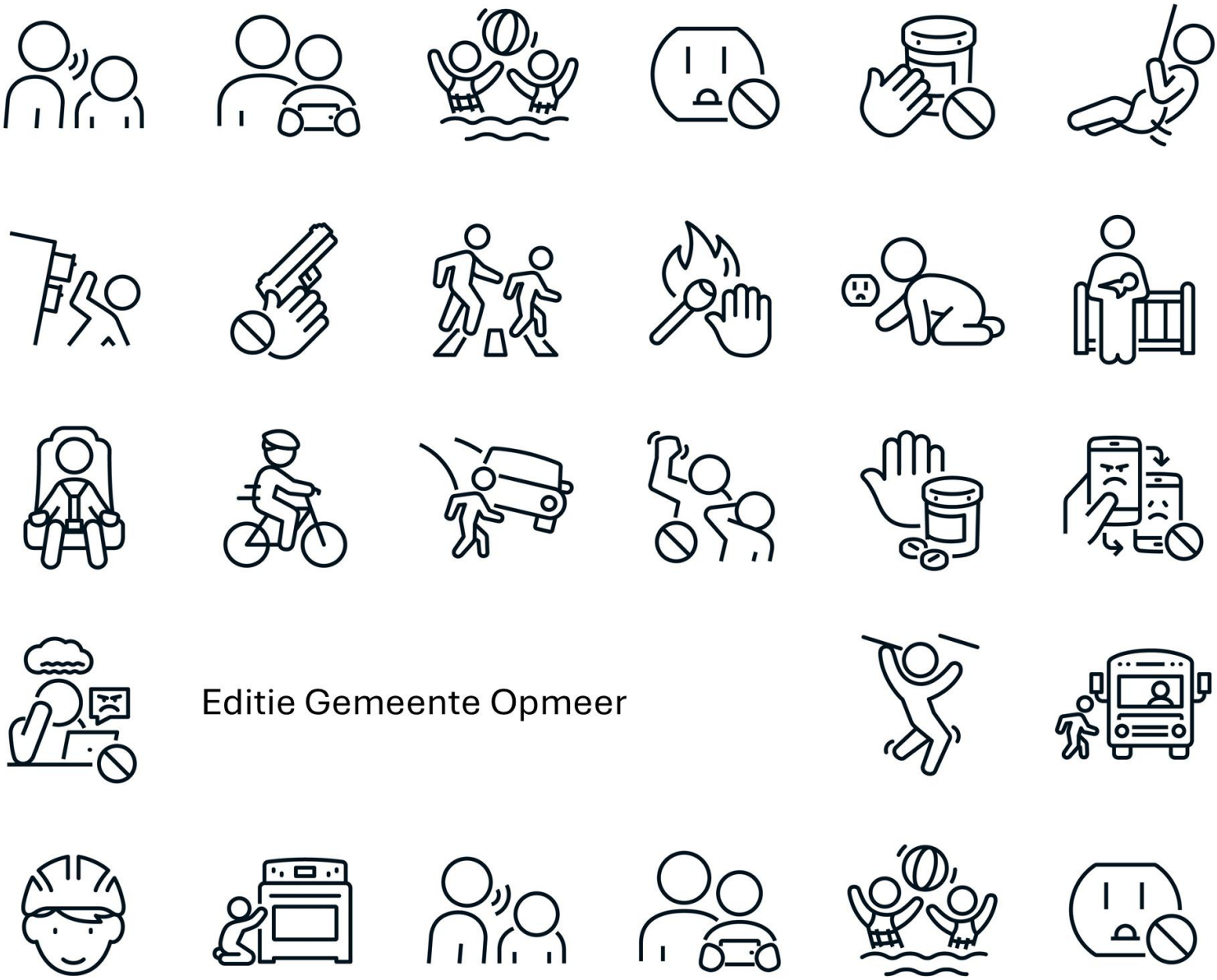


Jeugdhulp in zes Westfriese gemeenten

Onderzoek naar de uitvoering van jeugdhulp in de gemeenten Drechterland, Enkhuizen, Hoorn, Medemblik, Opmeer en Stede Broec



Editie Gemeente Opmeer

Colofon

Dit rapport doet verslag van een onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van de rekenkamer Medemblik-Opmeer, rekenkamer Hoorn en rekenkamer SED.

