

Eindevaluatie Lokale Behandelteam (september 2024)

Het lokale behandelteam (LBT): wat eraan vooraf ging

De jeugdhulp binnen de regio is volop in beweging met ontwikkelingen zoals o.a. het Toekomstscenario en de Hervormingsagenda. Deze ontwikkelingen vonden en vinden plaats in een dynamische wereld waarbij wachtlijsten, toename in complexiteit en arbeidsmarktproblematiek een belangrijke rol spelen. Vanuit dit gegeven is eind 2020 de pilot Lokale Behandelteams gestart waarbij het uitgangspunt was om ervaringen op te doen hoe de jeugdhulp beter vorm te geven. Vanuit deze ervaringen kunnen vervolgens keuzes gemaakt worden voor de toekomstige inkoop / inrichting van de jeugdhulp in onze regio.

Vanuit de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders vanuit verschillende terreinen (jeugd met een beperking, Jeugd & Opvoedhulp en Jeugd-GGZ) en het CJG is gestart met de hulpverlening aan jeugdigen en hun gezinnen te verbeteren. De doelen hierbij waren:

- Het LBT levert consultatie aan het CJG en denkt mee in casuïstiek.
- Het LBT gaat, na integrale afstemming, direct aan de slag en verleent efficiënte zorg.
- Het LBT 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 LBT 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 LBT 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.

De pilot bestond bij de start uit twee behandelteams: een voor Weert en Nederweert en een voor Leudal. De teams bestonden uit medewerkers van CJG, Koraal, PSW, Pactum, Vincent van Gogh, Met GGZ, Mutsaersstichting en PGZ. Vanuit deze organisaties waren deelnemers met o.a. de volgende functies afgevaardigd in het LBT: orthopedagogen, (GGZ-)psychologen, gezinsbehandelaren, jeugd- en gezinswerkers, een sociaal psychiatrische verpleegkundige en vaktherapeuten. Zij beschikten over o.a. de volgende expertise: systemisch werken, diagnostiek en behandeling, LVB, trauma en hechting, kennis en kunde op het gebied van verschillende ontwikkelingsstoornissen.

Ambitie

De ambitie van de lokale behandelteams én de samenwerking van dit team met het CJG was dat gezinnen sneller 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.

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.
- Regelarm werken.

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 zullen de volgende effecten zichtbaar worden:

- 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.
- 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).

Verloop van de pilot in 2023

De pilot heeft in 2022 ¾ jaar stilgelegen vanwege capaciteitsproblemen bij de GGZ-aanbieders. Begin 2023 is er een doorstart gemaakt waarbij de afspraak is gemaakt de capaciteit van de pilot gefaseerd op te bouwen. Concreet betekende dit begin 2023 starten met Nederweert en Leudal en in september aansluiting van Weert.

Deze doorstart is vervolgens niet zonder slag of stoot gegaan. We hebben gezien:

- Dat PSW, Koraal en Pactum hun volledige capaciteit geleverd hebben, gemotiveerd zijn en het gedachtengoed van de pilot omarmen.
- De GGZ-aanbieders leverden moeizaam hun capaciteit, uitgezonderd PGZ. De andere 3 aanbieders (Met GGZ, Vincent van Gogh en Mutsaersstichting) leverden niet de afgesproken capaciteit en / of veel medewerkers met weinig uren. Voor een tijdelijke situatie in opbouw is dit niet zo'n probleem, maar voor de lange termijn is dit niet efficiënt en gaf het voor de betrokken medewerkers weinig basis om zich te verbinden met de pilot.
- De Jeugd-GGZ is een vakgebied met veel verschillende expertises. Dit maakt dat het voor GGZ aanbieders ook niet reëel en haalbaar is om al hun expertise in te zetten in het LBT (vanwege de beperkte omvang van het pilotteam). Hierbij zijn een aantal opties besproken om dit probleem te ondervangen. Bijv. het LBT onderdeel maken van een GGZ-aanbieder of afspraken maken met de GGZ-aanbieders om, op maat, de expertise te leveren die nodig is. Deze vraag is aan alle vier de GGZ-aanbieders gesteld, maar zij gaven allen, met elk hun eigen redenen, aan dat dit voor hen geen optie was.
- Daarnaast leverden de GGZ-aanbieders te weinig capaciteit regie-behandelaren waardoor er over de linie te weinig complexe cases gedraaid kunnen worden om voldoende ervaring op te doen met de behandelkant van het LBT.
- De GGZ-aanbieders (managers en deelnemers) stelden vragen / hadden twijfels over de doelen en invulling van het LBT. Deze punten waren zeker niet onterecht maar het waren juist de zaken waarmee we ervaring wilden opdoen zodat de antwoorden uit de pilot kwamen.
- De instroom vanuit het CJG is altijd een punt van aandacht geweest: deze kwam moeizaam op gang en bleef wat wisselend.

