

Doorstart lokaal behandelteam 2023-2024 Midden-Limburg West

versie 07-12-2022

Aanleiding

In de regio Midden-Limburg West loopt een pilot “Lokaal Behandelteam” Jeugd (verder te noemen het behandelteam) met het Centrum voor Jeugd & Gezin (CJG) en zeven zorgaanbieders¹. De pilot is gestart eind 2020, om meerdere redenen is tijdens de pilot een beperkt aantal ambities gerealiseerd. De pilot is begin 2022 positief geëvalueerd en alle partijen willen de pilot voorzetten. Het volume aan cases moet omhoog en alle partners willen ook werkelijk behandeling/begeleiding inzetten. Door meer volume kun je beter meten en wordt meer ervaring opgedaan met de mogelijkheden én de grenzen van het behandelteam. De pilot is doorontwikkeld met de nieuwe ambities om een doorstart te maken per mei 2022. De colleges van Nederweert en Weert hebben een positief besluit genomen om de doorstart te realiseren. Het college van Leudal heeft het besluit over de doorstart aangehouden omdat men eerst een onderzoek wil doen naar alle privacyaspecten van de pilot middels een DPIA.

Echter, ondanks het commitment van alle partijen bleek het vanwege capaciteitsproblemen niet haalbaar om een volwaardige behandelteam samen te stellen (opgenomen als een van de risico's in het collegevoorstel van mei 2022). Met name op het vlak van de (GZ-) psychologen en orthopedagogen(-generalisten) was er onvoldoende menskracht beschikbaar bij de vier GGZ-organisaties. Dit heeft er toe geleid dat, in overleg met de stuurgroep Midden-Limburg West, de doorstart van het behandelteam uitgesteld is. In dit document wordt een doorstart per 2023 beschreven ter besluitvorming in de colleges van Leudal, Nederweert en Weert in december 2022. Het pilotplan van 4-2022 is bijgevoegd als bijlage 1.

Stand van zaken bij de aanbieders

Aanleiding voor uitstel van de doorstart van de pilot waren problemen op het gebied van arbeidsmarkt, wachtlijsten en in-, door- en uitstroom. Met de GGZ-partners is hierover in relatie tot het lokaal behandelteam zowel individueel als in gezamenlijkheid gesproken. Tijdens deze gesprekken stond de mogelijkheid om meer samen te werken en ervaringen vanuit de pilot te gebruiken in deze problemen in het veld, centraal.

Deze ontwikkelingen lijken niet van korte duur te zijn en spelen niet alleen bij de GGZ aanbieders.

Deze ontwikkelingen zijn van invloed op de kwaliteit en effectiviteit van de hulpverlening aan jeugdigen en hun gezinnen. Een simpele oplossing is er niet, maar wel de uitdaging om met elkaar vanuit samenwerking te kijken hoe we opgedane ervaringen kunnen gebruiken in de aanpak van problemen en het verminderen van de gevolgen hiervan. Concreet zien we de volgende knelpunten waarbij de gevolgen elkaar versterken:

- Er is sprake van capaciteitsproblemen op meerdere plekken.

¹ Mutsaersstichting, MetGGZ, PGZ, Vincent van Gogh, Pactum-Zuid (voormalig Rubicon), PSW, Koraal

- Er is sprake van wachtlijsten. Zowel de instroom, doorstroom als uitstroom vragen hierbij om aandacht.
- We zien relatief veel verwijzingen naar de GGZ vanuit de huisarts, die mogelijk ook door een andere ondersteuning geholpen kunnen worden.

De zeven aanbieders hebben opnieuw commitment uitgesproken voor deze pilot.

Gefaseerde ambities - inhoud

De oorspronkelijke ambities van de pilot blijven overeind maar we gaan deze gefaseerd invoeren ook rekening houdend met de termijn van de geplande aanbesteding voor ambulante hulpverlening per 2025. Hierbij gaan we in de eerste instantie gericht aan de slag met de zaken die van invloed zijn en/of gevolg zijn van de huidige problemen en ontwikkelingen.

Fase 1 – januari 2023 tot en met augustus 2023

Er komt 1 behandelteam voor de gemeente Leudal en Nederweert. Dit team bestaat uit 4 fte medewerkers van de 7 aanbieders aangevuld met 3x8 uur Jeugd- en Gezinswerkers van het CJG.

Dit team gaat met casuïstiek aan de slag:

- Doorverwijzingen vanuit de huisarts naar de GGZ-instellingen deelnemend aan deze pilot. Van hieruit kunnen we enerzijds leren van deze doorverwijzingen en de huisartsen op termijn nog beter gaan ondersteunen in wat wel en wat niet door te verwijzen naar de GGZ. Daarnaast worden deze doorverwijzingen concreet opgepakt en wordt gedaan wat nodig is vanuit de integrale aanpak.
- Wachtlijst van de zorgaanbieders deelnemend aan deze pilot vanuit doorverwijzingen van het medisch domein. Er wordt gescreend of doorgeleiding naar de betreffende organisatie klopt en/of er andere mogelijkheden zijn. Hierbij wordt gedacht aan wat er voorliggend (zoals het CJG) nog/al kan gebeuren (stabilisatie) of welke mogelijkheden groepsaanbod kan bieden.
- Consultatie en advies voor casuïstiek van het CJG-ML.
- Het bieden van begeleiding of behandeling.

Daarnaast gaan we investeren in een tweetal randvoorwaarden en evaluatie:

- De betrokkenheid van aanbieders bij deze pilot mag veranderen. Aanbieders geven commitment, leveren medewerkers maar de inhoud van de pilot en de moederorganisaties zijn gescheiden werelden. In fase 1 gaan we de verbinding versterken; inhoudelijke ondersteuning van de aanbieders en het CJG én toewerken naar een gefaseerde aansturing van de pilot.
- Binnen de jeugd-GGZ wordt gewerkt binnen een medisch model zoals dat is vastgelegd voor de volwassen GGZ. Professionals ervaren beperkingen vanuit regelgeving (zoals het GGZ statuut) waardoor men soms terughoudend is om te doen wat nodig is voor de client. De vraag is of dit terecht is, de jeugdwet geeft hier immers geen kader aan. We gaan onderzoeken hoe we hier een andere, meer passende invulling bij de transformatie kunnen geven.
- In juli en augustus 2023 wordt geëvalueerd en wordt beoordeeld of de uitrol van fase 2 passend is. Tevens wordt bekeken hoe deze werkwijze het beste structureel gemaakt kan worden (bij een blijvende positieve evaluatie). De conclusies worden waar nodig vertaald naar de aanbesteding voor ambulante hulpverlening.

Fase 2 – september 2023 tot en met maart 2024

Het behandelteam wordt per september 2023 uitgebreid naar de gemeente Weert en het aantal fte gaat van 4 fte naar totaal 7 fte.

- De taken zijn gelijk aan fase 1.
- De betrokkenheid van de aanbieders en het CJG wordt weer groter, de inhoudelijke ondersteuning blijft en we zetten in op een gedeelde aansturing.
- In november 2023 - januari 2024 wordt geëvalueerd conform monitor uit het projectplan van mei 2022 en wordt beoordeeld welke uitbreiding in fase 3 passend is.

Fase 3 – april 2024 tot en met december 2024

Het behandelteam bestaat uit 7 fte. Per april 2024 kan de formatie bijgesteld worden, afhankelijk van de evaluatie en advies in januari 2024. Waar nodig wordt er opnieuw een besluit aan de colleges gevraagd.

- De taken zijn gelijk aan fase 1.
- De betrokkenheid van de aanbieders en het CJG wordt weer groter, de inhoudelijke ondersteuning blijft en we zetten in op een gedeelde aansturing.