Auteurs: Guido Brummelkamp, Sylvana Robbers, Floor Bevaart

Afbeelding omslag: iStock, Getty Images

Inhoud

Samenvattende conclusies Opmeer 5

1 Inleiding 11

1.1 Zorgen over jeugdhulp, landelijk en lokaal 11

1.2 Vraagstelling en normenkader 12

1.3 Waar is de gemeente verantwoordelijk voor? 14

1.4 Afbakening van het onderzoek 15

1.5 Onderzoeksaanpak 16

1.6 Leeswijzer 17

2 Regionaal en lokaal beleid 19

2.1 Basis van het beleid 19

2.2 Regionale inkoop en regionale beleidscoördinatie 22

2.3 Lokaal beleid 28

2.4 Organisatie en positionering lokale teams 32

2.5 Samenvatting Hoofdstuk 2 32

3 Jeugdhulp in cijfers 35

3.1 Hoeveel jeugdigen en gezinnen ontvangen hulp? 35

3.2 Kosten van de jeugdhulp 36

3.3 Routes naar jeugdhulp 40

3.4 Samenvatting Hoofdstuk 3 41

4 De gemeentelijke ingang naar jeugdhulp: van vraagverheldering naar doorverwijzing 43

4.1 Inleiding 43

4.2 Intake en vraagverheldering 46

4.3 Integraliteit van de intake 48

4.4 Beschikking en doorverwijzing 55

4.5 Regievoering 56

4.6 Wachttijden en wachtlijsten 65

4.7 Beheersing van kosten 68

4.8 Toezicht op rechtmatigheid 71

4.9 Samenvatting Hoofdstuk 4 77

5 De huisarts als ingang naar jeugdhulp 81

5.1 Doorverwijzingen door de huisarts zonder POH 81

5.2 Doorverwijzingen met een POH GGZ Kind en Jeugd 82

5.3 Overbruggingszorg bij huisartsenpraktijken 83
5.4 Doorverwijzing en perspectiefplan 84
5.5 Samenwerking tussen de lokale teams en huisartsen 85
5.6 Versterking afstemming met huisartsen 87
5.7 Samenvatting Hoofdstuk 5 89
6 Ervaringen van zorgaanbieders 91
6.1 Samenwerking met de gemeente 91
6.2 Het perspectiefplan 94
6.3 Spanningsveld rond dubbele pet van gemeente 95
6.4 Beheersing van kosten 97
6.5 Risico op stapeling lichte hulp 98
6.6 Samenvatting 99
7 Conclusies regionaal 101
7.1 Algemeen beeld 101
7.2 Toegankelijkheid 102
7.3 Doelmatigheid en doeltreffendheid 103
7.4 Rechtmatigheid 105
7.5 Aanbevelingen regionaal niveau 106

Bijlage 1: Geïnterviewden 109
Bijlage 2: Begrippenlijst 111

Bestuurlijke reactie College B&W gemeente Opmeer 113

Samenvattende conclusies Opmeer

In dit onderzoek is voor de zes Westfriese gemeenten nagegaan welke resultaten de lokale teams behalen met hun jeugdhulpverlening. Daarbij is gekeken naar de volgende vragen: krijgen kinderen en gezinnen tijdig en passend hulp (toegankelijkheid en doeltreffendheid)? Worden de kosten beheerst (doelmatigheid)? En verloopt de hulpverlening volgens de regels en het beleid (rechtmatigheid)?

Het onderzoek heeft bestaan uit vijf onderdelen: verkenning van beleid en regionale afspraken, onderzoek naar intake, eerstelijns jeugdhulp en doorverwijzing bij lokale teams, gesprekken met huisartsen en aanbieders van tweedelijns jeugdhulp, en tot slot gesprekken met gezinnen die jeugdhulp ontvangen. Het onderzoek heeft zich beperkt tot vrijwillige jeugdhulp. Het betreft hulp die op verzoek van ouders, verzorgers of jeugdigen zelf wordt gegeven via het lokale team of de huisarts. Gedwongen hulp zoals bijvoorbeeld een uithuisplaatsing in een pleeggezin op last van de rechter valt buiten het onderzoek.

Omvang en organisatie jeugdhulp

In 2024 ontving 7,5% van de jeugdigen hulp in het kader van de Jeugdwet. Het betreft hulp die wordt gegeven op basis van een doorverwijzing door het wijkteam of de huisarts. De omvang van de geboden hulp ligt daarmee iets lager dan het landelijk gemiddelde en ook iets lager dan de meeste andere gemeente in Westfriesland. De kostenontwikkeling in Opmeer is sinds de invoering van de jeugdwet 10 jaar geleden stabiel, al was er in 2023 wel een substantiële stijging van uitgaven ten opzichte van 2022. Het is op dit moment niet te zeggen of deze kostenstijging eenmalig was of het begin van een stijgende trend. Wel laat de stijging zien dat het lastig is de kosten te beheersen en laat het ook zien dat het belangrijk is dat de gemeente goed oplet dat de specialistische hulp voorbehouden blijft aan inwoners die dat echt nodig hebben.

Opmeer heeft daarvoor het wijkteam. Binnen dit team zijn er consulenten die gezins- en jeugdhulp als specialisme hebben. Inwoners met jeugdhulpgerelateerde vragen kunnen zich er telefonisch of via de website aanmelden. De afgelopen jaren konden deze inwoners er vrijwel altijd direct terecht voor een intakegesprek, de afgelopen maanden is de wachttijd iets opgelopen: tot ongeveer twee weken. Het traject dat na het eerste gesprek eventueel start wordt in principe begeleid door één en dezelfde consulent. Deze consulent helpt bij de vraagverheldering, verleent indien nodig zelf ook hulp en verwijst indien nodig door naar een specialistische zorgaanbieder. De consulent is bevoegd daar zelf een beschikking over af te geven. Een inwoner heeft daardoor in principe van intake tot aan een beschikking voor specialistische hulp steeds met dezelfde consulent te maken. Hulpvragers hoeven daardoor niet op verschillende momenten aan verschillende hulpverleners opnieuw hun verhaal te doen. Opmeer onderscheidt zich hiermee positief van de andere vijf Westfriese gemeenten.