Samengevat: met de huidige inzet en werkwijze werden de doelen niet behaald en zou er onvoldoende efficiëntie winst zijn van de pilot.

In de aanloop naar fase 2 hebben we ingezet op:

- Hoe zit het met eigenaarschap in deze pilot (gezamenlijke verantwoordelijkheid, inhoud omarmen)?
- Wie gaat vanaf september 2023 naast de projectleider staan om dit aan te sturen?
- Hoe gaan we de formatie uitbreiden om Weert aan te sluiten met de kanttekening dat nog meer medewerkers met een klein aantal uren onbespreekbaar is?

Na een bestuurlijk overleg in november 2023 en verschillende daaropvolgende overleggen met de GGZ-aanbieders hebben Vincent van Gogh en Met GGZ besloten niet langer deel te nemen aan de pilot. Mutsaersstichting en PGZ hebben ervoor gekozen dit wel te doen en ook medewerkers te faciliteren om hierin actief mee te denken en door te ontwikkelen. In dit proces ging het zowel om het meer en eerder bij elkaar brengen van verschillende expertises (zowel vanuit verwijzer als vanuit aanbieders) als het samenwerken vanuit een meer gedeelde verantwoordelijkheid.

Met Praktijk de Roos zijn gesprekken gevoerd om te verkennen of ze wilden deelnemen aan het LBT. Na een aantal gesprekken heeft de Roos laten weten om bedrijfseconomische redenen niet deel te nemen.

Verloop en beëindiging van de pilot

De belangrijkste thema's die tijdens de pilot onderwerp van gesprek waren zijn: samenwerking in de pilot (tussen verwijzer en zorgaanbieders) en het invulling geven aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid. Deze thema's staan niet op zichzelf, we zien ze op meerdere vlakken terugkomen in de keten van jeugdhulp, denk hierbij aan de ontwikkelingen binnen de Bijzondere Toegang. Nog specifiek gaat het hier om:

- Het eerder en andere expertise toevoegen aan het CJG riep vragen en zorgen bij het CJG op. Krijgt het CJG het vertrouwen van de aanbieders m.b.t. hun eigen inschatting en inzet (eigen kennis en kunde en de relatie met de client) versus ruimte geven aan andere perspectieven?
- Het meer koersen op daadwerkelijk gezamenlijke verantwoordelijkheid nemen in een casus riep bij de aanbieders weer vragen en zorgen op: kunnen we dit wel waarmaken, waar liggen risico's, is het niet vooral een inspanningsverplichting die we hebben in het leveren van de juiste zorg enz.

Gesprekken over deze thema's, zorgen en vragen hebben geleid tot een plan met de intentie om op verschillende manieren aan deze thema's invulling te geven binnen de pilot. Commitment was er op:

- Het meer en eerder bundelen van expertise van verwijzer en zorgaanbieders en hierin gebruik maken van elkaars perspectieven. Zowel aan de voorkant als gedurende een traject. Het LBT levert hierbij ook expertise in de eerste beeld- en besluitvorming.
- Dat we vervolgens ook gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben en nemen voor de casus. Verwijzer en LBT hebben dit samen op te pakken en in te vullen.