Privacy

De doorstart van de pilot vraagt om zorgvuldige afwegingen met betrekking tot privacy van inwoners. De inwoners staan centraal, het vastleggen en delen van informatie met het gezin en de hulpverleners dient zorgvuldig te gebeuren. Hiertoe is een nadere analyse nodig, een DPIA. De DPIA zal specifieke advisering geven over wat er verder geregeld dient te worden. Hierbij is duidelijk dat er een samenwerkingsovereenkomst nodig is waarin de afspraken met de aanbieders en het CJG worden vastgelegd. Met het samenwerkingsconvenant onderschrijven alle partijen de uitgangspunten en doelen van de pilot en wordt tevens de privacy van alle betrokkenen (inclusief cliënten) gegarandeerd. Afspraken inzake de verwerking van persoonsgegevens moeten worden vastgelegd in een privacy-convenant. De DPIA is reeds gestart en wordt afgerond in het eerste kwartaal 2023.

Financiën

| | Kosten | Dekking | Bedrag |
|------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| 2023 | Projectkosten | Regionaal vernieuwingsfonds | € 88.020 |
| 2024 | Projectkosten | Regionaal vernieuwingsfonds | € 81.352 |
| | | | |
| 2023 | Inzet fte medewerkers zorgaanbieders | Regulier zorgbudget | € 566.336 |
| 2024 | Inzet fte medewerkers zorgaanbieders | Regulier zorgbudget | € 819.032 |

Een specificatie van deze kosten is opgenomen in een vertrouwelijke document

Projectplan

Vervolg
Lokaal Behandelteam

Leudal-Nederweert-Weert
mei 2022 t/m april 2023

Inhoudsopgave

Inhoud

| | |
|--|----|
| Inhoudsopgave | 5 |
| Inleiding | 6 |
| 1. Doelstelling | 6 |
| 2. Inhoud pilot Lokaal Behandelteam | 7 |
| 3. Relatie andere ontwikkelingen | 11 |
| 4. Verbindingen andere partijen met een toegangstaak | 11 |
| 5. Ervaringen delen en inspireren (communicatie) | 11 |
| 6. Projectstructuur | 12 |
| 7. Financieel kader | 12 |
| 8. Monitoring | 14 |
| 9. Risico's | 14 |
| 10. Activiteiten | 15 |
| Bijlage 1 Lopende ontwikkelingen in de jeugdhulp naast het Lokaal Behandelteam | 17 |
| Bijlage 2 De begroting | 19 |
| Bijlage 3 Matrix Monitoring Pilot Lokaal Behandelteam | 20 |
| Bijlage 4 Evaluatie Lokaal Behandel Team MLW | 22 |

Inleiding

Binnen de transformatie van de jeugdhulp is in oktober 2020 in Leudal, Nederweert en Weert een pilot Lokaal Behandelteam² gestart (hierna te noemen behandelteam). Een team dat in nauwe samenwerking met het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) integraal, snel en effectief aan de slag gaat met het verlenen van zorg aan jeugdigen en hun gezin. Het CJG blijft de basis voor de ambulante jeugdhulp. Het behandelteam is aanvullend en ondersteunend.

De pilot loopt inmiddels 15 maanden. De werkwijze is volop in ontwikkeling. Zoals is gebleken uit de evaluatie na 15 maanden behandelteam zijn er positieve ervaringen op casusniveau. Echter kunnen we nog geen definitieve conclusies trekken. Vanuit alle partijen is er de wens uitgesproken om door te gaan in 2022. In dit projectplan zijn de ambitie en doelen nogmaals beschreven, zijn zaken aan de huidige ontwikkelingen aangepast en wordt het vervolg beschreven.

1. Doelstelling

Ambitie

De ambitie is dat gezinnen direct passende hulp krijgen en hierdoor beter geholpen zijn waardoor zij zo snel mogelijk op eigen kracht (of met zo min mogelijk ondersteuning) weer verder kunnen.

Doelen

Het CJG blijft de basis van de jeugdhulp en werkt nauw samen met de specialisten van het behandelteam:

- Het behandelteam levert consultatie aan het CJG en denkt mee in casuïstiek;
- Het behandelteam gaat, na integrale afstemming, direct aan de slag en verleent efficiënte zorg;
- Het behandelteam levert cliëntgerichte zorg voor jeugdigen en hun gezin met een persoonlijke aanpak op maat die uitgaat van de kracht en de vraag van het gezin;
- Het behandelteam realiseert samen met het CJG een lokale aanpak; zorg dichtbij en daar waar nodig. De krachten van het informele netwerk, de basisvoorzieningen en de aanvullende zorg worden gebundeld en op elkaar afgestemd (naadloos samenwerken, elkaar betrekken);
- Het behandelteam realiseert duurzame oplossingen waarbij we de jeugdigen zien in de context van het gezin en hun omgeving en de ontwikkelingsfase die zij doormaken. Hierbij wordt ook ingezet op het voorkomen van uithuisplaatsingen.

Leidende principes

- Hulp zo kort en licht als mogelijk, zo lang en intensief als nodig;
- Klant staat centraal: klant maakt eigen plan en plan is leidend;
- Normaliseren in plaats van problematiseren;
- Gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid (ook financieel);
- Gezamenlijk dezelfde houding, gedrag, taal en toon;
- Hulp dichtbij en gebiedsgericht;
- Integraal werken;
- Zo regelarm mogelijk werken.

² Het Lokaal Behandelteam bestaat uit behandelaren vanuit de 7 zorgaanbieders, waar vanuit het CJG het meest naar wordt doorverwezen voor gespecialiseerde jeugdhulp: Koraal, METggz, Mutsaersstichting, PGZ, PSW, Rubicon Jeugdzorg, Vincent van Gogh

Beoogde effecten

Wanneer gezinnen beter en sneller geholpen worden dan heeft dat in de eerste plaats een positief effect voor deze gezinnen. Er is minder stress, kinderen ontwikkelen zich beter en het vertrouwen in eigen kracht en vaardigheden neemt toe.

Daarnaast verwachten we de volgende effecten:

- Minder instroom in de gespecialiseerde jeugdhulp;
- Daardoor minder lange wachtlijsten en daardoor minder toename van de problematiek;
- Kortere zorgpaden;
- Minder onderlinge doorverwijzingen binnen de gespecialiseerde jeugdhulp;
- Door de intensieve samenwerking met het CJG worden de mogelijkheden van het voorliggend veld groter (eigen inzet CJG en inzet andere organisaties);
- Minder jeugdigen gaan naar een verblijfsfunctie;
- Professionals ervaren meer ruimte om te doen wat nodig is (minder bureaucratie, kortere lijnen en snellere hulp/meer tijd en aandacht (uren) mogen besteden aan een gezin dan via de reguliere weg).

2. Inhoud pilot Lokaal Behandelteam

De pilot tot nu toe

In 2021 is er gekozen voor 2 teams: een team Nederweert/Weert en een team Leudal. Deze zijn gekoppeld aan dezelfde gemeenteteams van het CJG. Inzet van het behandelteam gebeurt op initiatief van het CJG en is gericht op advies, consultatie of behandeling. In de praktijk is met name advies en consultatie ingezet.

Verder van mei 2022 tot en met april 2023

Uit de evaluatie (bijlage 4) blijkt dat alle partijen door willen met het behandelteam, maar dat het volume aan cases omhoog moet. Door meer volume kun je beter meten en wordt meer ervaring opgedaan met de mogelijkheden én de grenzen van het behandelteam.

Wat gaan we anders doen?

Onderstaande onderwerpen worden binnen dit projectplan nader toegelicht.