Eerstelijns jeugdhulp staat goed in positie

Doordat een beschikking voor specialistische zorg in Opmeer wordt afgegeven door een consulent die zelf ook hulp verleent, wordt in elk traject automatisch bekeken of de hulpvraag ook kan worden beantwoord met de eerstelijnshulp van het jeugdteam. De eerste lijn staat daarmee goed in positie. Het verkleint de kans dat een inwoner te snel of onnodig wordt doorverwezen naar duurdere specialistische hulp.

Aandachtspunt is de reikwijdte en de afbakening van de hulp die het wijkteam zelf biedt. Het wijkteam geeft aan dat de hulpverlening ver kan gaan en dat blijkt ook uit de casussen die in het kader van dit onderzoek zijn besproken. De hulpverlening kan verder gaan dan advies bij opvoedkundige vragen, kortdurende begeleiding of ondersteunende gesprekken. Het wijkteam verleent ook hulp bij ernstiger vragen zoals vragen of trauma's of gedragsproblemen. Het beschikt over consulenten die deze hulp op onderdelen kunnen bieden. De hulpverlening heeft daarmee soms het karakter van een behandeling of specialistische (tweedelijns) hulp. De inhoud van de hulp is ook afhankelijk van de specifieke consulenten die het wijkteam nu in dienst heeft. Van een duidelijke afbakening tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg is daarmee geen sprake. Het is onduidelijk waar het wijkteam nu precies verantwoordelijkheid voor neemt, of er tijdig wordt doorverwezen als problemen aanhouden en hoe de kwaliteit van de hulp/behandeling wordt geborgd.

Hiernaast wijzen regionale zorgaanbieders op het risico dat jeugdigen of gezinnen te lang in een voorliggend eerstelijnshulptraject blijven zitten. Zij zien dit risico niet specifiek bij Opmeer maar ook in andere gemeenten. Wanneer te lang wordt geprobeerd een jeugdige of gezin met laagdrempelige interventie te helpen kan het leiden tot een verergering van problemen en in voorkomende gevallen ook tot de noodzaak om later alsnog een intensiever en langduriger traject in te zetten.

Eén gezin, één plan, één regisseur

In het regionale beleidskader 'Zorg voor de jeugd' staat dat hulp wordt geboden volgens het principe 'Eén gezin, één plan, één regisseur'. Het verwijst naar het uitgangspunt dat een hulpvraag in de context van het gezien wordt beoordeeld en dat ook wordt gekeken naar eventuele achterliggend of aanpalende problemen. Dit principe is niet overgenomen in de lokale beleidsregels, het wordt ook niet in de praktijk toegepast. De consulenten kennen het principe wel, maar in de praktijk wordt niet per gezin een plan opgesteld maar per jeugdige. De consulenten geven aan dat er wel altijd wel gekeken of er andere achterliggende) zorgen bestaan. Indien nodig wordt dan doorverwezen, bijvoorbeeld naar schulddienstverlening, ook wordt gekeken naar eventuele zorgen om andere gezinsleden. Indien nodig wordt daar dan een apart plan voor gemaakt.

Afstemming met huisartsen

In de beleidsregels heeft gemeente bepaald dat er met de huisartsen en zorgverzekeraars afspraken worden gemaakt over de aansluiting van de algemene voorzieningen en de huisartsenzorg inclusief de praktijkondersteuning huisarts (geestelijke gezondheidszorg). In de praktijk zijn er geen formele afspraken maar is er wel overleg. Op casusoverstijgend niveau was er tot het vertrek van de

coördinator van het wijkteam eind 2024, twee a drie keer pers jaar overleg. Het is onduidelijk of en hoe dat na het vertrek van de coördinator wordt voortgezet.

Op casusniveau is er nog wel steeds overleg, bijvoorbeeld wanneer een huisarts een patiënt doorverwijst naar het wijkteam. Zowel consulenten als de huisarts geven aan dat het contact goed is. Een belangrijk aandachtspunt is evenwel dat de gemeente geen zicht heeft op de jeugdhulp die via de huisarts wordt ingezet. In de huidige praktijk wordt na een doorverwijzing door een huisarts, vrijwel automatisch een beschikking afgegeven. Dat gebeurt regelmatig ook zonder dat er een perspectiefplan is opgesteld. Dit betekent dat de gemeente beschikking afgeeft op trajecten waar achteraf niet van kan worden vastgesteld of de inzet doelmatig en doeltreffend is geweest.

Wijkteam noch gemeente hebben daarnaast in de praktijk zicht op welke afwegingen een huisarts maakt bij het inzetten van specialistische zorg. Zij hebben ook geen zicht op de mate waarin een huisarts eerst is nagegaan of het wijkteam of een andere voorliggende voorziening van betekenis had kunnen zijn. Er is op dit moment geen zicht op of huisartsen daarbij voldoende alternatieven vormen van jeugdhulp meenemen die het voorveld kan bieden.