Uiteindelijk is de stap naar de vervolgfase niet gezet. Dit had te maken met het feit dat de GGZ aanbieders besloten hebben hun inzet voor het LBT te stoppen vanwege de financieringsafspraken. Hierop is besloten de pilot te beëindigen.

Resultaten van de pilot

Het feit dat de pilot (voortijdig) beëindigd is, wil niet zeggen dat er geen (positieve) resultaten behaald zijn danwel lessen geleerd zijn. Voorafgaand aan de pilot zijn een aantal monitoringsvragen opgesteld die gedurende en bij afsluiting van de pilot, met de deelnemers van het LBT en het CJG, beantwoord zijn.

Algemeen

Tussen maart 2023 en juni 2024 zijn 95 zaken aangemeld. Dit betrof tien zaken uit de gemeente Weert en de rest gelijk verdeeld over de gemeenten Leudal en Nederweert.

Verwijzer	Aantal	Advies	Consultatie / behandeling	Verwijzing
CJG	79	16	63	28
GI (WSG / BJZ)	3	0	3	0
(Wachlijsten van de) GGZ aanbieders	10	2	8	6
Overig	3	0	3	1

Nadere toelichting op bovenstaande data:

Het overgrote deel van de aanmeldingen kwam via het CJG en dan met name van de jeugd- en gezinswerkers die actief zijn als POH bij de huisarts. Dit betrof meestal casuïstiek op het snijvlak van wel of niet doorverwijzen naar tweedelijnszorg. Een klein deel kwam via andere partijen zoals de WSG. Een deel van de instroom bij de start kwam van de wachtlijsten van de betrokken GGZ aanbieders. Een behoorlijk deel van deze zaken is uiteindelijk alsnog doorgestroomd naar deze aanbieders. Het LBT heeft hierin vanuit wachtlijstoverbrugging iets betekend, bijvoorbeeld in stabilisatie of vraagverheldering.

Ongeveer de helft van de adviesvragen betrof het meedenken over een juiste doorverwijzing. Andere adviesvragen waren het meedenken over de ingezette koers binnen het CJG of vragen ter uitbreiding van de kennis en kunde van de jeugd- en gezinswerker. Bij de meer complexe aanmeldingen is het merendeel uiteindelijk alsnog doorverwezen naar een zorgaanbieder. Uitgangspunt hierbij is geweest dat er in ieder geval een bijdrage is geleverd aan evt. stabilisatie, vraagverheldering en een correcte doorverwijzing.

Wat is de meerwaarde geweest van inzet behandelteam in vergelijking met de reguliere weg?

Consultatie en advies

Er was gevarieerde en aanvullende kennis en expertise aanwezig in het team, deze bundelen leverde op inhoud veel meerwaarde op. Verschillende partijen die betrokken waren leidde tot een meer overstijgende blik. Er werden andere vragen gesteld en dit leidde tot een brede blik en passender plan van aanpak voor het gezin. Hierdoor kwamen gezinnen, ook bij een doorverwijzing, sneller op de juiste plek.

Trajecten

Expertise was hierbij laagdrempelig en veel meer aan de voorkant beschikbaar. Expertise werd hierdoor meer en eerder toegankelijk. Door het meer outreachende karakter ontstonden er ook meer mogelijkheden van inzet van GGZ expertise in de thuissituatie. Dit leverde andere informatie en een andere blik op en daardoor een meer passende aanpak. Dit werkte laagdrempelig voor alle partijen: zowel gezinnen als verwijzers. De andere randvoorwaarden dan binnen de huidige tweedelijns (denk aan een intake in de thuissituatie) creëerden kansen.