- Financiering vooraf van 7fte behandelaren. Dit heeft als grote voordeel dat de mensen ook echt hun tijd kunnen besteden aan de cases binnen het behandelteam;
- Onderscheid in advies, consultatie en verschillende producten voor behandeling laten we los. Er wordt gekeken wat het gezin nodig heeft en dit wordt niet vooraf (per definitie) gegoten in specifieke producten, zodat echt maatwerk geleverd kan worden. Om te kunnen monitoren wordt er wel een grove indeling van de dienstverlening gemaakt (zie verder hoofdstuk monitoring). Er wordt een plan op maat gemaakt en gedaan wat nodig is. In de verslaglegging wordt duidelijk hoe intensief en hoe lang een behandelaar betrokken was. Deze informatie wordt ook gebruikt bij de managementinformatie voor monitoring;
- Dossievoering in (een afgescheiden deel van) het systeem van CJG draagt bij aan een optimale afstemming en samenwerking. Ook de managementrapportage kan dan gemakkelijker worden gemaakt.

- Regiebehandeling³ wordt gerealiseerd binnen het behandelteam in plaats van bij de vijf aangesloten “moederorganisaties”;
- Het behandelteam wordt betrokken bij het intake- en ambulante team van het CJG. Hierbij wordt er in gezamenlijkheid bekeken en besloten welke ondersteuning het gezin nodig heeft/het meest helpend is. Wanneer het behandelteam betrokken wordt dan is dit zoveel mogelijk in samenwerking met het CJG. Uitgangspunt van de inzet van het behandelteam is dat deze aanvullend is en zo lang als nodig, maar zo kort als mogelijk duurt.
- Met de Gecertificeerde Instellingen wordt verkend of casuïstiek van hen ook door het behandelteam kan worden opgepakt.

Voor het vervolg van het behandelteam geldt dat bovenstaande en andere thema’s uitgewerkt dienen te worden. Overigens geldt ook dat niet alles aan de voorkant uitgewerkt kan worden en dit heeft zeker ook niet de voorkeur.

Positionering en afstemming en verbinding met het CJG

Het afgelopen jaar heeft helder gemaakt dat zowel de samenstelling van het team tijd en energie vraagt, maar dat dit ook geldt voor de verbinding met het CJG. Ondanks de welwillendheid is dit geen vanzelfsprekendheid. Een aantal factoren blijkt helpend te zijn in de samenwerking tussen CJG en behandelteam en dan ook noodzakelijk voor de looptijd van de pilot:

- Het behandelteam wordt structureel onderdeel van de werkwijze van het CJG. Denk hierbij aan het aansluiten bij overleggen en het aanwezig zijn op locatie;
- Om jeugd en gezinswerkers de stap naar het behandelteam te laten zetten vraagt dit intern ondersteuning en aansturing. Deze dient structureel van aard te zijn. Het heeft sterk de voorkeur dat er vanuit het CJG een aantal medewerkers ‘aandachtsfunctionaris’ is voor het behandelteam. Te denken valt hierbij aan zowel medewerkers vanuit het ondersteuningsteam als jeugd en gezinswerkers;
- Onderzocht kan worden of het meerwaarde heeft om de gedragswetenschappers van het CJG onderdeel van het behandelteam te laten zijn.

Samenstelling teams

Op dit moment bestaat het behandelteam uit medewerkers van de 7 betrokken zorgaanbieders. Hun specialisme is divers en vult elkaar aan. Gezien de ervaringen die er nu zijn, heeft het de voorkeur om met dezelfde mensen verder te gaan: zij kennen elkaar en elkaars (on)mogelijkheden en hebben inmiddels ook organisatie-overstijgend samengewerkt. Mochten er mensen uitstromen en er volgt nieuwe instroom dan heeft het de voorkeur om per team te bekijken waar vanuit de instroom in casuïstiek behoefte is en vandaar uit nieuw specialisme in te voegen.

Aangezien de teams meer inzet gaan plegen is uitbreiding van uren van de medewerkers in het behandelteam noodzakelijk. Deze uren worden dan ingezet voor zowel advies, consultatie en behandeling.

Wanneer medewerkers meer uren verbonden worden aan het behandelteam dan roept dit vanzelfsprekend vragen op rondom verbinding houden met je eigen organisatie, efficiënt werken (denk hierbij aan verschillende locaties, dubbele overleggen), verdelen van taken tussen behandelteam en de eigen organisatie, de positie van de medewerker binnen de eigen organisatie

³ Binnen de GGZ is de regiebehandelaar de zorgverlener die de regie voert over het hele zorgproces. De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar liggen vast in het landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

enz. Dit vraagt flexibiliteit van de medewerker en steun van de eigen organisatie om dit zo optimaal en min mogelijk belastend te laten verlopen. Dit is een bespreekpunt met de organisaties.

Voor de langere termijn komen hier ook zaken als het behoud van specialisme, beroepsregistratie e.d. bij. Deze zijn echter nog niet van toepassing voor de duur van de pilot.

Het behandelteam krijgt een capaciteit van in totaal 7 fte. De uren worden naar rato van huidige levering van zorg door de deelnemende aanbieders ingevuld. Een medewerker is minimaal 12 uur per week beschikbaar, meer is wenselijk.

Locatie

Momenteel overlegt het behandelteam digitaal en stemt zij af met de jeugd- en gezinswerkers hoe vorm te geven aan de hulpverlening binnen het gezin. Als behandelteam hebben we ruimte bij de locaties van METggz om elkaar te treffen. In de toekomst zal enerzijds het digitale werken blijven en anderzijds hebben we gemerkt dat elkaar zien en spreken een voorwaarde is voor een goede samenwerking. We zetten in op hybride werkvormen, digitaal waar mogelijk of noodzakelijk samen met fysieke ontmoetingen.

Dit vraagt flexibiliteit van de medewerkers binnen het behandelteam. Ze zullen zowel op de locatie van hun moederorganisatie als bij het CJG als bij METggz aan het werk zijn. Het is van belang om hier samen een prettige en efficiënte weg in te vinden.

Regieverantwoordelijkheid

Wanneer een behandelaar een behandeling uitvoert vanuit de specialistische GGZ dan is een regieverantwoordelijke noodzakelijk op basis van het landelijk GGZ-statuuut. Op dit moment vindt behandeling vanuit het behandelteam plaats op basis van een toekenning en hebben de zeven zorgaanbieders zelf geregeld hoe zij en de medewerkers hieraan invulling geven.

Bij de consultatiefunctie blijft de regie bij het CJG en worden er per casus afspraken gemaakt rondom de inzet van het behandelteam. Bij deze casuïstiek is er dan ook geen regieverantwoordelijke zoals binnen de GGZ betrokken.

Het is van belang dat regieverantwoordelijkheid geborgd is en het heeft de voorkeur om dit in het behandelteam zelf te regelen. Hierbij valt te denken aan 1-2 vaste regieverantwoordelijken binnen elk team. Dit vraagt zowel van de behandelaar als de regieverantwoordelijke vertrouwen in elkaar.

Dossiervoering: in CJG-systeem

Op dit moment zijn er uitgangspunten rondom dossiervoering en wordt hierin bij elke casus afgesproken wat hierin de specifieke afspraken zijn. Bij inzet op basis van consultatie blijft de regie- en dossiervoering bij het CJG en bij inzet van behandeling (met toekenning) ligt deze over het algemeen bij de medewerker van het behandelteam en diens moederorganisatie.

Het heeft voorkeur dat de medewerkers van het behandelteam dossier kunnen voeren in het systeem van het CJG. Dit draagt bij aan een optimale afstemming en samenwerking. Tevens is managementinformatie dan veel gemakkelijker te ontsluiten.

Dit vraagt mogelijke aanpassingen van het systeem, afspraken inzake autorisatie, instructie van medewerkers in een nieuw systeem.