Procesregie

Met betrekking tot het toezicht op een correcte uitvoering van het perspectiefplan, geldt voor Opmeer, net als voor alle gemeenten dat de personeelscapaciteit begrensd is. Dit toezicht vereist inhoudelijke kennis over hulpvrager en het traject. Idealiter zou aan elke hulpvrager met een doorverwijzing een procesregisseur moeten zijn gekoppeld die vanaf het opstellen van het perspectiefplan betrokken is. In de praktijk blijkt dat niet haalbaar. Het wijkteam maakt daarom keuzes, die erop neer komen dat procesregie vrijwel alleen wordt gevoerd op hulptrajecten die samenhangen met meervoudige problematiek. Enkelvoudige zaken worden niet of beperkt gevolgd. Doorgaans beperkt de controle zich op trajecten waarvoor op een gegeven moment een verlenging van het hulptraject wordt aangevraagd.

Door specialistische zorgaanbieders is aangeven dat de aanwezigheid van een procesregisseur wenselijk is en bij j meervoudige problematiek moet zijn geborgd. Het is voor hen belangrijk om met het wijkteam te kunnen schakelen wanneer zij in een gezin een achterliggende hulpbehoefte zien.

Controle op rechtmatigheid

Met betrekking tot de financieel-administratieve controle steunt de gemeente erg op de regionale netwerkorganisatie. Deze vraagt de aanbieders jaarlijks om een productieverantwoording waarmee uitgevraagd wordt welke hulp is geleverd, aan hoeveel cliënten, hoeveel uren daaraan zijn besteed, wanneer dat is gebeurd, en door welke typen van professionals. Voor grotere aanbieders met een omzet van meer dan 125.000 euro, geldt tevens de verplichting om jaarlijks een accountantsverklaring te overleggen. Opmeer voert daarnaast zelf beperkt controles uit. Het onderzoek leert dat de zes Westfriese gemeenten dit verschillend oppakken. De SED-gemeenten gaan hierin het verst: van de trajecten waarvan de uitvoering van het perspectiefplan niet is gecontroleerd, willen zij alsnog 80%

controleren door de afdeling control. Met een steekproef worden de betrokken zorgaanbieders gevraagd om inzicht in de prestatielevering. Gemeente Medemblik implementeert op dit moment deze werkwijzen in de eigen organisatie. Gemeente Opmeer heeft vooralsnog geen plannen in deze richting.

Norm	Sterke punten	Verbeterpunten
Toegankelijkheid	– Laagdrempelige eerste intake met jeugdconsulent – Hulpvragers hebben van intake tot aan eventuele doorverwijzing met één en dezelfde organisatie te maken en in principe ook met één en de dezelfde hulpverlener. Ze hoeven niet steeds opnieuw hun verhaal te doen. – Wachttijden voor intake zijn beperkt.	– Wat het wijkteam onder de noemer eerstelijnshulp aanbiedt is niet vastgelegd. – Voor sommige vormen van specialistische hulp zijn de wachttijden lang.
Doeltreffendheid & doelmatigheid	– De eerstelijnshulp staat goed in positie. Het wijkteam kijkt bij een hulpvraag eerst naar wat zij zelf voor een hulpvrager kan betekenen	– Het is onduidelijk waar het wijkteam nu precies verantwoordelijkheid voor neemt, of er tijdig wordt doorverwezen als problemen aanhouden en hoe de kwaliteit van de hulp/behandeling wordt geborgd. – Gemeente heeft geen zicht op specialistische hulp die na een doorverwijzing door een huisarts wordt geboden. Er wordt in deze gevallen niet gewerkt met een perspectiefplan.
Rechtmatigheid		– De toets op rechtmatigheid van zorgtrajecten zonder perspectiefplan verdient aandacht. Met dit onderzoek kon niet worden vastgesteld of de gemeente beschikkingen voor specialistische zorg goed kan onderbouwen.

Aanbevelingen voor Opmeer

- Maak duidelijk wat de eerstelijnshulp van het wijkteam precies inhoudt. Definieer wat de basisdienstverlening is, en maak die minder afhankelijk van de expertise van een individuele consulent die *nu* in dienst is. Zorg voor continuïteit van deze basisdienstverlening.
- Maak duidelijk hoe de grens loopt tussen de eerstelijnshulp en de specialistische hulp. Maak duidelijk waar de gemeente precies verantwoordelijkheid voor neemt en hoe de kwaliteit van de hulpverlening wordt geborgd.
- Hernieuw het contact en de afstemming met de huisartsen. Zet het periodieke casus overstijgende overleg voort zoals dat er voorheen was.
- Maak duidelijk hoe grip wordt behouden op de doelmatigheid van specialistische zorg die na doorverwijzing door een huisarts wordt geboden. Zorg ervoor dat beschikkingen die betrekking hebben op meervoudige of complexe problematiek zijn onderbouwd met een perspectiefplan.

- In regionaal verband is een beleidskader opgesteld. Zorg ervoor dat dat de lokale verordening en de beleidsregels daarop worden afgestemd. Overweeg om met de andere gemeente te komen tot dezelfde lokale beleidsregels en verordening.
- Maak expliciet wat wordt verstaan onder een integrale intake/hulpverlening en werk dit uit tot op het niveau van functieomschrijvingen van jeugdhulpverleners.

Naast bovenstaande bevindingen, conclusies en aanbevelingen die specifiek gelden voor Gemeente Opmeer zijn op regionaal niveau conclusies getrokken die voor alle zes de gemeenten gelden. Hieruit zijn ook aanbevelingen afgeleid. Deze conclusies en aanbevelingen zijn opgenomen in hoofdstuk 7.

