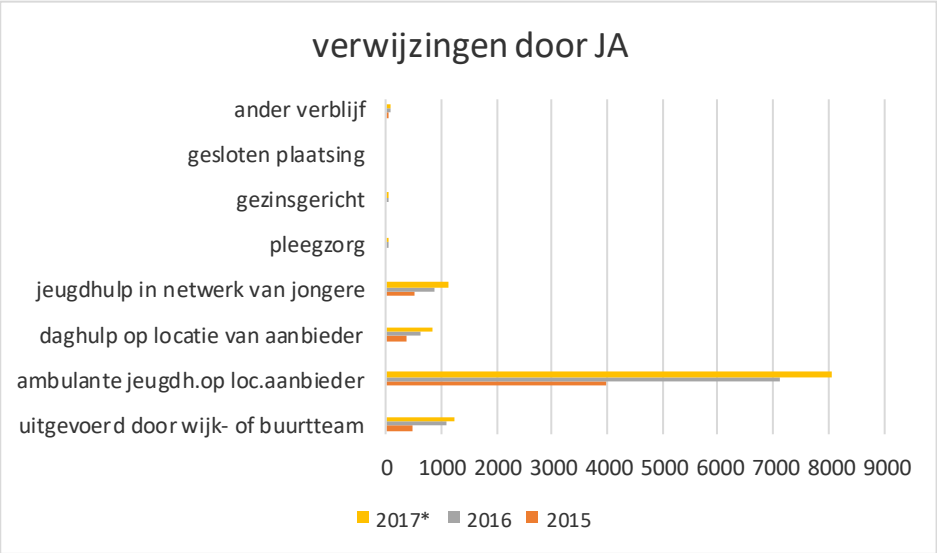
Verwijzingen door jeugdarts, vormen van jeugdhulp

			2015	2016	2017*
	Totaal jeugdhulptrajecten	Totaal verwijzer	100	100	100
		Jeugdarts	1,1	1,9	2,1
Jeugdhulp zonder verblijf	Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Totaal verwijzer	89,3	89,6	89,6
		Jeugdarts	1,1	1,9	2,1
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Totaal verwijzer	7,8	12,4	15,4
		Jeugdarts	0,1	0,2	0,2
	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Totaal verwijzer	81,6	77,2	74,1
		Jeugdarts	1,0	1,7	1,8
Jeugdhulp met verblijf	Totaal jeugdhulp met verblijf	Totaal verwijzer	10,7	10,4	10,4
		Jeugdarts	0,0	0,0	0,0

Bron: Statline, juli 2018

[4] Rapport inspectie

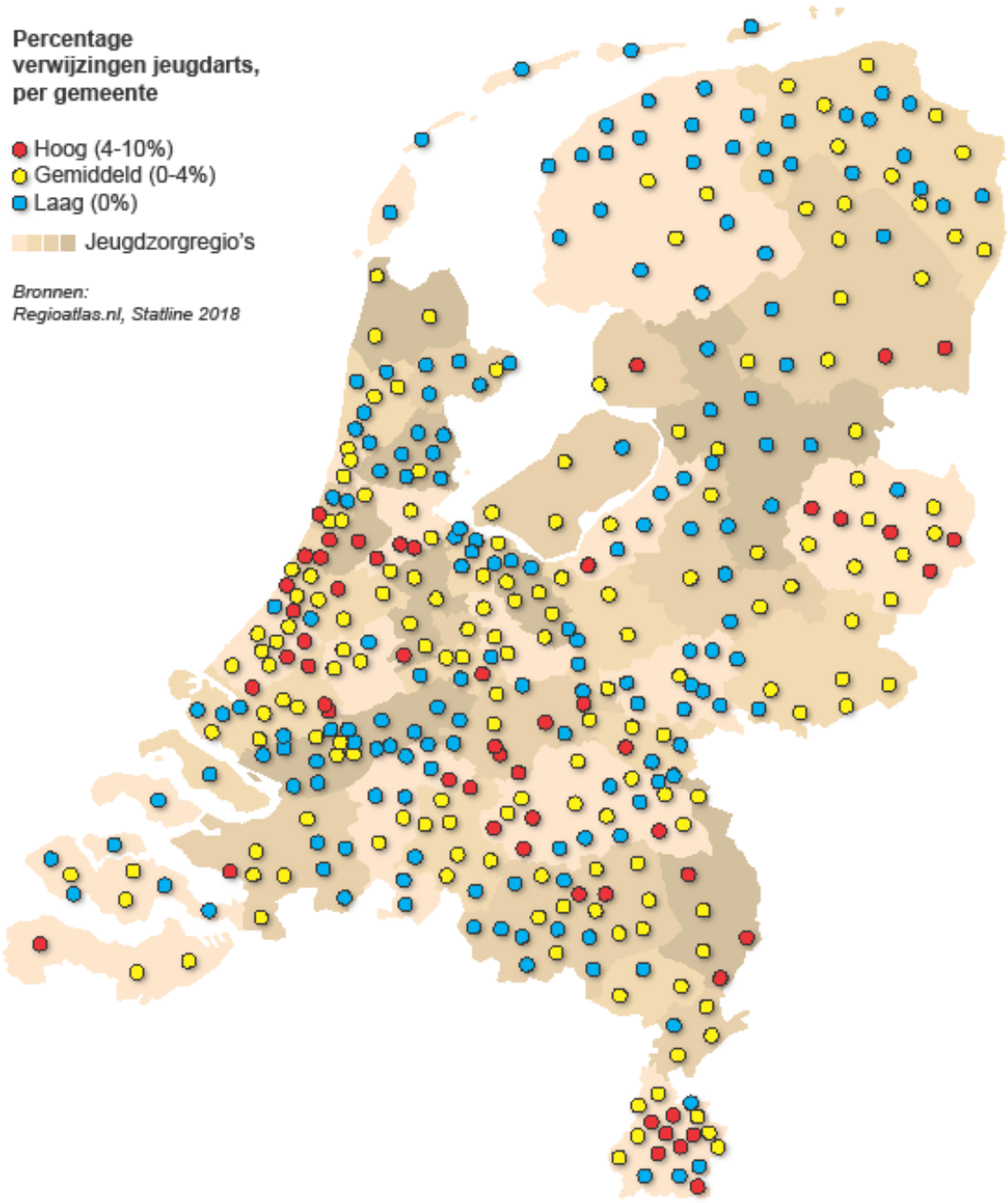
In absolute aantallen weergegeven, levert dat het volgende beeld op:



Bron: Statline, juli 2018

In de CBS cijfers valt op dat verreweg het meeste aantal verwijzingen die de jeugdarts doet, naar ambulante hulp op locatie is.
Het cijfer van verwijzing naar hulp 'uitgevoerd door het wijk-of buurtteam' betreft alleen de verwijzingen die ertoe hebben geleid dat er jeugdhulp wordt geboden door het wijkteam zelf. Verwijzingen die leiden tot een extra onderzoek, of een beschikking voor jeugdhulp die elders wordt afgegeven, worden in het kader van de beleidsinformatie niet geregistreerd.
Als laatste punt van aandacht noemen we de landelijk verdeling van het gemiddelde cijfer.
Er zijn 2 gemeenten met ongeveer 10% verwijzingen door jeugdartsen, 52 gemeenten die tussen de 4 en de 7% verwijzingen door jeugdartsen kennen. In 173 gemeenten hebben de jeugdartsen in 2017 geen verwijzingen gedaan[5] en de rest zit daar tussen in. De vraag is of daar een verband in te zien is. Zijn het bepaalde regio's waar jeugdartsen meer of minder actief verwijzen?
We hebben een en ander visueel in beeld gebracht (zie kaart volgende pagina). Hoewel zich een aantal clusters van hoge verwijzingen lijken af te tekenen, is het beeld in te diffuus om daar conclusies uit te trekken: de clusters lopen over de grenzen van de jeugdhulpregio's heen, en binnen die regio's zijn dan bovendien zowel hoge als lage verwijzingspercentages te vinden.
Onze belangrijkste conclusie is dat de verwijspercentages in het algemeen laag zijn. En dat in ongeveer de helft van de gemeenten jeugdartsen niet of nauwelijks een rol spelen in het direct toeleiden naar jeugdhulp.
Wat bovendien opvalt is dat de verwijscijfers van jeugdartsen niet bekend bleken bij de respondenten. Het is blijkbaar tot nu toe geen punt van aandacht geweest. Wanneer in interviews de aantallen genoemd werden, riep dit vaak wel verbazing op: hoe kan het, dat de cijfers zo laag zijn?

[5] Strikt genomen betekent dat: minder dan 7. Omwille van de bescherming van persoonsgegevens resulteert dat in een 'punt' in de Statline tabellen.


Percentage verwijzingen jeugdarts, per gemeente
Hoog (4-10%)
Gemiddeld (0-4%)
Laag (0%)
Jeugdzorgregio's
Bronnen:
Regioatlas.nl, Statline 2018

2.2 Cijfers beleidsinformatie over de drie gemeenten

Het percentage rechtstreekse verwijzingen van jeugdartsen naar jeugdhulp blijkt in de drie onderzochte gemeenten rond het landelijk gemiddelde te liggen.

	Nederland			Gemeente A			Gemeente B			Gemeente C		
Totaal verwijzer	2015	2016	2017*	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Gemeentelijke toegang	12,8	23,1	27,5	12,6	28,5	41,8	17,6	26,2	31,9	12,5	23,0	33,2
Huisarts	39,6	39,6	36,1	25,9	32,9	31,2	46,5	38,5	42,1	47,0	46,5	41,3
Jeugdarts	1,1	1,9	2,1		1,3	1,8	0,8	1,9	2,9	2,2	2,8	2,1
Gecertificeerde instelling	11,8	9,5	9,4	9,2	6,3	8,2	7,7	9,1	9,5	10,3	12,3	7,3
Medisch specialist	5,2	6,0	6,0	1,7	2,5	3,5	5,3	4,7	6,4	4,7	6,2	6,8
Rechter, Officier van Justitie, ..		0,2	0,3						0,2			
Geen verwijzer	10,2	11,0	8,6	17,2	12,0	9,4	5,6	4,4	2,0	6,5	5,3	3,1
Verwijzer onbekend	19,2	8,7	10,0	33,3	15,2	5,3	16,6	15,2	5,0	16,8	3,6	6,0

Bron: Statline, juli 2018

De drie onderzochte gemeenten zijn geselecteerd vanwege de goede samenwerking tussen de JGZ en de jeugdhulp, naar de beoordeling van de respondenten. De inrichting in deze drie gemeenten is divers (zie overzicht hieronder).