Wachtlijsten

Alle organisaties hebben te maken met wachtlijsten. Het is van belang om onderling goede afspraken te maken over de afweging om een client regulier door te verwijzen (en deze mogelijk op de wachtlijst komt) of de casus door te verwijzen naar het behandelteam en de client waarschijnlijk direct geholpen wordt. Tevens kan er hierbij gekeken worden naar overbruggingszorg en het behandelteam.

Crisis buiten kantoortijd

In geval van crisis in een gezin zal, daar waar mogelijk, de betrokken behandelaar van het behandelteam dit samen met de jeugd- en gezinswerker oppakken. Niet alle crises vinden echter plaats binnen kantoortijd. Buiten kantoortijd wordt de crisis opgepakt door het Integraal Crisissteam, zoals dat bij elke crisis het geval is.

Klachtenafhandeling

Ook binnen een behandelteam kan het gebeuren dat cliënten niet tevreden zijn over de bejegening van medewerkers of de inzet van de hulp. Wanneer een client een klacht indient dan is het eerste uitgangspunt dat de projectleider samen met de medewerker(s) en client in gesprek gaat. Mocht deze inzet niet voldoende zijn dan zijn er twee opties:

- Als de klacht betrekking heeft op de bejegening of het functioneren van de medewerker van het behandelteam dan zal de leidinggevende van de moederorganisatie betrokken worden bij de klachtenafhandeling. Afhankelijk van de werkwijze/klachtenprocedure van de betreffende organisatie wordt de klacht afgehandeld.
- Als de klacht betrekking heeft op de ingezette hulpverlening dan kan er door de client schriftelijk een klacht ingediend worden bij een onafhankelijke klachtencommissie.

Cliënten hebben daarnaast altijd de mogelijkheid om via het SKJ of BIG een klacht in te dienen: alle medewerkers binnen het behandelteam zijn hierbij aangesloten. Mocht dit gebeuren dan zal er in afstemming met medewerker, diens leidinggevende en projectleider bekeken worden hoe de medewerker hier ook vanuit het behandelteam in ondersteund kan worden. Uitgangspunt is dat de medewerker zowel vanuit de eigen organisatie als het behandelteam gesteund wordt.

Cliënten hebben altijd de mogelijkheid om onafhankelijk ondersteuning te krijgen bij vragen of klachten vanuit het AKJ.

Ondersteuning behandelteam

Het afgelopen jaar was er een projectleider verbonden aan het behandelteam. De inzet van de projectleider was gericht op het vormgeven van het behandelteam, afstemming tussen alle betrokken partijen en ondersteuning van deze teams.

Het is noodzakelijk om deze inzet voort te zetten. De ontwikkeling vraagt om ondersteuning en aansturing van de teams, uitwerking en implementatie van de ontwikkeling en afstemming met alle relevante partijen. Door te werken met een projectleider vindt er verbinding tussen alle lagen plaats.

Ook dient er (naast de ondersteuning op procesniveau) op inhoud aansturing plaats te vinden. Dit heeft betrekking op het mede vormgeven van de casuïstiekbesprekingen, dossiervoering, plannen van aanpak enz. Het is een optie dat (een van) de regieverantwoordelijken die verbonden is/zijn aan het behandelteam hierin deze positie krijgen.

Ingang nieuwe werkwijze

Uitgangspunt is dat per 1 mei 2022 van start wordt gegaan met deze nieuwe werkwijze. Ter overbrugging wordt de huidige werkwijze voortgezet en daar waar mogelijk uitgebreid/aangepast, vooruitlopend op de inzet vanaf mei 2022 tot en met april 2023.

3. Relatie andere ontwikkelingen

Relatie lopende ontwikkelingen

Er zijn diverse andere ontwikkelingen in de regio MLW of met een grotere schaalgrootte die “aanschuren” tegen de inhoud van de pilot. Het betreft: de formatie-uitbreiding van het CJG als pilot, de inzet van het CJG bij huisartsen, het expertteam, het expertisecentrum, de verwerving van segment 1 (behandeling met verblijf), de jeugdzorgPlus en de MDA++ methodiek. Lopende het jaar zal steeds gekeken worden welke rol het behandelteam kan hebben in deze ontwikkelingen of welk effect vanuit het behandelteam gezien wordt met betrekking tot andere ontwikkelingen. In bijlage 1 worden alle ontwikkelingen op hoofdlijnen beschreven.

Relatie landelijke hervormingsagenda

Gemeenten zijn vanaf 2019 intensief in gesprek met de rijksoverheid om te komen tot een kwalitatief hoogwaardig en financieel houdbaar stelsel van jeugdhulp. In 2021 is er een arbitrageprocedure ingezet, de uitkomst was helder: het rijk dient gemeenten te compenseren voor de feitelijke kosten van de jeugdhulp en rijk en gemeenten dienen gezamenlijk een hervormingsagenda op te stellen. De volgende thema's staan opgenomen in de hervormingsagenda: (1) Reikwijdte en preventie, (2) Toegang, (3) Kwaliteit, (4) Kennis en leren, (5) Regionalisering, (6) Inkoop en administratieve lasten, (7) Financieel bestuurlijke verhoudingen, (8) Data en monitoring. De pilot Lokaal behandelteam past naadloos in de hervormingsagenda, de pilot levert een bijdrage aan kwaliteitsverbetering van de toegang, het lerend vermogen in de regio, vermindering administratieve lasten en vermindering kosten.

4. Verbindingen andere partijen met een toegangstaak

Verbindingen binnen de pilot (dit zal in gedurende de pilot worden opgepakt):

- Met de Gecertificeerde Instellingen bespreken of een beperkt deel van hun casuïstiek ook door het behandelteam kan worden opgepakt. Dit om te verkennen of deze werkwijze meerwaarde kan hebben binnen het gedwongen kader.
- Een aantal huisartsenpraktijken verbinden aan het behandelteam om te verkennen of dat invloed heeft op het soort en aantal verwijzingen vanuit de huisartsen.

5. Ervaringen delen en inspireren (communicatie)

Meerdere gemeenten en partners in de regio hebben aangegeven de ontwikkelingen van de pilot te willen volgen. Tevens willen we organisaties ook meenemen in de nieuwe ontwikkelingen en de bijbehorende visie verder uitdragen. Om dit te bereiken kunnen diverse kanalen gebruikt worden gedurende de pilot om hier invulling aan te geven. Te denken valt aan:

- Opname in de nieuwsbrief Sociaal Domein MLW;
- Persbericht;
- Artikel in lokale kranten met interview met een gezin;
- Bespreken in bestaande overleggen met de gemeenten van Midden-Limburg Oost (MLO);
- Website sociaal domein MLW.

6. Projectstructuur

Opdrachtgever - opdrachtnemer

De pilot Lokaal behandelteam Leudal, Nederweert en Weert is onderdeel van de reguliere samenwerkingsstructuur van Midden-Limburg West. Deze ziet er als volgt uit:

Bestuurlijke verantwoordelijkheid - opdrachtgeverschap

- De drie colleges in Midden-Limburg West zijn bestuurlijk eindverantwoordelijk;
- De stuurgroep sociaal domein Midden-Limburg West is bestuurlijk opdrachtgever voor beleidsontwikkelingen zoals de pilot lokaal behandelteam. Zij stellen vooraf de kaders, beoordelen het projectplan voor vaststelling door de colleges, ze monitoren op beoogde resultaten en sturen het verloop van de pilot bij.