De reactie van het College van B&W van gemeente Opmeer op dit rapport is opgenomen als bijlage (zie p. 113).

1 Inleiding

1.1 Zorgen over jeugdhulp, landelijk en lokaal

Tien jaar geleden, op 1 januari 2015, werden gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg. Door de zorg voor jeugdigen en hun gezinnen bij gemeenten neer te leggen, beoogde het rijk meer maatwerk, betere samenwerking tussen hulpverleners, en een efficiëntere inzet van middelen. De verantwoordelijkheden voor gemeenten werden vastgelegd in de Jeugdwet, en gemeenten kregen daarbij ruimte om lokaal beleid te ontwikkelen om aan te kunnen sluiten bij de behoeften van jongeren en hun gezinnen. In de praktijk riepen de verschillen in de betreffende gemeente al snel vragen op over de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geboden hulp[1]. Tegelijkertijd liepen de kosten voor jeugdzorg per jaar op, wat bij gemeenten tot aanzienlijke tekorten leidde. VNG schatte begin 2025 dat het tekort over 2024 inmiddels was opgelopen tot 828 miljoen euro. Deze stijgende kosten schrijft VNG toe aan een toename van het aantal jongeren dat jeugdzorg ontvangt, intensievere en langdurigere zorgtrajecten, en hogere tarieven van zorgverleners. VNG waarschuwde daarbij voor verdere oplopende tekorten met name vanwege de voorgenomen bezuinigingen op het gemeentefonds[2].

De landelijke zorgen zullen bijgedragen hebben aan de aandacht voor jeugdzorg van gemeenteraadsleden van verschillende Westfriese gemeenten. Sommige benaderden daar hun rekenkamer mee. Zo kreeg de rekenkamer van Medemblik en Opmeer de suggestie om onderzoek te doen naar de vermeende complexiteit van zorgtrajecten en de moeite die inwoners zouden hebben om hun weg te vinden in een veelheid van regels en aanbieders. En zo voelde de rekenkamer van Hoorn onder raadsleden behoefte aan inzicht in de uitvoering van de jeugdzorg, de ontwikkeling van het aanbod en de kosten. Tevens was er de vraag of in de uitvoering van de jeugdzorg voldoende wordt gekeken naar de eigen kracht en zelfredzaamheid van inwoners.

Omdat de gemeenten Hoorn, Medemblik en Opmeer hun jeugdzorg gezamenlijk inkopen en daarvoor ook een gezamenlijk beleidskader hebben opgesteld, hebben de betreffende rekenkamers in het najaar van 2024 besloten samen een onderzoek uit te voeren. In december 2024 voegde zich daar de toen net geïnstalleerde rekenkamer van de SED–gemeenten aan toe (Stede Broec, Enkhuizen, Drechterland).

Gemeente Koggenland blijft in dit onderzoek buiten beschouwing. Hoewel deze gemeente wel onderdeel is van de regionale inkoopsamenwerking, bleek de

[1] Jeugdautoriteit, Stand van de jeugdzorg, oktober 2025.

[2] VNG, Financiële klem moet weg voor hulp aan kinderen en gezinnen, 30 januari 2025.

rekenkamer van deze gemeente tijdens de verkenning in 2024 geen capaciteit te hebben voor het onderzoek.

De drie rekenkamers vonden elkaar uiteindelijk in de gedeelde behoefte aan meer inzicht in de uitvoering van de jeugdhulp. In het bijzonder hadden zij behoefte aan inzicht in hoe inwoners worden geholpen (is de zorg toegankelijk en is er adequate controle op de kwaliteit?) en behoefte aan inzicht in de beheersbaarheid van de kosten.

1.2 Vraagstelling en normenkader

Met dit onderzoek is nagegaan in hoeverre het de gemeenten Drechterland, Enkhuizen, Hoorn, Medemblik, Opmeer en Stede Broec lukt inhoud te geven aan de zorgplicht die hen met de Jeugdwet is gegeven. Kijkend naar die verantwoordelijkheid, dan heeft het lokale team daarin een belangrijke rol te spelen. VNG definieert het lokale team als 'een team dat integraal, generalistisch, interdisciplinair en outreachend werkt voor de ondersteuning en dienstverlening die een bepaalde gemeente biedt aan haar inwoners in het kader van de sociaaldomeinwetten'[3]. Dit team is voor veel hulpvragers het eerste aanspreekpunt en verantwoordelijk voor het verhelderen van de hulpvraag en het bepalen van passende ondersteuning. Doorgaans is bij dit team ook de verantwoordelijkheid voor regievoering neergelegd, wat inhoudt dat zij geacht wordt de hulpverlening te blijven volgen nadat is doorverwezen naar een specialistische aanbieder.

Alle onderzochte gemeenten beschikken over een lokaal team dat deze taken uitvoert, maar de benaming van deze teams verschilt. Zo wordt in de ene gemeente gesproken van een wijkteam, in de andere van een stadsteam, gebiedsteam of jeugdteam. Omwille van de leesbaarheid wordt in dit rapport consequent de term 'lokaal team' gehanteerd als overkoepelende aanduiding voor het team dat verantwoordelijk is voor gemeentelijke toegang tot jeugdhulp, vraagverheldering en, waar nodig, het afgeven van de beschikking die een inwoner recht geeft op specialistische jeugdzorg.