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C
Twee uitvoeringsorganisaties: Een thuiszorgorganisatie voor 0-4, de GGD voor 4-18)	Een brede organisatie voor zowel JGZ (0-18) als medewerkers jeugdhulp, maatschappelijk werk ed.	Een uitvoeringsorganisatie voor JGZ 0-18
Opdracht JGZ: Basispakket JGZ en beperkt extra middelen	Opdracht JGZ: Basispakket JGZ, toegang jeugdhulp, regie, preventie, maatwerkvoorzieningen	Opdracht JGZ: Basispakket JGZ, maatwerkvoorzieningen en preventieve taken
Gemeentelijke toegang tot jeugdhulp via apart ondersteuningsteam voor jeugd. Met ook preventie, lichte vorm van vrije toegankelijke hulp, taken op gebied van regie en veiligheid, consulenten (0-100) maken beschikking	Gemeentelijke toegang tot de jeugdhulp via deze brede JGZ organisatie met ook: preventie, lichte vorm van vrij toegankelijke hulp, en taken op gebied van regie en veiligheid. Er zijn ook Wijkteams 0-100, maar beschikking jeugd loopt via JGZ-organisatie	Gemeentelijke toegang tot jeugdhulp via Wijkteams 0-100 met daarbinnen een apart jeugdteam. Met jeugdconsulenten, jeugdhulpverleners en taken op het gebied van regie en veiligheid
Verbinding door: pragmatisch samenwerken en elkaar opzoeken; samen casuïstiek	Verbinding door: werken binnen één organisatie, werken op één locatie, samen casuïstiek	Verbinding door: Wekelijks aanmeldoverleg, eerstelijns overleg, stroomschema verwijzingen

De vraag of er een verband zichtbaar wordt tussen de wijze van inrichting, de mate van tevredenheid en de verwijzingen door jeugdartsen moet dus ontkennend beantwoord worden. Het is niet zo dat daar waar de samenwerking naar tevredenheid verloopt, het aandeel in het verwijzen door jeugdartsen significant groter of kleiner wordt.
Die conclusie wordt ondersteund door de gesprekken die we binnen andere gemeenten gevoerd hebben. Zie daarvoor ook het schema in paragraaf 1.4.

2.3 Redenen en verklaringen

We hebben de respondenten gevraagd naar hun gedachten over het verwijspercentage door jeugdartsen. Voor vrijwel allen was dit percentage onbekend. Bijna iedereen was er ook verbaasd over. Zoekend naar verklaringen kwamen de volgende thema's naar boven:

- *Kloppen de cijfers?*

Veel respondenten vragen zich af of de cijfers kloppen. Worden de velden goed gevuld? Misschien komt een verwijzing op naam van een huisarts of wijkteam, terwijl de jeugdarts de instigator was. Een kleine navraag onder jeugdartsen door het AJN levert in korte tijd veel reacties op van jeugdartsen die zeggen regelmatig te verwijzen. De cijfers zijn daarnaast vervuild, meldt de AJN: *zo is in steekproeven in de praktijk gebleken dat de categorie 'jeugdarts' in overzichten van verwijzers naar specialistische jeugdhulp ook naar anderen dan jeugdartsen herleidbaar was (zoals kinderartsen, psychologen, andere GGD-artsen).*

Dat onze gemeente hoog scoort op verwijzingen door de jeugdarts zie ik als een teken van goede samenwerking. Jeugdartsen weten goed wat ze zelf kunnen, wat het wijkteam kan en wanneer er iets anders nodig is. In de buurgemeente zit de JGZ niet aan tafel bij het wijkteam, daar gaat het echt anders. Die vinden het jammer dat er zo weinig contact is met het wijkteam. Ik zou iedereen het advies geven om 1 of 2 jaar nauw samen op te trekken in de casuïstiek. Dan wordt het gemakkelijker om elkaar te bellen en af te stemmen, over en weer.
Coördinator wijkteam

- *Aanbodgericht werken*

Jeugdartsen zien kinderen in principe op standaardmomenten. Dat is niet persé het moment dat er bij ouders of kind een vraag voor hulpverlening leeft. Dus verwijzen is dan niet aan de orde. We spraken ook een jeugdarts die andersom redeneerde: doordat ze flexibeler was geworden in het zien van gezinnen, had ze minder de neiging om te verwijzen. Nu was er immers de mogelijkheid om het nog even 'aan te zien' en na drie maanden weer een afspraak te plannen. Voorheen zou het een jaar, of meer, duren voordat ze ouders weer op spreekuur had en zou ze eerder verwijzen. Daarentegen neemt het aantal verwijzingen toe, wanneer er kinderen op basis van een directe vraag door de jeugdarts worden gezien[6]. Dat roept de vraag op wat, *in het licht van jeugdhulpverlening*, de standaard oproep momenten voor waarde hebben. Werkt dat zo preventief als er wordt geclaimd? Blijkbaar begint hulpverlening met een vraag, en wordt die vraag niet eerder 'gewekt' door het standaard oproepen van alle kinderen.

In plaats van de jeugdverpleegkundige of de jeugdarts ziet nu eerst een doktersassistente alle kinderen op de basisschool en het Voortgezet Onderwijs. Dat geeft ruimte om ons te richten op de kinderen die het echt nodig hebben, waar vragen of twijfels over zijn. Geselecteerd door de assistente, maar ook aangedragen door school, de huisarts, of via een eigen aanmelding van ouders. In mijn onderzoek laat ik zien dat dat leidt tot minder verwijzingen naar jeugdhulp, dat we meer zelf kunnen oplossen door kinderen nog een keer extra te zien.
Jeugdarts

[6] Zie conclusies uit het onderzoek van J. Bezem, Exploring the potential of triage and task-shifting in Preventive Child Health care (2017)

➢ *Lichte hulp*

De jeugdarts werkt en kijkt preventief. Die zal eerder afwachten, of eerst lichte vormen van (vrij toegankelijke) hulp proberen. In contacten door de JGZ wordt enerzijds genormaliseerd en anderzijds gesignaleerd, geadviseerd, ondersteund, vrij toegankelijke hulp erbij gehaald, en soms verwezen naar specialistische hulp. Kinderen en jongeren worden ook toegeleid naar specifieke preventieprogramma's (groepen). Als dat niet werkt, zal er een verwijzing komen, die soms door de jeugdarts en soms door een andere partij (bijvoorbeeld het wijkteam of de huisarts) wordt gegeven. Het lage aantal verwijzingen wordt in deze redenering positief geduid, namelijk als gevolg van de taak en functie van de jeugdarts: laagdrempelig en normaliserend. Dat betekent dat lage verwijspercentages als positief beoordeeld zouden moeten worden.

➢ *Medische blik*

De jeugdarts zal medische oorzaken willen uitsluiten. Zeker bij de jonge kinderen volgt er daarom vaak eerst een verwijzing naar een kinderarts, hebben we van verschillende respondenten gehoord. Als die dan niks kan aantonen, zal die vervolgens verwijzen naar jeugdhulp. In één van de gesproken gemeenten was het een kinderarts die heeft aangekaart dat er veel 'onterechte' verwijzingen komen. Dat is in die gemeente nu punt van aandacht.

➢ *Naar binnen gerichtheid*

Misschien houdt de jeugdgezondheidszorg sommige gezinnen te lang 'bij zich' (soms ook noodgedwongen als gevolg van hoge werkdruk bij jeugdhulp) en zou er inderdaad meer en eerder verwezen kunnen worden. En aantal respondenten erkent een zekere mate van naar binnen gerichtheid van de JGZ. En vindt dat dat anders zou moeten. Dat betekent dat het aantal verwijzingen zou moeten toenemen.

➢ *Verschil met huisarts*

Over het verschil in verwijsgedrag met de huisarts lopen de meningen uiteen. Een jeugdarts heeft meer tijd om een zorgvuldige afweging te maken. De jeugdarts is de expert van de normale ontwikkeling van een jeugdige, kan daardoor beter kan inschatten of een verwijzing op zijn plaats is, of dat andere hulp volstaat. Daardoor verwijst een jeugdarts minder. Ook tijd wordt genoemd. Wat een huisarts in tien minuten moet doen, daar neemt een jeugdarts soms een uur, of meer (bij extra onderzoek), de tijd voor. Of dat positief of negatief geduid moet worden, dat verschilt per respondent. Sommige benadrukken de gedegenheid van een verwijzing, en de waardering die zorgaanbieders daarvoor uitspreken. Anderen vinden dat de jeugdarts ook in tien minuten een afweging zou moeten kunnen maken. Daarnaast wordt genoemd dat de jeugdarts een betere kennis van de sociale kaart heeft en eerder denkt aan alternatieve, eenvoudiger vormen van ondersteuning.

> *Voor de JA is het de uitdaging om zich als specialist jeugd te positioneren. Hoe verleiden zij bijvoorbeeld huisartsen om kinderen en gezinnen naar hen te verwijzen voor een gedegen analyse en advies. Tijd alleen kan geen argument zijn. Huisartsen trekken gemiddeld 10 min uit voor een consult.*
> Directeur uitvoeringsorganisatie jeugdgezondheid

Met huisartsen zijn landelijk afspraken gemaakt over de samenwerking[7]. De JGZ verwijst direct, met informeren van de huisarts. Daar wordt in de praktijk verschillend mee omgegaan, zo leren we van de inspectie. Sommigen huisartsen zijn van mening dat zij de geëigende verwijzers zijn, omdat ze het

[7] Handreiking samenwerking huisartsen en jeugdgezondheid (2008)

hele gezin kennen en volgen, en die pleiten dus voor een tussenstap in het geval de JGZ een aanleiding tot hulp ziet. Dat zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het lage verwijspercentage dat de jeugdgezondheidszorg kent. Als ze een aanleiding tot vervolghulp constateren, verwijzen ze naar de huisarts.