Ambtelijk opdrachtnemerschap

- De leden van de regiegroep sociaal domein Midden-Limburg West zijn opdrachtnemer van de stuurgroep en dragen zorg voor de gezamenlijke capaciteit met een regionale functie;
- Het beleidsteam Jeugd Midden-Limburg West is ambtelijk opdrachtnemer in uitvoerende zin. Het beleidsteam organiseert de pilot, draagt zorg voor de uitvoering en de monitoring;
- De projectleider werkt onder verantwoordelijkheid van het beleidsteam en geeft uitvoering aan de pilot;
- In de matrix van activiteiten (hfst. 10, pag 12) staat opgenomen welke activiteiten uitgevoerd worden door het beleidsteam, de projectleider of een combinatie.

7. Financieel kader

De incidentele projectkosten

De incidentele projectkosten zullen door de drie gemeenten bekostigd worden uit het Vernieuwingsfonds Sociaal Domein Midden-Limburg West. De incidentele projectkosten bestaan uit:

- Projectleiderskosten;
- Kosten voor bouwen en gebruik van het registratiesysteem;
- Werkbudget (bijvoorbeeld voor organisatie van inspiratie bijeenkomsten);
- Huisvesting.

De begroting is opgenomen als bijlage 2.

Verwachte effecten

We verwachten dat deze werkwijze naast verbetering van kwaliteit op langere termijn ook een financieel voordeel kan opleveren. Dit zal echter binnen de duur van de pilot naar verwachting nog niet zichtbaar zijn.

1. Minder instroom gespecialiseerde jeugdhulp:

- Door de intensieve samenwerking tussen het behandelteam en het CJG worden de mogelijkheden van het CJG groter en worden meer jeugdigen in het voorliggend veld (CJG of andere organisaties) geholpen.
- Regelmatig komen er vragen rondom diagnostiek of een second opinion van diagnostiek. Er ligt dan vanuit het gezin en/of school een expliciete wens voor een doorverwijzing naar een GGZ-instelling met de specifieke vraag om diagnostiek, terwijl dit niet de onderliggende vraag lijkt te zijn. Door het behandelteam te betrekken, wordt ggz-expertise ingezet, zonder dat dit altijd leidt tot een volledig traject.

2. Minder onderlinge doorverwijzingen binnen de gespecialiseerde jeugdhulp.
Er zijn gezinnen waarbij de problematiek niet ondergebracht kan worden binnen 1 instelling. Dit heeft als gevolg dat een gezin eerst bij instelling A de volledige procedure van triage, screening, intake en mogelijk behandeling doorloopt en vervolgens voor aanvullende problematiek hetzelfde proces bij instelling B doorlopen dient te worden. Dit leidt niet alleen tot minder motivatie en effectiviteit maar ook tot hogere kosten omdat trajecten dubbel gelopen worden. Binnen het behandelteam wordt de client niet doorverwezen maar wordt de benodigde expertise toegevoegd en vinden er geen dubbelingen plaats.

De verschuiving van kosten voor de jeugdhulp

Momenteel wordt de inzet van medewerkers van het behandelteam enerzijds bekostigd door de zorgaanbieders zelf (deelname overleggen) en anderzijds door de gemeente (wanneer er bij casuïstiek inzet is middels consultatie (declaratie bij de gemeente)) of behandeling (door een toekenning van het CJG).

Wanneer de huidige medewerkers voor een deel van hun contract verbonden blijven aan het behandelteam dan betekent dit in totaal 7,1 fte (gezamenlijk 254 uur) per week onderdeel zijn van het behandelteam. De vraag ligt bij de gemeenten om deze 7,1 fte vooraf te financieren.

Uitwerking financieel kader

Het financieel kader zal nader uitgewerkt worden:

- De kosten van de 7,1 fte overeenkomen met de aanbieders;
- Inzicht krijgen in de huidige caseload van deze 7,1 fte (om een vergelijking te kunnen maken met de realisatie van deze pilot);
- De administratie inrichten waarbij de inzet van deze 7,1 fte achteraf verantwoord wordt;
- De administratie inrichten waarbij de verwachte opbrengsten gemonitord kunnen worden.

8. Monitoring

Ambitie

De ambitie is dat gezinnen direct passende hulp krijgen en hierdoor beter geholpen zijn waardoor zij zo snel mogelijk op eigen kracht (of met zo min mogelijk ondersteuning) weer verder kunnen.

Onderzoeksvragen

- a. Wat is de betekenis van deze werkwijze voor jeugdigen en hun gezin?
- b. Wat levert de samenwerking op tussen de lokale basisteams van het CJG-ML en de specialistische teams voor de inwoners?
- c. Wat levert de samenwerking op tussen de lokale basisteams van het CJG-ML en de specialistische teams voor de teamleden zelf?
- d. Wat is de betekenis van deze werkwijze voor de kostenefficiëntie van zorg?
- e. Zijn er grenzen aan de uitvoering van functies van het specialistische team en waar zitten nog kansen en mogelijkheden?
- f. Wat is de betekenis voor de werkers van de gespecialiseerde teams om als specialist aanvullend op de basis jeugdhulp te werken?
- g. Welke administratieve vereenvoudigingen kunnen we doorvoeren met deze werkwijze?

Monitoring vindt op een drietal wijze plaats:

- Managementinformatie (vertaald in een rapportage) vanuit het registratiesysteem van het behandelteam (3x in de periode maart 2022-april 2023). Er wordt een format gemaakt voor de rapportage;
- Digitale enquête voor medewerkers van het behandelteam, CJG en ouders/jeugdigen (3x in de periode maart 2022-april 2023);
- Halfjaarlijks verdiepend mondeling gesprek met medewerkers behandelteam en CJG.

In de bijlage 3 is een matrix opgenomen met daarin opgenomen op welke wijze antwoord verkregen wordt op de kwalitatieve onderzoeksvragen.

9. Risico's

- Medewerkers van het CJG weten de weg naar het behandelteam onvoldoende te vinden, waardoor er financiële risico's kunnen optreden (en waarmee de geraamde besparing niet wordt behaald). Hierover worden met het CJG resultaat afspraken gemaakt en de werkprocessen worden hierop ingericht.
- De verwachting is dat de eerste positieve resultaten ook in de komende fase overeind zullen blijven en nog beter onderbouwd worden. Hoe kunnen we deze werkwijze met aanbieders structureel invoeren binnen de kaders van bestaande wet- en regelgeving en de inhoud "overeind" houden? Hierover gaan we gedurende de pilot het gesprek voeren (intern en extern).
- Met deze pilot wordt bureaucratie verminderd, hoe kunnen we dit "vasthouden"? Ervaring leert dat we tijdens een pilot een beperkte administratie gedogen, op het moment dat werkwijzen structureel worden is de druk op grip, controle, juridische zekerheden groot en leiden dan vaak alsnog tot bureaucratie.