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Welke resultaten behalen lokale teams met hun dienstverlening aan kinderen en ouders? Worden kinderen en gezinnen adequaat geholpen in de eerste lijn en worden zij als specialistische zorg nodig is, goed doorverwezen, overgedragen en gemonitord? Houden de lokale teams daarbij grip op kwaliteit en kosten?

In lijn met de algemene functie van rekenkamers is aan de hand van de centrale onderzoeksvraag nagegaan of de uitvoering van de jeugdzorg doeltreffend, doelmatig en rechtmatig is. Nagegaan is of de gemeenten erin slagen inwoners met hulpvragen goed te helpen (doeltreffendheid), of zij daarbij in staat zijn de kosten te beheersen (doelmatigheid), en of die hulp volgens de regels en het beleid wordt

[3] VNG, Richtinggevend kader Toegang, lokale teams en integrale dienstverlening, februari 2025.

uitgevoerd (rechtmatigheid). Verder is met dit onderzoek gekeken naar de toegankelijkheid van jeugdzorg. De centrale onderzoeksvraag is aan de hand van deze waarden uitgewerkt in de volgende deelvragen:

Doeltreffendheid

- Wat is de precieze opdracht voor de lokale teams? Wie is er verantwoordelijk voor het realiseren van de doelen en hoe wordt op de realisatie van die doelen toegezien?
- In hoeverre wordt er gewerkt volgens het principe één gezin, één plan één regisseur? Zijn daarbij verschillen tussen trajecten die starten bij het lokale team en trajecten die starten bij de huisarts?
- In hoeverre wordt er afgestemd tussen de huisarts en het lokale team? Is er samenwerking? Wanneer gebeurt dat wel en wanneer niet?
- Hoe wordt erop toegezien dat de geboden zorg aan een kind of gezin adequaat is? Bij doorverwijzing door het lokale team moet het lokale team daar als regisseur op toezien. In hoeverre slagen zij daarin? Hoe wordt bij een doorverwijzing door een huisarts toegezien op de adequaatheid van een traject?
- In hoeverre wordt in de hulpverlening ook aandacht besteed aan eventuele andere problemen of omstandigheden binnen het betreffende gezin (zoals eventuele schulden, verslaving, huisvestingsproblemen, inkomensondersteuning, etc). Zijn daarbij verschillen tussen trajecten die starten bij het lokale team en trajecten die starten bij de huisarts?
- In hoeverre wordt inhoud gegeven aan het streven om een kind of een gezin zoveel mogelijk de eigen regie te laten voeren over het traject?

Doelmatigheid

- In hoeverre is bij kinderen en gezinnen die specialistische jeugdzorg ontvangen eerst nagegaan welke mogelijkheden er zijn van lichtere vormen van hulp (eerstelijns hulp)? Hoe gebeurt dat bij de lokale teams en hoe gebeurt dat bij de huisartsen?
- Welke afspraken worden bij een hulptraject gemaakt over kosten? Hoe houdt de gemeente zicht op de uitgaven? In hoeverre is zij in staat de kosten van een traject te beheersen? Zijn daarbij verschillen tussen trajecten die starten bij het lokale team en trajecten die starten bij de huisarts?

Rechtmatigheid

- Hoe wordt toegezien op de rechtmatigheid van de zorg (voor zover die gefinancierd wordt door de gemeente)?
- Hoe houden de gemeenten na een beschikking bij of de declaraties passen binnen de afgesproken kaders?
- In hoeverre zijn lokale teams en huisartsen alert op eventuele misstanden/onrechtmatigheden. In hoeverre geven zijn eventuele signalen af aan de gemeente of de netwerkorganisatie‘ ‘Zorg in Regio Westfriesland’?

Toegankelijkheid

- In hoeverre is jeugdzorg beschikbaar? Zijn daarbij verschillen tussen het lokale team en de huisarts?
- Wat zijn de wachttijden en wachtlijsten voor de verschillende vormen van jeugdzorg? Zijn hier historische gegevens over? Hoe ontwikkelden de wachttijden en wachtlijsten zich door de jaren heen?
- Wat voor hulp wordt er geboden als een kind of gezin op een wachtlijst staat? Is er in de tussentijd alternatieve hulp? Zijn daarbij verschillen tussen het lokale team en de huisarts?
- In hoeverre dekt het aanbod van jeugdzorg de vraag?

Achtergrondvragen

- Hoeveel kinderen en gezinnen uit Hoorn, Medemblik en Opmeer ontvangen hulp/zorg die wordt gefinancierd door de gemeente?
- Hoeveel kinderen en gezinnen worden geholpen met de verschillende vormen van lichte zorg en/of specialistische zorg?

Om zo concreet mogelijk te bepalen of de hulpverlening doeltreffend, doelmatig, rechtmatig en toegankelijk is, is een normenkader opgesteld. Dit kader is onder andere gebaseerd op het beleid van de gemeenten en wetgeving (o.a. Jeugdwet en Wmo). De normen komen achtereenvolgens in het rapport aan de orde. Ten behoeve van de vindbaarheid worden deze in aparte kaders behandeld.