	Verwijzingen door:	Aantal	%
Totaal jeugdhulptrajecten	Huisarts	198570	36,1
	Jeugdarts	11415	2,1
Jeugdhulp uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Huisarts	2925	0,5
	Jeugdarts	1235	0,2
Jeugdhulp **niet** uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Huisarts	192720	35,1
	Jeugdarts	10045	1,8

Bron: Statline, juli 2018

Uit de landelijke cijfers blijkt dat de jeugdgezondheidszorg in verhouding tot de huisarts veel naar het wijkteam verwijst. Dat kan pleiten voor de gedachte dat weinig verwijzen een teken is van goede samenwerking. Het kan ook een teken zijn van verschuiven van de verantwoordelijkheid: “doe jij de verwijzing maar’, met een extra stap voor ouders als gevolg. Voor beide invalshoeken hebben we bevestiging gevonden bij respondenten.
In antwoord op de vraag wie een verwijzing mag en moet doen, en wat dat betekent in het proces van hulpverlening, redeneren de partijen naar zichzelf toe. Huisartsen én jeugdartsen hechten aan de mogelijkheid om zèlf te kunnen verwijzen en kritiseren de gemeente als die dat via een wijkteam wil laten lopen, omdat dat een extra stap voor ouders zou betekenen. Tegelijk wordt bijvoorbeeld in regio I het als positief beoordeeld dat de verwijzingen vanuit de huisarts via de jeugdarts lopen. Dan zou de extra stap geen bezwaar zijn, maar van meerwaarde vanwege de extra deskundigheid, die de jeugdarts biedt, waardoor er een verwijzing op maat wordt gegeven.

2.4 Concluderend

In onze ogen (ondersteund door uitspraken van sommige, maar niet alle, respondenten) hangt het lage verwijspercentage samen met de opdracht van de JGZ, dat uitgaat van het oproepen van (alle) kinderen. Hulpvragen bij gezinnen ontstaan echter op ‘enig’ moment en niet zozeer net op het moment dat er een afspraak bij de JGZ is gepland. De gang via een huisarts of wijkteam blijkt dan doorgaans sneller.

> *Is de aanname: meer preventie leidt tot betere verwijzingen naar jeugdhulp? Dat maakt de JGZ niet waar. Je zou verwachten dat als ze in een eerder stadium zien dat er iets niet goed gaat, dat je meer doorverwijzingen krijgt. Is de claim; zij moeten de spil zijn op het gebied van preventie omdat ze alle kinderen zien? Waarom zou dat persé beter zijn? Ze hoeven niet persé extra taken op het gebied van preventie te krijgen.*
> Directeur uitvoeringsorganisatie

3. Werkzame factoren in de goede samenwerking

Dit is een circulair onderzoek. Uitgaande van het rapport van de inspectie, en een daarop volgend interview, zijn we op zoek gegaan naar goede voorbeelden in de samenwerking. De inspectie noemde een zestal factoren: elkaar kennen, visie management JGZ, flexibele ruimte professionals, visie gemeenten, geld en ruimte door gemeente beschikbaar gesteld, gekozen organisatievorm. Omdat het NCJ in het project 'Sterkste Schakels' diep ingaat op de (praktische) samenwerking tussen professionals, hebben we in dit onderzoek de focus gelegd op de andere, meer overstijgende en organisatorische factoren. Deze op zichzelf niet erg verrassende elementen willen we meer kleur en diepgang geven. Wat is er concreet aan de hand als we spreken van een visie van het management of gemeente? Welke elementen in het organiseren zijn dan van belang en hoe ziet dat er in de praktijk dan uit?

Samengevat, belangrijke factoren in samenwerking:
- Elkaar kennen, persoonlijk en qua inhoud (wat heb je elkaar te bieden)
- Voldoende flexibele mogelijkheid om jongeren en/of hun ouders te zien en op de vraag (ook psychosociale stuk) in te gaan
- Visie van management eigen organisatie
- Geld en ruimte door gemeente
- Visie van gemeente, domeinstrijd gaande met andere partijen?
- Organisatievormen, jeugdteam/0-100; bij casuïstiek of niet

Uit: interview inspectie, mei 2018

Dat alles bij elkaar resulteert in onderstaande beschrijving van factoren die van belang zijn in de goede positionering en de samenwerking tussen de JGZ en de andere spelers in het sociale domein. De beschrijving is gemaakt op basis van de gesprekken die we voerden met ongeveer dertig respondenten. Dat waren verschillende respondenten uit de drie beschreven gemeenten, aangevuld met respondenten uit de gemeenten en regio's D tot en met I, beschreven in hoofdstuk 1. Daarnaast hebben we woordvoerders van de inspectie, het AJN, de V&VN, het NCJ en de LHV geraadpleegd.

3.1 Organiseren van kennen en gekend worden

Wij zijn een heel actief team. Als we ergens een knelpunt constateren dan gaan we er zelf achteraan. We leggen contact en gaan ermee aan de slag. We hebben we regelmatig overleg met de gemeente, er waren de nodige hobbels te nemen. Dat is goed ontvangen van de andere kant, die waren er ook blij mee.
Jeugdverpleegkundige

Om te beginnen is er de meest voor de hand liggende factor: het organiseren van kennen en gekend worden. In hetzelfde gebouw werken, (al) een geschiedenis hebben, een keer samen een moeilijke zaak hebben doorgemaakt, om samen te werken moet je elkaar kennen en dat is meer dan een keer de hand geschud hebben. Dat betekent een proces doormaken dat tijd kost en dat niet vanzelf gaat. Van meerdere respondenten horen we terug dat het belangrijk is om die samenwerking te *organiseren*. Mensen blijken gewend te zijn aan wat ze al kennen en geneigd te zijn daarmee door te gaan. Dus de samenwerking met een 'nieuwe' of andere partij heeft een zetje nodig. Samen een kantoor delen, casuïstiek delen in overleggen, deskundigheidsbevordering, aanmeldoverleggen bijwonen, themabijeenkomsten, er zijn vele manieren om dat te bevorderen. Als men elkaar eenmaal kent en weet te vinden, kan de frequentie omlaag. Dan is het

De wereld om ons heen verandert wel sterk en daar moet je je op richten. Ga erop af, dat helpt. Niet Calimero spelen en afwachtend zijn, maar het gesprek aangaan als je een idee hebt.
Beleidsmedewerker uitvoeringsorganisatie

makkelijker om de telefoon te pakken als het aan de hand is. We zijn in dit verband benieuwd naar de opbrengsten van het project 'De Sterkste Schakels'.

Volgens sommige respondenten heeft de jeugdgezondheidszorg ook een achterstand opgelopen in haar zichtbaarheid, als gevolg van een interne gerichtheid en te grote vanzelfsprekendheid van haar taken. Daardoor is zij als het ware onzichtbaar geworden. Het is bijzonder dat de jeugdgezondheidszorg al honderd jaar bestaat en er toch grote onbekendheid bij professionals bestaat over waarvoor zij ingezet kan worden.

Het manco van de jgz is dat we jarenlang vanzelfsprekend zijn geweest, met de basistaken ('prikken, meten, wegen"). Dat was ons werk, we hoefden niet te vernieuwen. Gemeenten worden nu heel kritisch, 'je ziet iedereen, is dat niet overbodig?'. Eerst moet je aantonen waar je voor staat, dan pas kun je om iets extra's vragen. Dus we hebben nog een weg te gaan.
Stafarts

3.2 Houding en competenties

Actief samenwerken gaat beter als je een aantal mensen in de wijk hebt, dat het contact gaat leggen. Het maakt dan niet zoveel uit, van welke kant de beweging ingezet wordt, mits het positief ontvangen wordt natuurlijk. Het type werker, gericht op contact, op netwerken, en op verbinden helpt om de samenwerking op gang te brengen. Er wordt vaak genoemd dat het persoonsafhankelijk is geweest dat er een proces op gang kwam. De AJN beschrijft een omslagproces binnen de jeugdgezondheidszorg, die ook andere vaardigheden van medewerkers vraagt. Waar voorheen er meer taakgericht en via het volgen van de standaarden gewerkt werkt, wordt tegenwoordig meer gevraagd van competenties als netwerken en lef tonen. Die beschrijving past bij het beeld dat vanuit de onderzochte gemeenten, en vanuit de inspectie ontstaat.

Je moet de ruimte durven pakken en meer doen dan wat sec bij je takenpakket hoort. Gewoon lef tonen en de gemeenten gaan helpen.
Stafarts

3.3 Samenwerken over grenzen heen

Moeilijker samenwerken lijkt vaak het gevolg van de grenzen die organisatorisch getrokken worden. Samenwerking over de grenzen van organisaties heen, blijkt altijd lastig, is de gedachte. Je ziet als het ware de verkokering vanuit het landelijk beleid doorsijpelen (de verschillende wetten). We hebben opvallend genoeg echter geen verschil gevonden tussen het werken binnen één organisatie of daarbuiten, als het gaat om de goede voorbeelden. Op verschillende plekken, in verschillende vormen werd de samenwerking als positief bestempeld, als er maar een houding van 'elkaar opzoeken' bestond. Structuren maken het misschien makkelijker of moeilijker, maar tussen concrete mensen moet het gebeuren. Als iedere partij de eigen opdracht maar goed kent, en bereid is (en de mogelijkheid heeft) om over de eigen grens heen te stappen. Ingebed zijn in het lokale is hierbij een belangrijke voorwaarde. Veel respondenten spreken in dit verband heel positief over de decentralisatie. 'Het moet in het lokale veld gebeuren, en dat doet het ook'.

De JGZ was altijd al lokaal ingericht, maar sinds de komst van de wijkteams is er echt wat veranderd. We hebben vanuit het wijkteam de aansluiting gezocht, we zijn de JGZ als het ware gaan halen. Ik ben zelf ook erg van de verbinding zoeken. Ik geloof ook echt dat het wat oplevert. Dat we in een eerder stadium dingen zichtbaar maken. Dat is natuurlijk lastig om wetenschappelijk te onderbouwen. Maar ik vind ook wel dat er erg gefocused wordt op wat er niet goed gaat. Geef eens aandacht aan wat er al wel goed gaat, dat is echt al heel veel!
Coördinator wijkteam.