Aanvullende input CJG

Wanneer casuïstiek passend was binnen het LBT en deelnemers gingen er mee aan de slag dan was dit zeer helpend. Dit betrof met name consultatievragen dan wel kortdurende trajecten met bijv. psycho-educatie, een aantal systeemgesprekken of trajecten met behandel-elementen. Er werd dan duidelijk andere expertise toegevoegd (denk aan systeemtherapeutische of diagnostische expertise) aan de casus en dat maakte de inzet waardevol en effectief. Ook het meedenken in de MDO's werd over het algemeen als prettig en ondersteunend ervaren. Jeugd- en gezinswerkers konden hier snel terecht en er werd actief meegedacht.

Welke kanttekeningen waren er?

Met name de invulling van de (behandel)trajecten bleek in de praktijk nog lastig. Vaak bleek dan toch meer of iets anders nodig (denk hierbij aan specifiek missende expertise, inzet van een kinderpsychiater ed.), wat niet in het LBT geboden kon worden en werd het gezin alsnog doorverwezen. Dit voelde voor zowel verwijzer als gezin vertragend.

De beperkte beschikbaarheid van deelnemers in uren voor het LBT maakte dat zaken nog onvoldoende efficiënt en voortvarend opgepakt konden worden. Relatief veel tijd ging verloren in afstemmen en dit maakte dat er minder cliëntgebonden tijd overbleef. Daarnaast maakte dit dat het langer duurde voordat mensen elkaar leerden kennen, wat wel een voorwaarde is voor de opbouw van een team, met name in een pilot.

Eenzijds speelde de vraag om afkadering: wat kunnen we wel en wat kunnen we ook niet. Door afkadering kon er helderheid geboden worden naar verwijzers m.b.t. hun verwachtingen. Anderzijds was er ook de behoefte om zaken open te houden om juist in een pilot ervaringen op te doen en niet alleen meer van hetzelfde te blijven doen. Dit spanningsveld is voortdurend voelbaar geweest. Een heldere, concrete vraag aan de voorkant hielp hierbij, maar we zagen ook dat doordat er juist breed gekeken werd er ook weer meer op tafel kwam. Dan bleek een meer uitgebreide en langdurige inzet toch nodig en dit was dan niet altijd haalbaar binnen het LBT.

Aanvullende input CJG

Twee kanttekeningen kwamen geregeld terug: dat het relatief lang duurde voordat een casus daadwerkelijk opgepakt werd (als gevolg van beperkte beschikbaarheid en, met name bij start, nog veel behoefte aan afstemming) en dat het LBT lang niet altijd kon voorzien in de juiste expertise / inzet. Dit maakte dat de verwachtingen aan de voorkant soms hoger waren dan in de praktijk daadwerkelijk waargemaakt kon worden.

Wat voegde de inzet van het Lokaal Behandelteam toe aan de uitvoering van ieders werk?

Wat als zeer waardevol werd gezien is dat het ontmoeten van andere collega's uit andere organisaties, niet alleen van meerwaarde was voor de LBT casuïstiek. Men leerde namelijk ook over de andere organisaties en hun (on)mogelijkheden. Hierdoor werden er makkelijker lijnen gelegd. Meedenken vanuit ieders vak en expertise was lerend voor iedereen en gaf ook weer energie aan ieders werk.

Daarnaast werkten de deelnemers verbindend tussen de verschillende deelnemende organisaties: er ontstonden korte en prettige lijnen. De reguliere werkwijzen van aanbieders ondersteunen manier van werken echter nog niet of onvoldoende. Daarnaast wordt het investeren van tijd in ketensamenwerking niet vergoed aan zorgaanbieders.

Aanvullende input CJG

Fijn als er vanuit een andere expertise meegedacht werd: dit leverde ook weer een bijdrage aan de eigen kennis en expertise van de jeugd- en gezinswerkers. Daarnaast creëerde het ook lucht en ruimte voor de jeugd- en gezinswerker zelf in de casus.

Zijn er cases niet opgepakt door het behandelteam, omdat de expertise ontbrak?

Ja, aan de voorkant zijn er contra indicaties (zie bijlage 1) opgesteld, waardoor bepaalde casuïstiek sowieso niet is opgepakt. Daarnaast werd ook duidelijk dat er, vanwege de beperkte beschikbaarheid van met name gedragswetenschappers, psychologen en regiebehandelaren, geregeld casuïstiek niet opgepakt kon worden die om expertise vanuit die hoek vroeg.