1.3 Waar is de gemeente verantwoordelijk voor?

De verantwoordelijkheid die gemeenten hebben voor de gezondheid en het welzijn van jeugdigen is begrensd. In Nederland zijn er naast de Jeugdwet, waarin de verantwoordelijkheden van gemeenten zijn vastgelegd nog twee andere wetten waar jeugdigen met een zorgbehoefte aanspraak op kunnen maken: de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). In Tabel 1 zijn de drie wetten tegen elkaar afgezet, en is aangegeven welke hulp en zorg nu wel voor rekening van de gemeente komt en welke niet.

Tabel 1: Welke vormen van jeugdhulp en -zorg vallen onder de Jeugdwet?[4]

Wet	Welke vormen van hulp en zorg worden ermee geregeld?
Jeugdwet (via de gemeente)	- Voor kinderen en jongeren tot 18 jaar[5] met opgroei- en opvoedproblemen of psychische problemen. - Het gaat zowel om niet-complexe of niet-structurele zorg, begeleiding of behandeling als om specialistische zorg zoals jeugd GGZ. - Zorg voor jeugdigen die wordt ingezet op basis van een rechterlijke uitspraak, zoals jeugdbescherming en jeugdreclassering. Het casemanagement hiervan wordt uitgevoerd door de Gecertificeerde Instellingen (GI's).
Zorgverzekeringswet (via zorgverzekeraar)	- Voor medische zorg (lichamelijk en psychisch), zoals huisarts, ziekenhuiszorg, medicijnen, en medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg.
Wet langdurige zorg (via zorgkantoor)	- Voor kinderen met een ernstige, blijvende beperking of aandoening die 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid nodig hebben. Het betreft structurele (levenslange), intensieve zorg.

1.4 Afbakening van het onderzoek

Sinds de decentralisatie in 2015 is de jeugdzorg verdeeld in drie hoofdvormen: jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Jeugdhulp is bedoeld voor kinderen, jongeren en ouders met opgroei- of opvoedproblemen, en omvat vrij toegankelijke (eerstelijns) en geïndiceerde (tweedelijns) jeugdhulp. Voor tweedelijns jeugdhulp is altijd een doorverwijzing en gemeentelijke beschikking nodig. Binnen de geïndiceerde jeugdhulp wordt nog verder onderscheid gemaakt naar vrijwillige jeugdhulp en jeugdhulp binnen het gedwongen kader.

Dit onderzoek richt zich op **vrijwillige jeugdhulp** voor kinderen en jongeren van 0–18 jaar, vrij toegankelijk aangeboden via lokale teams en jeugdhulp die wordt aangeboden op basis van een beschikking. Bij de jeugdhulp op beschikking gaat het om trajecten die tot stand zijn gekomen op basis van doorverwijzing door het lokale team of de huisarts. Binnen de scope vallen:

- Vrij toegankelijke hulp via lokale teams, zoals opvoedondersteuning, oudertrainingen, groepsinterventies en individuele begeleiding.
- Ambulante, geïndiceerde jeugd-GGZ bij psychische problematiek (zoals angst, ADHD, autisme, trauma), zonder opname.
- Vrijwillige klinische jeugd-GGZ, met tijdelijke opname in een jeugdpsychiatrische instelling.
- Vrijwillige jeugdhulp met verblijf, zoals plaatsing in een pleeggezin of residentiële instelling.

[4] Deze tabel bevat per wet een korte beschrijving van de typen van zorg die ermee geregeld is. Ten behoeve van de leesbaarheid beperkt de beschrijving zich tot de meest gangbare vormen van hulp. Voor een omvattend overzicht zie website 'Wat is Jeugdhulp?' van het ministerie van VWS.

[5] In sommige gevallen kan jeugdhulp worden verlengd tot maximaal 23 jaar.

Buiten scope vallen de volgende vormen van zwaardere jeugdzorg, met daarbij de overwegingen:

- Jeugdbescherming en jeugdreclassering, omdat deze niet via lokale teams of huisartsen verlopen en gepaard gaan met civiel- of strafrechtelijke kaders die buiten het normenkader van de Jeugdwet vallen.
- Jeugd-GGZ of jeugdhulp met gedwongen verblijf, vanwege aanvullende wettelijke verplichtingen voor uitvoerende professionals, complexe organisatiestructuren, verdeling van verantwoordelijkheid over meerdere ketenpartners en de zwaarte van de doelgroep.
- Jeugd-LVB, omdat deze doelgroep deels onder andere beleidskaders valt en een eigen ondersteuningsstructuur kent.
- Verlengde jeugdhulp (18–23 jaar) en 'Zelfstandig leren leven', wat formeel onder de Jeugdwet valt, maar inhoudelijk en organisatorisch sterk verschilt van hulp voor minderjarigen en vooral gericht is op ondersteuning naar zelfstandigheid.