Het gaat in de samenwerking vaak om 'fysieke' zaken: gezichten kennen, elkaar tegenkomen en kunnen bereiken. Dat moet vanuit de eigen

werkgever wel mogelijk worden gemaakt. Soms lijkt er onvoldoende tijd en ruimte voor de professionals, met name de jeugdartsen, om de opgelegde taken uit te voeren. *De JGZ heeft er na de transitie taken bijgekregen, namelijk samenwerken en verbinden met de wijkteams. Dat kost tijd en inzet, die veelal niet in extra formatie is vertaald,* zegt de AJN hierover. De inspectie constateert grote verschillen in uren inzet. De onderzochte gemeenten bevinden zich zowel in de hoge als de lage 'regionen' van bijgevoegde tabel. Daarnaast bestaan er verschillen in de mate van flexibiliteit die binnen de eigen organisatie wordt gegeven om de taak naar eigen inzicht en ervaring uit te voeren.

Gemiddeld aantal minuten JGZ beschikbaar per jeugdige per jaar in de verschillende provincies

1	Flevoland	7,5
2	Groningen	5,5
3	Noord Holland	4,0
4	Limburg	3,5
5	Zuid Holland	3,5
6	Drenthe	3,0
7	Utrecht	3,0
8	Friesland	3,0
9	Zeeland	3,0
10	Gelderland	2,5
11	Overijssel	2,0
12	Noord-Brabant	2,0

Uit: rapport JGZ actief

Ik vind het wel lastig dat ik zo moet leuren om uren. Die 40 uur is gewoon heel weinig als je ziet wat een tijd onze inzet kost. De GGD wil wel dat we pionieren, maar faciliteert dat dan eigenlijk niet echt. Dat is een struikelblok en vraagt veel persoonlijke inzet en doorzettingsvermogen.
Jeugdarts

Het delen van informatie en de mogelijkheden die de wet daarin al dan niet biedt, is ook vaak een struikelblok en punt van discussie, zo horen we terug. Op welke manier je recht doet aan het recht op privacy en tegelijk werkt aan integrale zorg zodat er geen dingen dubbel, of langs elkaar heen gebeuren, is niet eenvoudig. De meningen over wat kan, mag en nodig is, verschillen daarin ook. *Overal waar je een organisatorische knip zit, zie je dat de informatieuitwisseling lastiger wordt. Het verschilt ook nog eens per beroepsgroep. We hebben ooit naar aanleiding van een incident een onderzoek gehad, daaruit bleek dat met name de JGZ en de GGZ het lastig vonden om informatie te delen. De wetgeving vanuit de JGZ werkt blijkbaar meer belemmerend dan de jeugdwet,* zegt een beleidsmedewerker van een gemeente.

3.4 Kennen van de opdracht, over en weer

Naast het belang van elkaar kennen, de personen dus, wordt het belang benadrukt van het kennen van elkaars *opdracht*. En dat dat niet een vanzelfsprekend gegeven is. Er is in gemeenten op verschillende manieren geïnvesteerd in dat leren kennen van die opdrachten, en het gelijkschakelen van de verwachtingen over en weer. Een gemeente vertelt een stroomschema te hebben gemaakt, met alle verschillende opties bij een verwijzing. In een andere gemeente zijn bijeenkomsten geweest van medewerkers van de jeugdgezondheidszorg en het wijkteam, om de verwachtingen in de samenwerking te bespreken. Met name de verwachtingen rondom veiligheid bleken verhelderend. De jeugdgezondheidszorg verwachtte dat het wijkteam een casus op zou pakken als zij zorgen over de veiligheid hadden. Het wijkteam had daar in sommige gevallen een ander oordeel over. Dat de jeugdgezondheidsprofessionals zich realiseerden dat ze in dat geval zelf hun verantwoordelijkheid konden nemen gaf rust en daarmee een beter evenwicht in de verhoudingen.

De JGZ moet weten waar ze van zijn, en de ketenpartners ook. Daar is dat stroomschema ook voor bedoeld.
Beleidsadviseur gemeente

Als die visie en de verdeling van taken niet gedeeld wordt, voelt het hebben van verschillende taken meer als een machteloze afhankelijkheid ('zij doen niks'), vooral op momenten dat het spannend wordt. De eigen weg begaan blijkt dan helpend en juist versterkend voor de samenwerking.
De inspectie constateert ook een gebrek aan kennis bij ketenpartners wat betreft de taken en expertise van de JGZ. *De wijkteams (en ook anderen) hebben soms geen idee wat ze aan de JGZ zouden kunnen hebben.*

3.5 Relatie met/invloed van gemeenten

> *Daar waar gemeenten ruimhartig geld en ruimte aan de JGZ geven, daar zal de samenwerking beter zijn. Dat hangt samen met hun visie: zien ze het belang van de JGZ. Sommige gemeenten hebben een andere visie, en sommige hebben geen visie.*
> Inspectie

In alle onderzochte gemeente bleken er korte lijnen tussen de jeugdgezondheidszorg en de gemeente te bestaan. Niet alleen de managers, maar ook de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen spreken de beleidsadviseurs en ook wethouders regelmatig, zo horen we terug van respondenten. Direct vanuit de inhoud een visie kunnen geven op het beleid, blijkt een meerwaarde te hebben voor de professionals. De werkers voelen zich daardoor gesteund in hun zoektocht naar de meest effectieve manier van werken. Het helpt als de gemeente een duidelijke keuze maakt, over de inrichting, en vervolgens weer loslaat om het aan het veld over te laten, vertelt een respondent. Dat loslaten blijkt lastig. Er werd vlak na de transitie intensief samen opgetrokken en nu blijft de gemeente zich, in de ogen van een uitvoeringsorganisatie, teveel met de dagelijkse praktijk bemoeien. Een andere organisatie waardeert dat juist.
De gemeente is tevreden. De accounthouder zat twee jaar lang bij ons in het MT aan tafel. We hebben wekelijks overleg, dat contact is dus heel goed, vertelt een beleidsmedewerker van een uitvoeringsorganisatie. De inspectie is van mening dat geld en ruimte geven aan de jeugdgezondheidszorg een belangrijke factor van een goede positionering is. Dat beeld hebben we niet bevestigd gekregen. Sommige van de onderzochte gemeente hebben extra geïnvesteerd op de jeugdgezondheidszorg, anderen niet. Maar in alle gevallen werden het gezamenlijk optrekken, en het over en weer positief bekrachtigen van initiatieven tot verbetering en contact, genoemd als belangrijke factor.

> *Ik denk dat de gemeente zal beamen dat het goed gaat. En dat ze naar mij verwijzen als je vraagt hoe het inhoudelijk gaat. Ze geven vooral heel veel ruimte: ga het regelen. Met een visie op hoofdlijnen en verder een goede relatie, kom je ver. Je vindt elkaar dan wel als het nodig is. Ze bemoeien zich dus niet met de inhoud en laten dat aan ons. Ze schenken ruimte en vertrouwen.*
> Coördinator wijkteam

Tegelijk is het delen van een visie als het gaat om preventie, wel degelijk van belang. Als je bijvoorbeeld uitgaat van eigen kracht, en je dus soms iets wilt laten gebeuren, dan moet je als jeugdgezondheidszorg en als jeugdhulp daar wel de ruimte voor krijgen. Dan hoef je niet alle zware specialistische hulp dicht bij de voordeur een plek te geven, maar dan moet de gemeente ook accepteren dat niet alles voorkomen wordt, zo legde een coördinator van een wijkteam uit.

Een gemeenteambtenaar weet eigenlijk niet precies hoe het met de samenwerking staat. Die constateert verschillen tussen wat er in de contractbesprekingen voor geluiden klinken en wat er als signalen vanuit het onderwijs komen. *We vangen af en toe signalen op dat het anders is dan we denken. Die hoor je pas als je mensen van de werkvloer spreekt. Die geluiden vormen de aanleiding om dieper op de materie in te gaan*. Dat bevestigt het belang van korte lijnen.

In het algemeen valt op dat de factoren die van invloed zijn op de goede samenwerking in de dagelijkse praktijk (kennen en gekend worden, elkaars opdracht kennen en het type mens) ook van groot belang blijken te zijn geweest bij de vormgeving van de inrichting van het sociale domein in een gemeente. In diverse interviews kwam naar voren dat het goede contact tussen sleutelfiguren (wethouder, directeur instelling, samenwerkingsverband en dergelijke), en de overeenstemming op de visie ('zó moeten we het gaan doen') als het ware vleugels gaf aan de samenwerking, waardoor de energie vrij kwam die nodig is om het toch wel taaie proces van herinrichting door te maken en vol te houden.

Belangrijkste succesfactoren:
- *Zorg dat je elkaar kent, dat móet je organiseren*
- *De gemeente en de eigen organisatie geeft ruimte en vertrouwen*
- *Een zoekende houding, geen structuren 'voor eeuwig'*

Coördinator wijkteam

3.6 Taakopvatting jeugdgezondheidszorg

Veel respondenten, zowel van binnen de JGZ als ketenpartners, benoemen het belang van een 'outreachende' houding en taakopvatting van de jeugdgezondheidszorg. Werkers worden uitgenodigd, uitgedaagd zelfs, om zich anders in het sociale domein te bewegen. Meer naar buiten gericht, netwerkend, proactief en vraaggericht. Minder spreekuren draaiend, en meer fungeren als gesprekspartner van gemeenten en andere ketenpartners. De mensen die wij spraken zijn het er over eens dat het simpelweg ouders oproepen volgens de vaste momenten een te magere, en uiteindelijk niet levensvatbare taakopvatting is. Het (nieuwe) landelijk professioneel kader (van 2015) wordt dus omarmd. Op diverse plekken in het land, wordt er gewerkt aan een verschuiving van taken, zodat de kinderen wèl in beeld blijven, en er tegelijk meer tijd vrij komt voor andere taken. Dat gebeurt door niet altijd alle ouders en kinderen meer standaard op te roepen, maar ook door bijvoorbeeld een doktersassistente het onderzoek op school te laten doen.

Ik ben ervan overtuigd dat de JGZ als standaard, aanbodgericht werken geen toekomst heeft. Het monotone, produktiewerk-achtige gaat eraf. Je kunt ook niet meer aankomen met je verongelijkte houding van 'ik heb een heel dossier maar niemand ziet mij', je zult je dienstbaar en werkelijk ondersteunend moeten opstellen. Het is ook raar dat je alle kinderen hetzelfde bedient, terwijl de ene in een gouden en de ander in een strooien bedje is geboren. We zullen moeten omvormen tot een ander vak.