10. Activiteiten

| | Wat doen we aan voorbereiding | Wie | Looptijd |
|-----|--|--|-----------------|
| | Besluitvorming | | |
| 1. | Juridische toets op projectplan | Beleid (TvD) | Q2 |
| 2. | Besluitvorming colleges | Beleid (lokaal) | Q2 |
| | Administratie inrichten (systeem CJG) | | |
| 3. | Inrichting registratiesysteem bepalen | CJG-ML Business-control (AR) Beleid-PL (TvD, LW) | Q1 |
| 4. | Kosten in kaart brengen | CJG-ML | Q1 |
| 5. | Registratiesysteem inrichten | CJG-ML | Q2 |
| | Financieel kader | | |
| 6. | Incidentele kosten in kaart brengen | Beleid (GP) | Q1 |
| 7. | Kosten van 7 fte van de jeugdhulp overeenkomen met de aanbieders | Contractmanagement (JV) Business-control (AR) Beleid (TvD, GP) | Q2 |
| 8. | Verantwoording achteraf van deze 7 fte inrichten | Business-control (AR) Beleid (TvD, GP) | Q2 en Q3 |
| 9. | Begroting opstellen | Contractmanagement (JV) Business-control (AR) Beleid (TvD, GP) | Q1 |
| | Inhoudelijke werkprocessen regelen | | |
| 10. | Resultaatafspraken met CJG over instroom | Beleid- PL (GP, TvD) CJG | Q2 |
| 11. | Klachtenafhandeling | Beleid-PL (TvD, LW) aanbieders | Q2 |
| 12. | Regieverantwoordelijkheid regelen | PL (LW) aanbieders | Q1 |
| 13. | Positie medewerkers bespreken | PL (LW) aanbieders | doorlopend |
| 14. | Uitwerken werkprocessen | PL (LW) en team | Q1 en Q2 |
| 15. | Werkproces instroom casuïstiek | PL (LW) en CJG | Q1 en Q2 |
| | Monitoren - voorbereiding | | |
| 16. | Invulling monitoring zoals opgenomen in bijlage 3 aanvullen en definitief maken. Inclusief format managementinformatie waarmee de beoogde bezuiniging gemonitord kan worden. | Contractmanagement (JV) Business-control (AR) Beleid (TvD, GP) | Q2 |
| 17. | Vorbereiding van alle vormen van monitoring (format managementinformatie-enquêtes | Beleid (TvD) Business-control (AR) | Q2 |
| | Communicatie | | |
| 18. | Communiqués opstellen voor intern gebruik – pers – netwerk van aanbieders – nieuwsbrieven en de verschillende toegangen | Communicatieadviseur (PV) Beleid (TvD) | Q2 |

| | Wat doen we aan uitvoering | Wie | Looptijd |
|----|--|--|-------------------------|
| 1. | Inhoudelijke uitvoering aan de pilot conform "oude systematiek" | Projectleider (LW) Het behandelteam CJG | Q1 |
| 2. | Inhoudelijke uitvoering aan de pilot conform "nieuwe systematiek" | Projectleider (LW) Het behandelteam CJG | Vanaf 05 doorlopend |
| 3. | Aansluiting zoeken bij de gecertificeerde instelling, BJZ met de vraag: welke betekenis kan het behandelteam hebben bij de casuïstiek van BJZ? | Projectleider (LW) Het behandelteam | Nader bepalen |
| 4. | Aansluiting zoeken bij de enkele huisartsenpraktijken met de vraag: welke betekenis kan het behandelteam hebben bij de casuïstiek van BJZ? | Projectleider (LW) Het behandelteam Beleid (TvD) en/of CJG | Nader bepalen |
| 5. | Monitoring, rapportages opstellen op basis Deel 1: managementinformatie Deel 2: Enquêtes | CJG Business-control (AR) Beleid (TvD, GP) Projectleider (LW) | 09-22 01-23 06-23 |
| 6. | Monitoring, verdiepende gesprekken | CJG behandelteam Beleid (TvD) Projectleider (LW) | 09-22 03-23 |
| 7. | Eindrapportage opstellen | Beleid (TvD, GP) | 05-23 |
| 8. | Slimme verbindingen maken bij lopende ontwikkelingen | CJG behandelteam Beleid (TvD, GP) Projectleider (LW) | Lopende de pilot |

Bijlage 1 Lopende ontwikkelingen in de jeugdhulp naast het Lokaal Behandelteam

| Onderwerp | Doelgroep | Schaal | Betrokken | Ambitie e/o ontwikkelingen | Stand van zaken |
|---|--|---------|--------------------------------------|--|--|
| Uitbreiding formatie CJG | Alle jeugdigen (gezinnen) met een ondersteuningsvraag | MLW | CJG-ML | CJG-ML krijgt tijdelijk extra middelen om meer eerste lijn jeugdhulp te realiseren en minder verwijzingen | Pilot wordt geëvalueerd |
| Inzet van CJG bij huisartsen | idem | MLW | CJG-ML | Door CJG medewerkers in te zetten bij de huisarts wordt de huisarts ondersteund en zullen verwijzingen verminderd en gericht | Pilot wordt geëvalueerd |
| Lokaal behandelteam | Gezinnen met ondersteuningsvraag aan CJG | ML-West | CJG-ML 7 aanbieders | Betere aansluiting tussen 1 ^e en 2 ^e lijn (CJG en de aanbieders) Verbetering van de samenwerking waardoor de kwaliteit van jeugdhulp toeneemt. Kernwoorden: maatwerk, integraal, lokale aanpak, duurzaam en voorkomen uithuisplaatsingen | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie recent afgerond • Vervolgaanpak voor 2022 gereed in februari • Stip aan de horizon voor 2023 e.v. nog niet bepaald |
| Expertteam | Richting geven aan vastgelopen problematiek | ML | 8 aanbieders CJG-ML | Ontwikkeling qua inhoud, van 2 naar 4 taken | <ul style="list-style-type: none"> • Plan voor ontwikkeling in 2022 is gereed • Nieuwe voorzitter inwerken |
| Expertise-centrum | Jeugdigen met complexe, meervoudig en weinig voorkomende problemen | Limburg | | <ul style="list-style-type: none"> • Bestaande structuren versterken, in het bijzonder de 3 expertteams • Netwerk ontwikkeling • Ontwikkeling beleidskaders | <ul style="list-style-type: none"> • Huidige taakstelling onvoldoende duidelijk, zal in 2022 richting krijgen |
| Nog in te richten toegang in het kader van segment 1 (verblijf) | Gezinnen met problemen op meerdere gebieden waarbij sprake is van | NML | CJG-ML BJZ – WSG 11 aanbieders | <ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe “verwerving” per 2023 • Ombuiging verblijf naar ambulante • Integrale aanpak op gezinsniveau • Samenwerkende aanbieders | <ul style="list-style-type: none"> • Inzet van alternatieve ambulante trajecten komen moeizaam op gang • Voorbereiding zal in 2022 plaats vinden |

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------|--------------------------------------|--|---|
| | een vraag voor verblijf of alternatief | | | <ul style="list-style-type: none"> • Bestaande toegang uitbreiden met expertise aanbieders, vorm nog onbekend • Ontwikkeling nieuwe (hybride) vormen en andere focus | <ul style="list-style-type: none"> • Terugkerend signaal: visie verschil tussen aanbieders en GI |
| JeugdzorgPlus | Jeugdigen met een gesloten plaatsing vanwege veiligheidsrisico's | NML 3 regio's Brabant | CJG-ML BJZ WSG 2 aanbieders | <ul style="list-style-type: none"> • Ombuiging kleinschaligheid • Voorkomen plaatsingen, o.a. door voorwaardelijke machtiging inzetten i.p.v. plaatsing • Motie 2^e kamer dec 21 om gesloten jeugdzorg af te schaffen | <ul style="list-style-type: none"> • Toename gesloten plaatsingen • Inzet van alternatieve ambulante trajecten komen moeizaam op gang • Transformatie bij aanbieders verschilt |
| MDA++ team (methodiek) (onderdeel beleid geweld hoort nergens thuis) | Gezinnen met problemen op meerdere gebieden | NML | Gemeenten NML | <ul style="list-style-type: none"> • Methodiek is gericht om langdurig te ondersteunen bij multiprobleem gezinnen. • Er wordt een kwartiermaker aangesteld om draagvlak en de juiste vorm te onderzoeken | |

Bijlage 2 De begroting

Incidentele projectkosten

| | |
|-------------------------------|----------|
| Projectleider | € 53.000 |
| Registratiesysteem inrichting | € 7.548 |
| Registratiesysteem gebruik | € 15.924 |
| Werkbudget | € 5.000 |
| Kantoorruimte | € 2.000 |
| Totaal | € 83.472 |