De samenwerking binnen het LBT

Over het algemeen werd de samenwerking als positief ervaren. Met name wanneer men elkaar beter had leren kennen en gevonden had in een casus werd dit steeds vanzelfsprekender. Vanzelfsprekend was dit ook persoonsafhankelijk en werd de kleine hoeveelheid uren van deelnemers voort het LBT hierin als een belemmerende factor ervaren.

Het werd ook duidelijk dat het deelnemen aan een pilot niet alleen om een minimaal aantal uren vraagt (8-12 per week), maar ook commitment en een bepaald profiel (zie bijlage 2). Denk dan aan bijvoorbeeld: out of the box kunnen denken en handelen, om kunnen gaan met zaken die nog niet vast liggen en flexibiliteit.

De samenwerking tussen het CJG en LBT

De samenwerking tussen het CJG en LBT is er een van vallen en opstaan geweest. Dit had te maken met wederzijdse verwachtingen en met name bij de start waren alle partijen hierin zoekende. Over het algemeen werd de samenwerking als positief ervaren, vooral wanneer een jeugd- en gezinswerker actief betrokken was in een casus.

De rol van de gedragswetenschappers binnen het CJG (t.o.v. de rol van de gedragswetenschappers binnen het LBT) riep geregeld vragen op bij de deelnemers in het LBT. Dit waren vragen als: wat kunnen zij zelf betekenen in de ondersteuning van de gezinnen, welke inhoudelijke expertise en behandel mogelijkheden liggen er bij hen? Het werd duidelijk dat de gedragswetenschappers binnen het CJG een andere, meer ondersteunende rol hebben bij met name casuïstiek met veiligheidsrisico's, dan de inhoudelijk behandelende gedragswetenschappers bij zorgaanbieders.

Het LBT zag vooral mogelijkheden in het in een eerder stadium consultatief betrokken worden bij een casus. Hierbij was wel een spanningsveld voelbaar: de opdracht die het CJG heeft om zelf een analyse uit te voeren en koers te bepalen en de behoefte vanuit het LBT om hier nog in mee te denken / mede koers te bepalen.

In de gesprekken tussen CJG en LBT zijn een aantal mogelijke richtlijnen geformuleerd waarbij er meer gezamenlijk naar casuïstiek gekeken kan worden:

- Aanmeldingen die op voorhand vragen om een brede analyse vanuit een multi disciplinaire blik.
- Voor de cliënten waarbij gedacht wordt aan de inzet van gespecialiseerde jeugdhulp.
- Voor de cliënten waarbij de ingezette hulpverlening tot dan toe onvoldoende resultaat heeft (opgeleverd).
- Voor de cliënten die hier zelf naar vragen.
- Voor de cliënten die langer dan X tijd in zorg zijn.
- Als een verwijzer of zorgaanbieder wil sparren, brede blik, mogelijke consultatie.
- Wanneer zorgaanbieders merken dat er een bredere aanpak nodig is binnen hun eigen caseload dan de zorg die een gespecialiseerde zorgaanbieder zelf kan inzetten.

Welke administratieve vereenvoudigingen kunnen het proces verbeteren?

De ervaringen in de pilot zijn te beperkt om hier uitspraken over te doen, danwel aanbevelingen in te geven.

Wat leverde het op voor de inwoners?

Inwoners is door de betrokken deelnemers en / of de verwijzer gevraagd naar de ervaringen met het LBT. De ervaringen waren wisselend. Wanneer het LBT de expertise en juiste mensen had dan waren de ervaringen positief. Gezinnen ontvingen dan op een laagdrempelige en toegankelijke manier de hulp die ze nodig hadden. Door de samenwerking tussen de verschillende organisaties werd de juiste expertise ingezet en werd “het van het kastje naar de muur gestuurd worden” voorkomen. Ze voelden zich gesteund en zagen op korte termijn vooruitgang. Dit is echter niet gelukt in alle casuïstiek door al eerder genoemde redenen zoals de beperkte beschikbaarheid en niet altijd de aanwezigheid van de juiste mensen of expertise aanwezig binnen het LBT.