Jeugdarts

Dit vraagt ook andere professionals, die moeten kunnen werken in de interferentiezone, zoals Kunneman dat noemt. Dat gaat erom dat je goed je rol kent, maar ook over grenzen wil gaan. "ik weet dat dit normaal gesproken niet mijn taak is, maar nú is het toch beter als ik het wèl doe". Als dat maar over en weer gebeurt. Voor de JGZ is dat een grote omslag, die gewend zijn aan werken vanuit een vaste structuur en een sterke hiërarchie. Dat moeten ze loslaten. De een kan dat al beter dan de ander.

Directeur samenwerkingsverband, onderwijs

Niet iedere werker is overigens even blij met deze flexibilisering. *Dat is wennen voor sommige mensen van de jeugdgezondheidszorg. Zij krijgen toch een andere invulling van hun taken. Meer richting hele populatie, primaire preventie, kijkend naar verbindingen met alle betrokkenen. De informatie veralgemeniseren, filmpjes maken etc. daar zijn we ook mee bezig. Je hoeft de basisinformatie niet altijd persoonlijk te geven, mensen zoeken ook gewoon veel op internet. Dat vraagt om een andere taakopvatting van de werkers. Sommigen vinden dat leuk, anderen houden toch graag vast aan hun individuele trajecten en handelingen die ze altijd deden,* vertelt een beleidsmedewerker van een uitvoeringsorganisatie ons. Deze omslag moet ook door de organisatie zèlf gemaakt worden. Sommige werkers lopen daarin tegen grenzen aan: *Mijn manager wil al mijn spreekuren vooraf inplannen, zodat hij zicht heeft of ik mijn norm wel zal gaan halen,* vertelt een jeugdarts. Met als

gevolg dat de benodigde flexibiliteit in haar agenda onder druk komt te staan. Met name de jeugdartsen klagen over werkdruk, ook als gevolg van onvervulde vacatures. Van de meeste respondenten horen we terug dat één van de redenen waarom ouders eerder via de huisarts dan via de jeugdarts om een verwijzing jeugdhulp vragen, de directe beschikbaarheid van de huisarts is. Voor een afspraak met de jeugdarts moeten ze soms weken wachten.

3.7 Vraag en aanbod gericht werken

Naast de gevraagde flexibilisering van de werkuitvoering, dient zich een spanningsveld tussen vraag- en aanbodgericht werken aan. De meningen verschillen over de mate waarin die twee zich laten verenigen in één functie.

> *We zijn heel aanbodgericht en te weinig vraaggericht. Dat is een spagaat. Je moet aan de eisen van de inspectie voldoen en alle kinderen oproepen, hoe sluit je dan toch echt aan bij de ouders van nu? Zeker in het digitale tijdperk, dan hoef je niet meer met een folder aan te komen, iedereen heeft het al opgezocht. Basis taak is alle kinderen uitnodigen plus een extra effort doen bij hen die niet meteen komen, of waar je zorgen over hebt. Sommige dingen móet je ook echt in aanbodvorm doen, als je bijv bij heuponderzoek wacht tot ouders met 9 maanden komen, dan ben je echt te laat. Dus je bent ook gebonden aan die vaste contactmomenten.*
> Stafarts

Op basis van het basispakket JGZ heeft de jeugdgezondheidszorg een aanbodgerichte, meer controlerende functie vanuit de overheid: alle kinderen op een aantal gezondheidsgebieden onderzoeken en actie ondernemen indien nodig[8]. Vanuit het oogpunt van de JGZ is het belangrijk dat het dossier compleet is, en dus dat alles wat er elders gebeurt weer bij hen terecht komt. Dit systematisch verzamelen en interpreteren van de gegevens vloeit voort uit de overheidstaak. *We zijn trots op de opbrengst die screeningen en gevalideerde programma's hebben en dat kwijtraken zou echt meer kwaad doen dan goed*, betoogt een jeugdarts.
Dit brede onderzoek op uitnodiging van de JGZ is iets anders dan hulpverlenen, dat vanuit een vraag (van de persoon in kwestie of vanuit diens omgeving) ontstaat. Met het breed oproepen van kinderen en ouders voorkom je soms dàt er hulpverlening nodig is. Maar het is niet hetzelfde als hulpverlenen. Soms staat het zelfs op gespannen voet, bijvoorbeeld waar ouders bezwaar maken tegen alle informatie op één plek vast te leggen, of waar de bereidheid om gevoelige zaken te delen pas ontstaat als er een vertrouwen in de ruimte die de hulpverlener wil geven is ontstaan.

> *Schoolverzuim is een belangrijk onderwerp. Op het VO in deze gemeente is de samenwerking nog wat moeizaam. De medezeggenschapsraad verzet zich tegen het oproepen door de jeugdarts na een aantal dagen verzuim, die vinden dat school er niks mee te maken heeft als hun kind ziek is. Dat is jammer want we kunnen er veel in doen.*
> Jeugdarts

> *Laatst was er een school die zei dat veel kinderen niet goed meededen met gymmen agv overgewicht. Toen hebben we een extra meetmoment ingelast. Van de 40-50 kinderen waren er 10 met ongezond gewicht. We hebben alle ouders gebeld en een aanbod gedaan, 8 van de 10 wilden daar wel op ingaan. Dat is toch mooi.*
> CJG coördinator

Op het verenigen van die twee rollen zit een fundamentele spanning, die gaat over aansluiten versus controleren. Die spanning moet erkend en 'geleefd' worden, die moet je niet willen wegpoetsen of oplossen. De JGZ is minder hulpverlener dan ze zelf willen geloven. Dat doet overigens niets af aan de waarde van wat ze doen, zo analyseert een CJG coördinator deze kwestie.

In een nóg bredere context gaat dat over de vraag of je als samenleving de regie werkelijk bij de ouders wilt leggen, en dus accepteert dat je niet alles weet of onder controle hebt. Of dat je er alles aan moet doen om

[8] Zie bijlage 1: besluit publieke gezondheid

ongewenstheden te voorkomen en dus inzet op ze vroeg mogelijk, zo compleet mogelijk alle risico's en mogelijke afwijkingen in beeld te brengen.
Over de vraag of deze twee rollen juist wel of niet verenigd zouden moeten worden bestaan dus verschillende meningen. Een verschillende uitleg over wat 'hulpverlenen' betekent speelt daarin ook een rol. De beantwoording daarvan gaat de reikwijdte van dit onderzoek te boven.

3.8 Werkzame factoren samengevat

Samenvattend kunnen we de volgende factoren benoemen die een positieve invloed op de goede samenwerking en positionering hebben:

- Het organiseren van kennen en gekend worden, van de mensen én van elkaars opdracht
- Type mens en outreachende, proactieve houding
- Randvoorwaarden vanuit opdracht en eigen organisatie: buiten de lijntjes kleuren
- Regie en stimuleren van samenwerking en feedback geven door gemeente

Genoemde factoren zijn niet voorbehouden aan de jeugdgezondheidszorg, maar gelden voor alle actoren in het sociale domein. Uit ons onderzoek komt naar voren dat het niet in de eerste plaats van belang is hoe het georganiseerd is, in de zin van wie welke taak krijgt toebedeeld. Verschillende vormen van inrichting blijken succesvol, als de opdracht maar gedeeld en omarmd wordt, en men in de praktijk de eigen ruimte krijgt ermee aan de slag te gaan. Goed naar elkaar luisteren, willen leren en 'gewoon doen' zijn meer houdingsaspecten dan inrichtingszaken.

Als laatste onderdeel van dit hoofdstuk gaan we kort in op de verhouding tot de drie belangrijkste – want in alle gemeenten benoemde- samenwerkingspartners van de JGZ: de huisarts, het wijkteam en het onderwijs.

3.8 Het onderwijs

Voor het onderwijs is het belangrijk dat er een doorgaande lijn tussen onderwijs en zorg ontstaat, zo horen we terug van respondenten uit de drie onderzochte gemeenten. Een dubbele verhouding waarbij enerzijds met individuele kinderen en hun ouders wordt gewerkt, en anderzijds de IBer en leerkrachten professionele ondersteuning op het gebied van pedagogisch handelen krijgen, wordt gewaardeerd en essentieel geacht. Elkaar regelmatig spreken, zichtbaarheid van de zorgverlener op school en samen gesprekken voeren, zijn elementen die door iedereen worden genoemd. Een zorgverlener vraagt meer door bij ouders en stelt andere vragen dan een IBer. Of die zorgverlener persé iemand van de jeugdgezondheid moet zijn, of dat het ook een hulpverlener uit bijvoorbeeld een wijkteam mag zijn, daarover is men doorgaans niet erg uitgesproken. Als er maar iemand is die we kennen, die aan de slag wil met ouders en die de sociale kaart kent, zo lijkt het. Daarin speelt mee of de ouders een jeugdverpleegkundige al kennen vanuit de 0-4 periode. In dat geval is de doorgaande lijn van meerwaarde. Ook de mogelijkheid van inzicht in het dossier en dus de voorgeschiedenis beter te begrijpen, wordt als meerwaarde van de JGZ genoemd.

> *Ouders vertellen uit zichzelf niet veel. Of ze zien gewoon de dwarsverbanden niet. Sommigen hebben geen benul dat het gedrag van het kind op school te maken kan hebben met de situatie thuis.*
> Directeur samenwerkingsverband, onderwijs

Voor de voorschoolse voorzieningen is de samenwerking met de jeugdverpleegkundige van oudsher al sterk. Die zoekt meer de verbinding met een wijkteam, waar er daadwerkelijk hulpverlening wordt ingezet.

3.9 Huisartsen

We hebben in dit onderzoek geen huisartsen gesproken. We hebben de uitspraken 'over' huisartsen getoetst met de landelijke huisartsen vereniging.
Het is niet altijd eenvoudig om huisartsen te bereiken, vertellen jeugdartsen. In concrete casuïstiek zijn de lijnen doorgaans redelijk kort, áls men elkaar kent, maar wat betreft meer overstijgende, of populatiegebonden zaken is het vinden van contactmomenten lastiger. Dat heeft vaak ook een praktische oorzaak: zowel huisarts en jeugdarts hebben een druk bezette agenda met consulten. De woordvoerder van de LHV zegt in dit verband dat huisartsen aangeven dat de JGZ niet altijd makkelijk bereikbaar is, en dat huisartsen soms onvoldoende kennis hebben van het aanbod: waarvoor kan men de JGZ benaderen?
Andersom beklagen professionals van de jeugdgezondheidszorg jeugdhulp zich weer over de slechte terugkoppeling door huisartsen, die hen niet informeren als er iets met een kind aan de hand is.