Kosten 7,1 behandelaren

| | |
|----------------------------------|-----------|
| 2,67 fte behandelaar categorie 1 | € 256.320 |
| 2,72 fte behandelaar categorie 2 | € 292.400 |
| 1,67 fte behandelaar categorie 3 | € 208.750 |
| Totaal | € 757.470 |

Bijlage 3 Matrix Monitoring Pilot Lokaal Behandelteam

Monitoring lokaal behandelteam

Onderzoeksvragen

- a Wat is de betekenis van deze werkwijze voor jeugdigen en hun gezin?
- b Wat levert de samenwerking op tussen de lokale basisteams van het CJG-ML en de specialistische teams voor de inwoners?
- c Wat levert de samenwerking op tussen de lokale basisteams van het CJG-ML en de specialistische teams voor de teamleden zelf?
- d Wat is de betekenis van deze werkwijze voor de kostenefficiëntie van zorg?
- e Zijn er grenzen aan de uitvoering van functies van het specialistische team en waar zitten nog kansen en mogelijkheden?
- f Wat is de betekenis voor de werkers van de gespecialiseerde teams om als specialist aanvullend op de basis jeugdhulp te werken?
- g Welke administratieve vereenvoudigingen we kunnen doorvoeren met deze werkwijze?

| | | dossier | enquête behandelaren | enquête cjk | enquête ouders/jeugd |
|---|---|---------|-------------------------|----------------|-------------------------|
| 1 | Aantal casussen | d | | | |
| 2 | Kenmerken client (BSN) | d | | | |
| 3 | Duur casus (hoe lang en frequentie) | b, d | | | |
| 4 | Wat is ingezet (systemisch, individueel, onderwijs) | a | | | |
| 5 | Vervolg (afsluiten, CJG gaat verder, verwijzen) | a, b, d | | | |
| 6 | Wat is de meerwaarde geweest van inzet behandelteam in vergelijking met de reguliere weg? | b, d | | | |
| 7 | Combinatie van betrokken organisaties binnen het behandelteam | a, c | | | |
| | | | | | |
| 8 | Wat is de meerwaarde geweest van inzet behandelteam in vergelijking met de reguliere weg? | | a, b, c, d, f | a, b, c, d | |
| 9 | Welke kanttekeningen kun je maken? | | e, f | e | |

| | | | | | |
|----|---|--|---------|------|------|
| 10 | Hoe ervaar je de samenwerking binnen het behandelteam? | | c | | |
| | Wat levert het op voor de cliënt? | | a | | |
| 11 | Wat voegt de inzet van het Lokaal Behandelteam toe voor de uitvoering van jouw werk? | | | b, c | |
| | Wat levert het op voor de cliënt? | | | a | |
| 12 | Zijn er cases niet opgepakt door het behandelteam, omdat de expertise ontbrak? | | e | | |
| 13 | Welke expertise past niet in het behandelteam/ wat zijn de grenzen van het behandelteam, volgens jou? En waarom? Waar zie je mogelijkheden? | | e | | |
| 14 | Hoe ervaar je de samenwerking tussen CJG en behandelteam binnen de pilot? | | b, c, f | b, c | |
| | Tijdens het intake-team/ambulant-team? | | b, c, f | b, c | |
| | In de consultatiefunctie? | | b, c, f | b, c | |
| | In het samen met CJG een traject vormgeven? | | b, c, f | b, c | |
| | Wat levert het op voor de cliënt? | | a, b, f | a, b | |
| 15 | Ervaar je meer verbinding tussen de basisjeugdhulp (van het CJG) en de gespecialiseerde jeugdhulp dan voorheen? Licht toe. | | b, c, f | b, c | |
| 16 | Welke administratieve vereenvoudigingen kunnen het proces verbeteren? | | g | g | |
| 17 | Wil je nog iets kwijt over je ervaringen in en met het lokale behandelteam? | | | | |
| | | | | | |
| 18 | Welk cijfer geef je de hulp/ondersteuning? (Op een schaal van 1 t/m 10) | | | | a |
| 19 | Waar was je tevreden over/blij mee? | | | | a, b |
| 20 | Wat kan beter? | | | | a, b |
| 21 | Wil je nog iets kwijt? | | | | |
| 22 | Mogen we je bellen voor aanvullende vragen? | | | | |

Bijlage 4 Evaluatie Lokaal Behandel Team MLW

December 2021

Sinds eind 2020 zijn we in Midden Limburg West gestart met het Lokale Behandelteam (LBT). Een behandelteam in Nederweert/Weert en een in Leudal. Het LBT is gevormd door medewerkers van 7 aanbieders⁴ van gespecialiseerde jeugdhulp en vormen een aanvulling op de hulpverlening van het CJG. Het LBT wordt gevormd door verschillende specialismen: o.a. systeemtherapeuten, gedragswetenschapper, psychologen en gezinsbehandelaren. Het LBT biedt een brede en multidisciplinaire blik op casuïstiek. De inzet vanuit het LBT kan adviserend van aard zijn, maar de deelnemers van het LBT gaan eveneens consultatief mee naar gezinnen en/of scholen en voeren behandelingen uit.

Gedurende het jaar hebben we meerdere momenten geëvalueerd. Belangrijke thema's hierbij waren de vorming van een team, het creëren van randvoorwaarden, het aansluiten bij de behoeften van het CJG en de instroom van casuïstiek.

Instroom

De totale instroom in 2021 tot november bedraagt 40 zaken, 33 zaken vanuit het CJG en 7 vanuit de zorgaanbieders (met name PGZ en METggz); 24 zaken betreft instroom in team Nederweert/Weert en 16 betreft instroom in team Leudal. Overigens zijn er buiten de overleggen om tussen medewerkers van het LBT en CJG ook de nodige contacten geweest waarbij advies is gevraagd en ook inzet is gepleegd. Als men elkaar kent, weet men elkaar ook te vinden.

Het is duidelijk dat de instroom achter is gebleven bij de verwachtingen voorafgaand de start. Gedurende het jaar hebben er meerdere gesprekken met het CJG hierover plaatsgevonden en is er een aantal acties uitgezet om de instroom te verhogen.

Vanzelfsprekend hebben we ook steeds gezocht naar mogelijke verklaringen voor de beperkte instroom:

- Corona: elkaar niet écht kunnen zien bij een nieuwe samenwerking heeft een negatieve impact.
- Focus van CJG op eigen inzet.
- De twee LBT's zijn vooral in het begin ook zoekende geweest in hun (on)mogelijkheden. Dit heeft in het begin geleid tot inbreng van casuïstiek waarbij het LBT onvoldoende kon betekenen.
- Het LBT lijkt voor het CJG steeds een van de vele opties te zijn die ze hebben in de hulpverlening aan gezinnen.

Gezien de beperkte instroom kunnen er geen harde conclusies getrokken worden over de resultaten van deze nieuwe manier van werken. Toch laat evaluatie binnen het LBT en CJG zien dat de onderzoeksvragen beantwoord kunnen worden. De evaluaties hebben plaatsgevonden in oktober en november 2021 binnen het LBT, binnen het CJG (met een aantal jeugd- en gezinswerkers) en via de jeugd- en gezinswerkers met een aantal gezinnen.

Onderzoeksvragen voor de pilot

- a. Wat is de betekenis van deze werkwijze voor jeugdigen en hun gezin?
- b. Wat levert de samenwerking op tussen de lokale basisteams van het CJG-ML en de specialistische teams voor de inwoners?