Evaluatie van de vooraf gestelde doelen en effecten

Wanneer gekeken wordt naar de vooraf gestelde doelen dan kunnen we de volgende conclusies trekken:

1. Het LBT levert consultatie aan het CJG en denkt mee in casuïstiek: dit doel is behaald en is een van de grootste kansen / succesfactoren.
2. Het LBT gaat, na integrale afstemming, direct aan de slag en verleent efficiënte zorg: dit doel is onvoldoende behaald.
3. Het LBT 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: daar waar het LBT inzet heeft gepleegd is dit doel behaald.
4. Het LBT 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). Dit doel is onvoldoende behaald, de pilot is onvoldoende van de grond gekomen om, behalve op clientniveau, ook op lokaal samenwerkingsniveau een lokale aanpak te ontwikkelen.
5. Het LBT 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. Dit doel is gedeeltelijk behaald: in casuïstiek is er altijd gewerkt aan duurzame oplossingen. De schaalgrootte van de pilot was te klein om daadwerkelijk te kunnen spreken van (structurele) inzet op het voorkomen van uithuisplaatsingen.

Met betrekking tot de vooraf beoogde effecten kunnen we geen conclusies trekken: hiervoor was de schaalgrootte van de pilot te klein.

Samenwerking

Uit zowel de eindevaluatie met de deelnemers, het CJG, de managers en gemeente kwam naar voren dat een goede samenwerking noodzakelijk is voor het slagen van een pilot. Maar niet alleen voor het slagen van een pilot: ook voor de huidige invulling van jeugdhulp binnen de regio. Dit klinkt vanzelfsprekend en hier is iedereen het mee eens: maar helaas zien we in de praktijk ook dat dit geen vanzelfsprekendheid is. Met name tussen verwijzers en aanbieders lijkt er, juist als de casuïstiek complexer wordt, een dynamiek te ontstaan waarbij deuren sluiten, er vooral in onmogelijkheden gedacht wordt en men elkaar niet meer weet te vinden. Er ligt een grote uitdaging om dit, op alle lagen en met elkaar, op te pakken.

Randvoorwaarden

Een pilot waarin met verschillende partners wordt samengewerkt vraagt niet alleen investering in de samenwerking. Qua randvoorwaarden dienen zaken goed en tijdig geregeld te zijn. Vanuit de pilot hebben we geleerd dat dit in ieder geval zaken zijn die, bij voorkeur voorafgaand aan de start, goed geregeld zijn:

- Samenwerkings- en financieringsafspraken. Het is van belang om hier tevens in uit te werken wat het doel hierbij is, hoe dit vorm geven gaat worden en wie hierin welke rol heeft.
- Voldoende capaciteit vanuit de verschillende organisaties (aanbieders, verwijzers en gemeente) om voorafgaand en gedurende het traject mee te ontwikkelen, implementeren en borgen.
- Deelnemers met voldoende uren en naast de juiste expertise / functie ook het juiste profiel.

Kansen

De geleerde lessen en resultaten uit de pilot bieden kansen voor de toekomst:

- Consultatie en advies: het laagdrempelig toevoegen van expertise vanuit verschillende aanbieders en het daarbij kortdurend ondersteunen van het CJG / gezin is van meerwaarde voor alle partijen. Dit zou kunnen op vraag van verwijzer, maar er kan ook breder gekeken worden naar de mogelijkheden hierin bij bijvoorbeeld wachtlijstoverbrugging bij aanbieders. Ook binnen de POH bij de huisarts liggen hierin kansen. De jeugd- en gezinswerkers binnen het CJG die als POH werkzaam waren wisten het LBT namelijk geregeld te vinden. Verder kan hierbij kan ook nog gedacht worden aan het onderwijs en de mogelijkheden om door het bundelen van expertise meer te normaliseren en minder te medicaliseren.
- Een optie is om de inzet van gedragswetenschappers van het CJG uit te breiden met meer inhoudelijke betrokkenheid bij casuïstiek (in plaats van vooral ondersteuning van jeugd- en gezinswerkers). Dit vergroot de expertise en mogelijkheden binnen het CJG. Het is de moeite waard om, vanuit de ervaring binnen het LBT, deze mogelijkheid met het CJG en aanbieders verder te verkennen.
- Binnen alle organisaties is er sprake van arbeidsmarktproblematiek. Hoe kunnen de verschillende organisaties hierin hun krachten bundelen en meer vanuit gezamenlijkheid hierin een plan maken, i.p.v. zelf naar (dezelfde) oplossingen te zoeken? Er ligt een kans om dit gezamenlijk in de regio op te pakken.
- Wanneer er complexe casuïstiek is waar men in de uitvoering niet uitkomt dan wordt er opgeschaald om de casus vlot te trekken. Maar er liggen ook kansen om hier achteraf van te leren. Alle partijen erkennen de noodzaak van een goede samenwerking, maar (h)erkennen ook dat dit in de praktijk nog verre van goed loopt. Het daadwerkelijk gaan leren van een aantal cases met de verschillende lagen (uitvoering, beleid en bestuur) kan helpen om de daadwerkelijk onderliggende knelpunten op tafel te krijgen en aan te pakken.
- Om te leren van casuïstiek en daadwerkelijk samen te gaan werken vraagt iets in houding en gedrag. Er moet daadwerkelijk prioriteit gemaakt worden van deze thema's, anders verdwijnen ze in de waan van de dag. De gemeente kan aanjager in dit verhaal zijn en heeft het commitment en medewerking van de andere partijen nodig om dit daadwerkelijk op te pakken. Wellicht kunnen de onderwerpen leren van casuïstiek en samenwerken opgenomen worden in contracten, waardoor het niet vrijblijvend is.

Vervolg

De geleerde lessen en geformuleerde kansen uit de pilot worden op verschillende plekken besproken zoals stuurgroep en beleidsteam. Daarnaast is het uitgangspunt dat de ambitie, doelen en uitgangspunten van de pilot vertaald worden naar de aanbesteding.

Bijlage 1: Contra-indicaties

Het LBT is bij uitstek geschikt voor casuïstiek waarbij er expertise en inzet nodig is vanuit de verschillende disciplines binnen de jeugdhulp. Er zijn echter ook een aantal contra-indicaties waarbij de inzet van het LBT niet wenselijk is.

Contra-indicaties:

- Ernstige depressie.
- Psychose/psychotisch beeld.
- Complexe dwangstoornis.
- Medicatievraag.
- Ernstige verslavingsproblematiek.
- Forse/complexe eetproblemen/-stoornis.
- Persoonlijkheidsproblematiek.
- Casuïstiek waarbij cultuurspecifieke expertise voorliggend is.

Bijlage 2: Profiel deelnemers

Deze pilot vraagt een bepaald profiel van de medewerkers die deel gaan nemen aan de pilot. Een medewerker heeft niet de vanzelfsprekende protocollen en backup die er wel is binnen de eigen organisatie. Zaken liggen nog niet vast, er wordt samengewerkt met medewerkers van andere organisaties enz. Dit zijn zaken die niet voor elke medewerker van elke organisatie even makkelijk zijn om mee te werken.

We verwachten van een deelnemer van het LBT dat deze:

- Denkt in mogelijkheden en oplossingen en daar waar nodig out of the box.
- Flexibel is en om kan gaan met de dynamieken binnen een pilot.
- Outreachend is: zowel in denken als handelen.
- Durft te doen wat nodig is, ook als dit wat anders is dan de deelnemer mogelijk vanuit zijn eigen organisatie gewend is.
- Enthousiast wordt van een pilot en samen door te ontwikkelen.