De huisarts wil alles weten, maar niks delen.
CJG coördinator

Over de directe samenwerking in casuïstiek en de afstemming van taken is er helderheid. Daar zijn duidelijke afspraken over. Daar zijn we in het hoofdstuk over verwijzen kort op ingegaan.

Net als bij het onderwijs horen we wat betreft de verbinding met de huisarts dat er bij diverse respondenten in het sociale domein vooral behoefte bestaat aan een 'linking pin' tussen huisarts en jeugdzorg. Of dat nu via de jeugdgezondheidszorg, via een POH jeugd of via een wijkteammedewerker gaat, lijkt daarin van ondergeschikt belang. Voor huisartsen is het jeugdhulpveld een onoverzichtelijk geheel, die hebben behoefte aan expertise dichtbij en vaste, vertrouwde gezichten, die de sociale kaart goed kennen. Voor de LHV heeft een contactpersoon in de vorm van een medicus de voorkeur, hetzij door middel van een jeugdarts in een wijkteam, hetzij door middel van een POH jeugd.

Zeker als het gaat om een beoordeling van wat er in een specifieke zaak nodig is aan zorg, denken veel ouders toch eerst aan de huisarts, vertellen verschillende respondenten. Als er een vraag bij een ouder of kind ontstaat, denkt die niet aan de jeugdgezondheidszorg, ténzij er al een nauw contact is vanuit de 0-4 zorg. Vertrouwde gezichten zijn ook voor de gezinnen van belang.
Tegelijk benadrukken de meeste respondenten de meerwaarde van de jeugdgezondheidszorg. Ze zijn van mening dat de huisarts en ook de POH GGZ specifieke deskundigheid missen op het gebied van jeugd. Ze denken ook meer in problemen en verwijzen snel door. Daarin zou de jeugdarts een 'normaliserende' rol kunnen spelen.
Een gemeente ambtenaar die we spraken draait het juist om: *Tussen JGZ en huisarts zie ik veel overlap, bijvoorbeeld bij zoiets als overgewicht zie je dat er dingen dubbel gedaan worden en dat er te weinig terugkoppeling over en weer is. Vaccineren en wegen zou een huisarts toch ook kunnen, idem voor signaleren en inschatten zorgbehoefte. Ik vond het wel een interessante gedachte om de JGZ in zijn geheel bij de huisartsen in onze gemeente onder te brengen. Vanwege technische obstakels, door regionale afspraken, bleek het niet mogelijk om deze stap al te zetten. De JGZ bedeelt zichzelf een bredere rol toe, naast het basistaken pakket, bijvoorbeeld op*

Het zou wel interessant zin om eens te experimenteren met andere vormen, dat je er een soort poh functie van maakt en aan een praktijk toevoegt. Als je het bij een HA legt heb je minder uniformiteit, maar wel een partner minder, dat maakt het samenwerken eenvoudiger. Maar bij de JGZ komen toch veel opvoedvragen, dat hoort echt meer bij het wijkteam vind ik. Misschien is zoiets in kleinere gemeente een goed model, in een grotere gemeente heb je meer massa om de boel te organiseren.
Directeur uitvoeringsorganisatie

school alle kinderen zien. De huisarts ziet ze ook allemaal. Dat geeft allemaal weer extra overdracht momenten, niet altijd even handig. Maar het basistakenpakket schuurt toch heel dicht tegen de opdracht van de huisarts aan, ik vind het onderscheid niet heel helder.

3.10 Samenwerking met de wijkteams

Uit interviews horen we terug dat met de komst van de wijkteams, alle ogen daar op gericht zijn. Zo schrijft het onderwijs in een stad 'opeens' nog alleen over de wijkteams, als ze het hebben over ondersteuning op school, terwijl de JGZ al jarenlang aanwezig was.
Daarnaast is er soms een verschil in zienswijze tussen de JGZ en het wijkteam waarmee ze samenwerkt. Daar waar de JGZ signaleert en verwacht dat het wijkteam vervolgens in actie komt op die signalen, wil het wijkteam niet in alle gevallen 'meebewegen', omdat die een eigen, andere inschatting maakt. Er zijn dan professionele verschillen in het inschatten van bijvoorbeeld de veiligheid. Dat de JGZ vervolgens zèlf stappen kan ondernemen door Veilig Thuis in te schakelen is nog niet voor alle werkers een vanzelfsprekendheid, zo horen we terug van respondenten[9].
In de onderzochte gemeenten, waar geïnvesteerd is op de samenwerking, wordt door respondenten een ontwikkeling geschetst van meer samen optrekken en gebruik maken van elkaars expertise. In alle vormen, ook waar JGZ en wijkteam binnen één organisatie opereren, blijft het verschil in taken (kort gezegd, uitvoering basispakket JGZ versus gemeentelijke toegang en hulpverlenen) bestaan.

> *Als je me op de man af vraagt wat dan de meerwaarde is van de JGZ? Ik denk toch het medische stuk. Dat wordt in de jeugdhulpverlening vaak vergeten en is echt van waarde. Dat kun je niet bij de huisarts beleggen, want daar is het toch meer een consult. Bij de JGZ voelen mensen zich vrijer om even te bespreken hoe het gaat, ook de normale dingen (hoe gaat het met borstvoeding, wat doe je aan tepelkloven, mijn peuter zegt nee, is dat normaal, dat soort dingen). Laagdrempelig, vrijer, meer welkom, meer aspecten uitgevraagd.*
> CJG coördinator

Tot slot: samenwerken gaat niet vanzelf en behoeft blijvend aandacht. Dat blijkt ook uit de geschiedenis. Ook vòòr de nieuwe jeugdwet was de samenwerking een aandachtspunt. In een rapport uit 2010 schrijft het RIVM: *Het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM heeft het Standpunt Samenwerking jeugdgezondheidszorg (JGZ) en bureau jeugdzorg (BJZ) uitgebracht. De samenwerking tussen deze twee instanties is namelijk onvoldoende, zo blijkt uit onderzoek van 'Partners in Jeugdbeleid', dat in opdracht van het RIVM is uitgevoerd. JGZ en BJZ moeten investeren in samenwerken om kinderen met opvoed- en opgroeiproblemen zo goed mogelijk te kunnen helpen. Vijf punten moeten verbeterd worden: de bekendheid met elkaars taken en rollen, de informatieoverdracht van JGZ naar BJZ en de terugkoppeling vanuit BJZ naar JGZ, de afspraken op het gebied van zorgcoördinatie en de samenwerking rond gezinnen met meervoudige problematiek[10].*

[9] De inspecties doen een project in zes gemeenten op dit thema.
[10] Standpunt samenwerking JGZ en BJZ (2010)

4. Samenvatting en conclusies

4.1 Samenvatting van de bevindingen

Het doel van dit onderzoek was zicht te krijgen op de werkzame factoren in een goede samenwerking van de JGZ en de rest van het sociaal domein. Aanleiding was het onderzoek van de Inspectie eind 2017 en de cijfers vanuit de beleidsinformatie jeugd. We hebben voorbeelden geschetst van plaatsen in het land waar de positionering van de JGZ naar tevredenheid is vormgegeven. We hebben gezien dat die tevredenheid vooral te maken heeft met 'goede manieren' in de wijk. Samenwerken op basis van directe lijnen en korte feedbackloops. 'Ken je opdracht en die van de ander, durf buiten de lijntjes te kleuren en als er iets is, trek je aan de bel'.

Drie gemeenten vergeleken op inrichting en samenwerking
In de drie onderzochte gemeenten verschilt de wijze waarop de JGZ en de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp zijn ingericht aanmerkelijk:
In gemeente A wordt de JGZ door twee partijen uitgevoerd (0-4 en 4-18), de JGZ krijgt beperkt extra middelen voor maatwerkvoorzieningen. De lokale toegang tot jeugdhulp loopt via een apart ondersteuningsteam voor jeugd. In gemeente B wordt juist stevig ingezet op de JGZ: er is een brede organisatie voor 0-18 waar naast de JGZ, preventie en maatwerkvoorzieningen, ook de lokale toegang tot de jeugdhulp is belegd, inclusief de regierol. Gemeente C kent een uitvoeringsorganisatie voor de JGZ (0-18) en een wijkteam 0-100, met daarbinnen een apart team voor jeugd.
In deze drie gemeenten zijn de lokale samenwerkingspartners overwegend zeer tevreden over de samenwerking.

Cijfers beleidsinformatie
Het percentage verwijzingen wijkt in de onderzochte gemeenten nauwelijks af van het landelijke gemiddelde. Uit de landelijke cijfers blijkt dat het aantal rechtstreekse verwijzingen van jeugdartsen naar jeugdhulp gering is: slechts 2,1 % van het totaal aantal verwijzingen naar jeugdhulp. In ongeveer de helft van de gemeenten speelt het aantal verwijzingen vanuit de JGZ naar jeugdhulp geen significante rol. Respondenten zijn verbaasd over deze cijfers, er worden meerdere verklaringen gegeven, die onderling soms strijdig zijn. In de ogen van de onderzoekers (ondersteund door uitspraken van sommige, maar niet alle, respondenten) hangt het lage verwijspercentage samen met de opdracht van de JGZ. Hulpvragen ontstaan op 'enig' moment en niet zozeer net op het moment dat er een afspraak bij de JGZ is gepland. De gang via een huisarts of wijkteam blijkt dan doorgaans sneller.

Samenwerking
Factoren die een positieve invloed hebben op de goede samenwerking en positionering van de JGZ binnen het sociale domein, zijn:

- Het organiseren van kennen en gekend worden, van de mensen én van elkaars opdracht
- Type mens en outreachende, proactieve houding
- Randvoorwaarden vanuit opdracht en eigen organisatie: buiten de lijntjes mogen kleuren
- Regie en stimuleren van samenwerking en feedback geven door gemeente

Genoemde factoren zijn niet voorbehouden aan de jeugdgezondheidszorg. Zij gelden voor alle actoren in het sociale domein.