⁴ Koraal, METggz, Mutsaersstichting, PGZ, PSW, Rubicon Jeugdzorg, Vincent van Gogh

- c. Wat levert de samenwerking op tussen de lokale basisteams van het CJG-ML en de specialistische teams voor de teamleden zelf?
- d. Wat is de betekenis van deze werkwijze voor de kosten – efficiëntie van zorg?
- e. Zijn er grenzen aan de uitvoering van functies van het specialistische team?
- f. Wat is de betekenis voor de werkers van de gespecialiseerde teams om als specialist aanvullend op de basis jeugdhulp te werken?
- g. Welke administratieve vereenvoudigingen kunnen worden doorgevoerd met deze werkwijze?

Evaluatie vanuit het LBT

- *Onderzoeksvraag a*

We zien het LBT als een aanvulling voor de gezinnen. Er kan met een brede, neutrale en frisse blik meegedacht worden in casuïstiek. Dit biedt cliënten verschillende visies en verschillende mogelijkheden, ze worden serieus genomen in hun vraag/probleem. We kunnen zorg op maat leveren en doordat er korte lijnen zijn wordt dit als efficiënt en effectief ervaren.

- *Onderzoeksvraag b*

Door de advies- en consultatiefunctie van het LBT krijgen gezinnen (snel) de juist hulp zonder dat etikettering/diagnose altijd nodig is. Het gezin en andere betrokken partijen voelen zich gehoord en kunnen sneller weer verder.

Bij de inzet van behandeling is duidelijk dat het gezin op de juiste plek zit en dus ook de juiste hulp krijgt.

- *Onderzoeksvraag c*

Voor de medewerkers van het CJG geldt dat ze zich gesteund voelen in de ondersteuning van het gezin en eigen kennis en expertise uitbreiden. Voor de deelnemers aan het LBT geldt dat zij veel beter zicht hebben op wat collega organisaties te bieden hebben en zij weten elkaar dus ook onderling beter te vinden.

In de samenwerking met het CJG is het van belang om voorafgaand de start met elkaar helder te hebben wat de wederzijds verwachtingen zijn, wie waar verantwoordelijk voor is e.d. De samenwerking verloopt prettig op casusniveau, grootste punt van zorg is de instroom.

- *Onderzoeksvraag d*

Het LBT werkt veel sneller en efficiënter dan een reguliere aanmelding bij een aanbieder. In het LBT wordt een casus ingebracht, er wordt besproken wie hier de juiste expertise voor heeft, die gaat mee naar het gezin en vaak is gespecialiseerde hulp na 2 of 3 gesprekken voldoende en kan het CJG weer verder. Bij een reguliere aanmelding voor jeugdzorg is er een verwijzing, een screening, een intake, een MDO en dan gaat de behandelaar aan de slag. Het gebeurt nog te vaak dat er geen match is tussen hulpvraag en het geboden antwoord. Dan wordt de cliënt verwezen naar elders. Dit is tijdrovend, kostbaar en de cliënt wordt al die tijd niet geholpen.

- *Onderzoeksvraag e*

We merken dat de vragen van het CJG variëren van enkelvoudig tot zeer complex. We zouden graag zien dat er ook in een vroeg stadium aan ons gedacht wordt, denk hierbij aan een gezamenlijk intake, maar ook bij het nog jonge kind. In het merendeel van de casuïstiek kunnen we een bijdrage

Voorbeeldcasus

Ouders melden zich bij CJG. Dochter is seksueel misbruikt door stiefbroer. Er is onrust in het gezin en met dochter gaat het niet goed. CJG brengt dit in bij LBT. Een systeemtherapeut heeft 3 gesprekken met het gezin, waarna die zelf door kunnen. Dochter krijgt individuele behandeling en kan na een aantal sessies ook weer door. Compact, snel en heel doelgericht.

leveren, alleen wanneer er zeer specifieke expertise gevraagd wordt dan hebben we deze niet altijd voorhanden. De samenstelling qua instelling en expertise voelt voor nu als voldoende, of dit ook geldt bij een meer structurele en grotere instroom is nog niet duidelijk.

- *Onderzoeksvraag f*

We ervaren de samenwerking binnen het team als prettig. We hebben elkaar leren kennen, weten elkaar te vinden en hebben door het LBT ook meer kennis van elkaars organisaties en ontwikkelingen hierin. Dit maakt dat we ook buiten de overleggen om lijntjes hebben gelegd. Dit maakt niet dat we er al zijn: we zijn geregeld nog zoekende in hoe om te gaan met wachtlijsten in de eigen organisatie, waar liggen verantwoordelijkheden, wat kunnen wij zelf doen om de instroom te vergroten enz.

Evaluatie vanuit het CJG-ML

- *Onderzoeksvraag a*

Gezinnen vinden het geen probleem om besproken te worden in het LBT. Ze voelen zich heel serieus genomen in hun vraag.

- *Onderzoeksvraag b*

Voor gezinnen is de snelle en gerichte inzet van het LBT heel fijn. Door deze manier van werken worden doelen veel eerder behaald en kan een casus sneller worden afgerond. Andere gezinnen komen daardoor ook weer eerder aan de beurt met hun vraag.

- *Onderzoeksvraag c*

Als het CJG zoekend is naar de juiste hulp, is het heel fijn om samen met een groep experts de route te kunnen bepalen. Hierdoor kun je veel gericht en sneller hulp inzetten. De expertise uit het LBT neemt het CJG ook weer mee in haar hulp aan gezinnen. Samenwerken met het LBT is op basis van gelijkwaardigheid, wat als heel waardevol wordt ervaren, en ook veel laagdrempeliger dan samenwerken met de aanbieders buiten het LBT om. Een aantal CJG-medewerkers geeft aan dat ze het heel fijn vinden dat het LBT een gezin niet overneemt, maar samen met het CJG de hulp biedt die nodig is.

Bij casuïstiek die als minder positief en effectief beoordeeld wordt, zijn de verwachtingen over en weer aan de voorkant niet goed uitgesproken: het spreken van dezelfde taal is hierbij nog geen vanzelfsprekendheid.

- *Onderzoeksvraag d*

De trajecten zijn korter en gespecialiseerde hulp wordt korter ingezet.

Voorbeeldcasus

Een meisje in groep 7 is al meerdere malen onderzocht, hier zijn aandachtspunten uit naar voren gekomen maar geen diagnose. School en ouders kloppen bij het CJG aan met de vraag voor nieuw diagnostisch onderzoek. Ze hebben zorgen over de overstap naar de middelbare school. CJG twijfelt over het opnieuw inzetten van onderzoek en betreft het LBT. Samen met een psycholoog uit het LBT vinden er 2 gesprekken plaats waarbij er vooral stil wordt gestaan bij waar deze meid behoefte aan heeft en wat school en ouders hierin kunnen betekenen. Er volgt verder geen onderzoek, iedereen kan weer verder en alle betrokkenen zijn

Evaluatie vanuit ouders/jeugdigen

Het is niet gelukt ouders te spreken voor een uitgebreide evaluatie. De signalen vanuit ouders, komen van het CJG.

- Ouders hebben geen enkele keer bezwaar gemaakt om in het LBT besproken te worden;

- Ouders zijn heel tevreden over de snelle en passende hulp. Het brengt rust;
- Ouders voelen zich gehoord en serieus genomen;
- Voor sommige gezinnen voelt de inzet van het LBT als een hele laagdrempelige stap, terwijl er ook ouders zijn die het nog als een “zware stap” zien. We zien hier dat het vooraf afstemmen van verwachtingen over en weer van belang is.

Conclusie

In de samenwerking en op casusniveau zijn mooie en zinvolle ontwikkelingen zichtbaar. De pilot bevordert de onderlinge samenwerkingen tussen verschillende partijen binnen de Jeugdhulp en gezinnen ontvangen beter afgestemde hulpverlening. Alle betrokken partijen hebben aangegeven graag een vervolg te geven aan deze pilot.