Uit het onderzoek komt naar voren dat het niet in de eerste plaats van belang is hoe de inrichting van het sociale domein georganiseerd is. Verschillende vormen van inrichting blijken succesvol. Mits de opdracht maar gedeeld en omarmd wordt, en men in de praktijk de eigen ruimte krijgt ermee aan de slag te gaan. De taken tussen de verschillende partijen verschillen tegelijk dusdanig dat ook waar men JGZ en (gemeentelijke) toegang jeugdhulp binnen één organisatie verenigt, de professionals aan de eigen opdracht werken.
We hebben geen gemeente gevonden waar de hulpverlenende taak (dwz datgene wat nu bij de gemeentelijke toegang aan taken is belegd) ook daadwerkelijk bij de jeugdgezondheidszorg is gelegd. De voorbeelden waar de JGZ onderdeel van het wijkteam was, bleek men ieder vanuit de eigen opdracht, binnen het eigen wettelijk kader, te opereren. We hebben ook geen gemeente gevonden waar de taak van de JGZ aan de huisartsenpraktijk is gekoppeld.
Beide variaties zouden interessant zijn om uit te proberen, zeker in kleineren gemeenten zou dat kunnen lonen, om op die manier meer 'massa' te creëren.
Belangrijke partners, zoals scholen en huisartsen geven aan dat het voor hen vooral van belang is dat een vast iemand de linking pin is met jeugdhulp. Of dat iemand vanuit de JGZ is of niet, dat maakt het onderwijs minder uit. De LHV heeft een voorkeur voor een medicus. Sommige scholen vinden het prettig als er een voorgeschiedenis bekend is, én als iemand ook direct met een casus aan de slag kan gaan, indien nodig. Wijkteams zien vooral de meerwaarde van de JGZ in de aanmeldfase: de medische blik, en de bekendheid met de gezinsgeschiedenis.

Interne ontwikkelingen JGZ
Met het basispakket JGZ ligt er de taak om de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren te bevorderen te beschermen en te bewaken. Respondenten zijn het er over eens dat JGZ-ers zich op basis van deze opdracht moeten ontwikkelen richting meer outreachende, proactieve consultatiepartners in het sociale domein, dat wil zeggen, niet 'simpelweg' spreekuren draaien, maar actief op pad gaan. Daarbij zou de epidemiologische rol, de inbreng van kennis over de (jeugd in de) wijk steviger kunnen worden benut. Deze ontwikkeling is nog volop gaande, ook in de onderzochte gemeenten.
Het is daarbij in onze ogen de vraag of de twee opdrachten: enerzijds het uitvoeren van het basispakket JGZ en anderzijds het bieden van hulpverlening, daar waar een vraag ontstaat, hand in hand kunnen gaan. Dat vraagt een open gesprek van alle partijen. Dat zal nog niet zo eenvoudig zijn. We treffen een licht gepolariseerd veld, waarin standpunten al betrokken zijn. "Jullie zijn onzichtbaar" versus "jullie vergeten ons ook altijd". "Wij zien alle kinderen" versus "jullie doen niks meer dan meten en wegen". Daar waar de JGZ professionals de ruimte hebben én nemen om de samenwerking te zoeken, naast de reguliere contactmomenten, ontstaat er waardering over en weer.

4.2 Beantwoording onderzoeksvragen

a. *Welke afspraken zijn er over de betrokkenheid van de JGZ bij de jeugdhulp/het sociaal domein in de betreffende gemeenten?*

In de drie onderzochte gemeenten bestaan er verschillende afspraken over de betrokkenheid van de JGZ. Gemeente A en C werken vanuit het basispakket JGZ plus (beperkt) extra preventieve taken, Gemeente B heeft ingezet op een brede JGZ organisatie. De gemeentelijke toegang tot de jeugdhulp, inclusief de vrij toegankelijke jeugdhulp is verschillend georganiseerd binnen deze drie gemeenten. Binnen alle drie de gemeenten wordt aandacht en tijd gestoken in het versterken van de

samenwerking middels (casuistiek)overleg en elkaar leren kennen. Dit beeld wordt ondersteund door de ervaringen uit andere gemeenten: er bestaan verschillende afspraken over de inrichting en betrokkenheid. Tevredenheid ontstaat met name daar waar actief en intensief geïnvesteerd is in de daadwerkelijke samenwerking op alle niveau's. In de onderzochte gemeenten wordt met name de vierhoek jeugdgezondheidszorg – wijkteam- huisarts en onderwijs (inclusief voorschoolse voorzieningen) benoemd als focus in het sociale domein. Kinderartsen, specialistische jeugdhulpaanbieders, maatschappelijk werk, Veilig Thuis en verloskundige zorg komen in de gesprekken met respondenten ook, meer zijdelings, naar voren. Jeugd- en jongerenwerk, welzijnswerk breed, politie, of andere partijen in de veiligheidsketen, worden niet genoemd. Dat betekent niet dat ze geen rol spelen, ze liggen blijkbaar niet voor in de aandacht.

b. *Hoe ervaren de jeugdartsen/JGZ-medewerkers de mate waarin door collega-professionals in het sociaal domein gebruik gemaakt wordt van hun deskundigheid?*

Waar men elkaar goed heeft leren kennen, vertellen de JGZ professionals dat er goed, en voldoende gebruik gemaakt wordt van hun deskundigheid, zowel op het gebied van gespreksvoering, afwegen wat er nodig is en het zicht geven op de geschiedenis vanuit het dossier. Sommige jeugdartsen geven aan dat de deskundigheid nog beter zou kunnen worden gebruikt in het beoordelen wat er nodig is, hoewel ze ook melden dat dat soms bemoeilijkt wordt door de beperkte tijd die ze hebben.

c. Hoe ervaren professionals in het sociaal domein de betrokkenheid van de JGZ?

De respondenten die we spraken lieten zich doorgaans positief uit over de betrokkenheid van de JGZ. In Gemeente A gold dat alle betrokkenen, in Gemeente B klonken er ook kritische geluiden over de bereikbaarheid en flexibiliteit van sommige jeugdartsen, onder andere, maar niet alleen vanwege tijdgebrek. Niet alle JGZ professionals hebben de nieuwe manier van werken al omarmd, zo hoorden we terug. In Gemeente C wordt de samenwerking tussen het wijkteam en de JGZ als positief ervaren. Het onderwijs in Gemeente C liet zich iets kritischer uit over de zichtbaarheid van de JGZ. Ook in Gemeente C wordt benoemd dat er spanning staat op het uitvoeren van het nieuwe takenpakket ligt, mede als gevolg van tijdgebrek.

d. Hoe maakt de JGZ gebruik van deskundigheid van de ketenpartners?

JGZ professionals benoemen met name de directe overleg mogelijkheden met betrekking tot een eventuele verwijzing en het overleg in verband met veiligheidskwesties als van meerwaarde in de betere samenwerking.

e. Hoe ervaart de JGZ de betrokkenheid van de ketenpartners?

Naast de tevredenheid over de concrete samenwerking in casuïstiek, of dat nou met een IBer, de VVE, of een wijkteam gebeurde, hebben we iets kritischer geluiden gehoord over de terugkoppeling aan de JGZ, waar hulpverlening was gestart, of waar een huisarts betrokken was.

f. Zijn er in de onderzochte gemeenten verschillen te zien in jeugdhulpgebruik of doorverwijzingspatronen naar jeugdhulp?

Er zijn geen opvallende verschillen in jeugdhulpgebruik of doorverwijzingspatronen geconstateerd. Gemeente B kent een hoog percentage verblijf, wat een administratieve én historische verklaringscomponent heeft. De drie onderzochte gemeenten lieten geen grote afwijkingen van het gemiddelde qua verwijzing door jeugdartsen zien. In de brede uitvraag zijn we zowel op gemeenten

of regio's gestuit die een hoger, én die een lager percentage verwijzingen dan het gemiddelde liet zien.

g. Zijn deze verschillen tussen gemeenten te verklaren uit verschillen in registratie, sociaaleconomische omstandigheden en bevolkingssamenstelling?

Aangezien we geen opmerkelijke verschillen hebben gevonden, zijn we hier niet op ingegaan.

h. In hoeverre zijn deze verschillen toe te schrijven aan de wijze waarop de betrokkenheid van de JGZ bij het sociaal domein is georganiseerd?

Het verwijspercentage is in de drie onderzochte gemeenten te laag om van significante invloed te kunnen zijn op het jeugdhulpgebruik.

4.3 Conclusies

Op basis van de door ons gesproken respondenten en de analyse van de cijfers komen we tot de volgende conclusies. Vanzelfsprekend bestaat er het voorbehoud van de beperkte reikwijdte. Ons onderzoek was exploratief van aard; we hebben thema's verkend op een beperkt aantal plaatsen in het land. Dus we willen voorzichtig zijn met het generaliseren van onderstaande conclusies.

1. *Binnen de verschillende vormen van inrichting voert de JGZ haar wettelijke taak goed uit*
   De positie die de JGZ in het sociale domein inneemt wordt in eerste instantie bepaald door haar wettelijke taak: de uitvoering van het basispakket JGZ. Dat doen de jeugdgezondheidszorg professionals met grote betrokkenheid en vakkundigheid. Daarover is de tevredenheid hoog bij de gesproken partijen, ongeacht de wijze van inrichting in een gemeente. Zodra men elkaar weet te vinden, wordt er over en weer goed van elkaars deskundigheid gebruikt gemaakt. Een enkele respondent, met name binnen de JGZ zelf, vindt dat dit nog beter zou moeten.

2. *Samenwerking ontstaat niet vanzelf, tijdelijk extra investeren loont*
   Regelmatige overlegmomenten aan de hand van casuïstiek vormen daarbij overal de sleutel. Het moet tussen de mensen op de werkvloer gebeuren, algemene afspraken op managementniveau volstaan niet. Het verschil tussen interne en externe communicatie is aan het veranderen, je ziet op alle niveaus en tússen alle niveaus dwarsverbanden ontstaan. Wethouders praten met jeugdverpleegkundigen, wijkteams gaan op bezoek bij de huisarts, jeugdartsen adviseren beleidsadviseurs in de gemeente, noem maar op.
   De intensiteit van het contact hangt omgekeerd evenredig samen met de opgebouwde relatie. Hoe beter men elkaar kent, en elkaars expertise daadwerkelijk heeft ervaren, hoe minder extra overleg er nodig is. Tijdelijk extra investeren loont dus.

3. *In de toegang naar de jeugdhulp speelt de jeugdgezondheidszorg een bescheiden rol.*
   De vraag of er een verband zichtbaar wordt tussen de wijze van inrichting, de mate van tevredenheid en de verwijzingen door jeugdartsen moet ontkennend beantwoord worden. Het is niet zo dat daar waar de samenwerking naar tevredenheid verloopt, het aandeel in het verwijzen door jeugdartsen significant groter of kleiner wordt.
   Er bestaat geen discussie of twijfel over het belang van vroegtijdig opsporen van specifieke aandoeningen en ontwikkelingsproblemen. Je kunt daarbij niet afwachten tot er klachten

ontstaan. Om het werk op het gebied van opsporen van aandoeningen én opvoedondersteuning bij het jonge kind wordt de jeugdgezondheidszorg zoals gezegd, gewaardeerd en geprezen. Hetzelfde geldt voor diverse preventieve programma's, bijvoorbeeld op het gebied van overgewicht. We zien en horen echter niet terug dat het in beeld hebben van alle kinderen, van doorslaggevend belang is, als het gaat om het inschakelen en bieden van (een toegang tot) jeugdhulp.
Ouders met een hulpvraag zoeken de jeugdarts en jeugdverpleegkundige, na die eerste jaren met een klein kind, niet uit zichzelf op. Ook huisartsen en wijkteams doen dat niet. Scholen maken gebruik van de jeugdarts of verpleegkundige als dat de eerste aanspreekpersoon op school is. Als dat echter iemand vanuit het lokale team is, dan werkt dat ook goed. Als het maar helder is wie ze bij vragen kunnen benaderen. Hulpvragen die leiden tot jeugdhulp gaan dus in de meeste gevallen niet via de JGZ. De argumentatie voor het belang van het zien van alle kinderen is, in het licht van het inschakelen van aanvullende hulp, dus met name medisch van aard. Dat leidt in de onderzochte gemeenten niet tot onvrede en is dus een constatering, geen punt van kritiek.

4. *Het delen van informatie behoeft in samenwerkingsrelaties structurele aandacht*.
   In de praktijk blijken er nog steeds veel verschillende inzichten en interpretaties over de mogelijkheden én onmogelijkheden van het delen van privacygevoelige informatie, over beroepsgroepen en organisatiegrenzen heen. Daarnaast vinden artsen, zowel huisartsen als jeugdartsen, het ontvangen van informatie makkelijker dan het geven. 'Ze willen wel alles weten, maar niks delen'.

4.4 Aanbeveling

De grens van de JGZ ten aanzien van jeugdhulp roept met name vanuit de JGZ veel gespreks- en discussiestof op. Men voelt zich meer onderdeel van de jeugdhulp, dan dat 'de' jeugdhulp ervaart, lijkt het. "Waarom wordt er zo weinig gebruik gemaakt van onze deskundigheid? Waarom weten ze niet wat de JGZ doet?' klinkt het. Het lijkt erop dat de JGZ zich onvoldoende gezien en gewaardeerd voelt, om het maar even in hulpverlenerstaal uit te drukken.
Het verdient in onze ogen daarom aanbeveling om over en weer tot een beter begrip én acceptatie van de verschillende taken en rollen te komen.
Er bestaat een verschil tussen het werken vanuit een aanbod en tussen ingaan op een hulpverleningsvraag. Het werk van de JGZ bestaat uit het oproepen van alle kinderen en ze systematisch volgen. Binnen dit aanbod wordt tegenwoordig gedifferentieerd en meer dan voorheen op maat gekeken wat er nodig is. Toch blijft het een aanbod, op uitnodiging van de JGZ geïnstigeerd. Hulpverlenen vraagt in onze ogen echt iets anders dan vanuit een aanbod werken. Hulp is waarlijk een 'nieuw begin' en geen vorm van een glijdende schaal (waar je eerder in zou kunnen stappen, zodat het 'minder erg' is).
Een beter begrip van dit fundamentele verschil, zal helpen bij het voeren van het gesprek over het verschil tussen en de samenwerking van de jeugdgezondheidszorg en de jeugdhulp. Dat er 'zo weinig van de deskundigheid gebruik wordt gemaakt' vloeit (soms) voort uit dit 'nieuwe begin' dat het verlenen van hulp betekent. Dat is geen teken van onbegrip of onderwaardering, integendeel. Het is een bevestiging van het onderscheid dat er bestaat. Ieder zijn vak!

Bronnen

Beleidsreactie op kamerbrief evaluatie Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (februari 2017)

Bezem, Janine, Exploring the potential of triage and task-shifting in Preventive Child Health care (2017)

Factsheet basispakket jeugdgezondheidszorg https://vng.nl/files/vng/publicaties/2017/factsheet-basispakket-jeugdgezondheidszorg.pdf

Handreiking samenwerking huisartsen en jeugdgezondheid (2008)

JGZ actief https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2017/12/20/jeugdgezondheidszorg-actief

PG -171388-A, brief minister Hugo de Jonge aan de Tweede Kamer, 17 december 2017

Standpunt samenwerking JGZ en BJZ (2010)

Statline, beleidsinformatie jeugd

Met dank aan

Deze rapportage is geanonimiseerd. Dat gaf alle respondenten de gelegenheid vrijuit te spreken. Helaas is het daardoor niet mogelijk hen op deze plek te noemen. Wij willen hen echter wel bedanken voor hun inzet.
Alle werkers in de jeugdgezondheidszorg en wijkteams die tijd vrijmaakten om met passie over hun werk en de ontwikkelingen in het veld te spreken. Ambtenaren, directeuren, coördinatoren en beleidsmedewerkers uit gemeenteland, jeugdgezondheidszorg, jeugdhulp, onderwijs en voorschoolse voorzieningen, die hetzelfde vanuit hun positie deden. En het AJN, de inspecties, de V&VN en de LHV voor de toelichting op hun standpunt.

Sophie Hospers
Quirien van der Zijden
Hoogmade, oktober 2018

Bijlage 1. Besluit publieke gezondheid 2014, artikel 3 - 8

ARTIKEL I
Het Besluit publieke gezondheid wordt als volgt gewijzigd:
De artikelen 3 tot en met 8 komen te luiden:

Artikel 3 De werkzaamheden inzake het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren omvatten de volgende aspecten:
a. het afnemen van een algemene anamnese van de jeugdige,
b. het beoordelen van de lichamelijke verschijning van de jeugdige,
c. het meten en beoordelen van de groei van de jeugdige,
d. het beoordelen van de ontwikkeling van de jeugdige,
e. het beoordelen van het functioneren van de jeugdige,
f. het beoordelen van medisch-biologische parameters van de jeugdige,
g. het beoordelen van het gedrag van de jeugdige,
h. het beoordelen van het sociale, pedagogische en fysieke milieu van de jeugdige,
i. het in kaart brengen van het zorgsysteem rondom de jeugdige.

Artikel 4 De werkzaamheden inzake de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen omvatten de volgende aspecten:
a. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van stoornissen in het visuele systeem,
b. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van niet-scrotale testis,
c. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van congenitale hartafwijkingen,
d. het nagaan of bij de jeugdige sprake is spraak- of taalstoornissen,
e. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van perceptief gehoorverlies,
f. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van dysplastische heupontwikkeling,
g. het zo nodig aanbieden van vaccinatie tegen tuberculose.

Artikel 5 De werkzaamheden inzake het ramen van de behoeften aan zorg omvatten de volgende aspecten:
a. het schatten van de verhouding tussen de draaglast en draagkracht van de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort,
b. het in afstemming met de jeugdige en zijn ouders of verzorgers bepalen van de behoefte aan advies en voorlichting,
c. het inventariseren van de zorg die de jeugdige al ontvangt,
d. het nagaan of de jeugdige tot een of meer risicogroepen behoort,
e. het in afstemming met de jeugdige en zijn ouders of verzorgers ramen welke zorgverlening nodig is en het formuleren van maatregelen.

Artikel 6 1. De werkzaamheden inzake het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding aan jeugdigen tot 14 jaar, omvatten individueel of groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding, gericht op het ondersteunen van ouders en jeugdigen, en betreffen in ieder geval de onderwerpen:
- gezonde (borst-)voeding
- overgewicht / ondergewicht
- voedselovergevoeligheid
- vitamine D en K
- veilig slapen
- veiligheid
- voorkeurshouding
- meeroken

• gebit en gebitsverzorging
• middelengebruik (alcohol, roken, cannabis en andere drugs)
• leefstijl– sport en bewegen– seksueel gedrag (waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen en anticonceptie)– internetgebruik en gameverslaving
• psychosociale problemen
• opvoedvragen, -problemen en kindermishandeling (waaronder vrouwelijke genitale verminking en shaken baby syndroom)
• weerbaarheid jeugdigen, waaronder pesten, discriminatie, geweld (waaronder seksuele dwang)
• depressie
• disbalans draagkracht/draaglast en ontvangen zorg/zorgbehoefte bij kind en gezin
• gezondheidsbedreigingen gezin en omgeving (sociaal, fysiek, psychisch, pedagogisch milieu)
• school-/ziekteverzuim/schooluitval.

Artikel 6 2 De werkzaamheden inzake het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding aan jeugdigen vanaf 14 jaar, omvatten individueel of groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding, en betreffen in ieder geval de onderwerpen:
• overgewicht / ondergewicht
• middelengebruik (alcohol, roken, cannabis en andere drugs)
• leefstijl– sport en bewegen– seksueel gedrag (waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen en anticonceptie)– internetgebruik en gameverslaving
• weerbaarheid jeugdigen, waaronder pesten, discriminatie, geweld (waaronder seksuele dwang)
• depressie
• school-/ziekteverzuim/schooluitval.

Artikel 7 1. Bij de werkzaamheden, bedoeld in de artikelen 3, 4, 5 en 6 wordt zo nodig doorverwezen en -geleid naar curatieve gezondheidszorg, alsmede naar jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet. 2. Bij de werkzaamheden, bedoeld in artikelen 3, onderdelen d, e, g, h en i, 4, onderdeel d, 5 en 6, wordt waar nodig samengewerkt met onderwijs, voorschoolse voorzieningen, jeugdhulp, verloskundigen, kraamzorg, huisartsen en overige curatieve gezondheidszorg, buurtteams en andere relevante zorg- of hulpverleners.

Artikel 8 De op grond van de artikelen 3, 4 en 6 verkregen gegevens en de op grond van artikel 5 geraamde behoeften aan zorg worden systematisch geanalyseerd ten behoeve van het formuleren van collectieve maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.