1.5 Onderzoeksaanpak

Op hoofdlijnen is het onderzoek in vijf delen uitgevoerd. In de eerste plaats is het gemeentelijke beleid verkend evenals de afspraken die de gemeenten met elkaar hebben gemaakt. Vervolgens deden we onderzoek naar de praktijk van de intake, eerstelijnshulp en het doorverwijzen. We spraken hiervoor met jeugdconsulenten en gedragsdeskundigen van de lokale teams. In het daaropvolgende deel bevroegen wij huisartsen over hun afwegingen bij het doorverwijzen naar specialistische jeugdhulp en hun samenwerking met het lokale team en de gemeente. In het vierde deel spraken we met de aanbieders van specialistische zorg. Ten slotte spraken wij met ontvangers van jeugdhulp.

We lichten deze onderdelen hier kort toe (zie ook Bijlage 1):

- Gesprekken met **beleidsadviseurs** van de gemeenten: Bij de zes gemeenten spraken wij met managers en beleidsadviseurs over de ontwikkelingen met betrekking tot de uitvoering van de jeugdzorg, het beleid en de regionale samenwerking. We verzamelden via hen ook de gemeentelijke beleidsdocumenten.
- Gesprekken met **regionale adviseurs**. De zes gemeenten kopen hun jeugdhulp gezamenlijk via regionale netwerkorganisatie 'Zorg in de regio West-Friesland. Wij spraken daar met de inkoopmanager[6]. Hiernaast spraken we met de regionaal programmamanager jeugdzorg die op regionaal niveau de lokale bestuurders adviseert over het regionale beleidskader en de regionale samenwerking.
- Gesprekken met **consulenten van lokale teams** over eerstelijnshulp en casusregie: Voor alle zes de gemeenten geldt dat zij een eerstelijnsvoorziening hebben ten behoeve van intake, lichtere vormen van hulp, indicatiestelling,

[6] Manager NWO.

doorverwijzing en casusregie. We spraken per gemeente met 3 à 4 consulenten. Om een zo getrouw mogelijk beeld te krijgen van de praktijk van de hulpverlening zijn tijdens elk interview ook twee dossiers of casussen besproken. Aan de hand van een checklist is per dossier of casus nagegaan hoe het traject verloopt, hoe wordt toegezien op de uitvoering van wat in het plan van aanpak is afgesproken, hoe inhoud wordt gegeven aan het uitgangspunt dat er periodieke tussenevaluaties plaatsvinden, hoe het lokale team de regierol invult, en in hoeverre ook aandacht wordt gegeven aan eventuele andere problemen in het gezin (integraliteit).

- Gesprekken met **huisartsen en praktijkondersteuners**: Voor dit onderzoek spraken wij verspreid over Westfriesland met zes huisartsen/praktijkhouders en drie praktijkondersteuners (POH) GGZ Kind en Jeugd.
- Interviews met specialistische en hoogspecialistische jeugdhulp: Voor dit onderzoek is met 7 **zorgaanbieders** uit de regio Westfriesland gesproken. We spraken met zowel met leidinggevenden als met medewerkers die de dagelijkse praktijk van de hulpverlening goed kennen, die rond individuele kinderen/ gezinnen regelmatig schakelen met de regisseurs van de lokale teams, en in systemen de voortgang van trajecten moeten bijhouden.
- Gesprekken met **ontvangers** van jeugdhulp: tenslotte is gesproken met tien gezinnen die jeugdhulp hebben ontvangen. Wij zijn met deze ontvangers in contact gekomen via de lokale teams. De gezinnen hebben voor hun medewerking een cadeaubon ontvangen.

1.6 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit 6 delen. In het eerste deel (Hoofdstuk 2) wordt het regionale en lokale beleid beschreven, waarbij ook de landelijke context wordt gegeven, zoals de Jeugdwet en plannen om de uitvoering te verbeteren (Hervormingsagenda Jeugd). Vervolgens worden in Hoofdstuk 3 de omvang van de jeugdhulp en de trends beschreven. Er wordt per gemeente onder andere een overzicht gegeven van aantallen jeugdigen en gezinnen die hulp ontvangen en de uitgaven die daarmee gemoeid zijn. In Hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe de zes gemeenten hun hulpverlening hebben georganiseerd. Beschreven wordt welk proces hulpvragers binnen gemeenten/ lokale teams doorlopen van intake tot eventuele doorverwijzing naar specialistische hulpaanbieders. Daarbij wordt stilgestaan bij hoe dat proces zich verhoudt tot de gemeentelijke beleidsregels en het regionale beleidskader. In Hoofdstuk 5 wordt beschreven hoe dat proces eruitziet wanneer een inwoners zich meldt bij de huisarts. Hoofdstuk 6 belicht vervolgens het perspectief op dit proces van de gecontracteerde zorgaanbieders. In het laatste hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen.

2 Regionaal en lokaal beleid

Ten behoeve van de inkoop van specialistische jeugdzorg werken de gemeenten in de regio Westfriesland samen. Zij hebben hiervoor een netwerkorganisatie opgezet en een gezamenlijk beleidskader opgesteld. Dit kader schetst de uitgangspunten voor de jeugdhulp en bevat ook afspraken over hoe inwoners moeten worden doorverwezen. Tegelijkertijd hebben de gemeenten de ruimte behouden om intake en eerstelijnszorg op hun eigen manier in te richten. Zij hebben dat elk afzonderlijk beschreven in hun verordeningen en onderliggende beleidsregels. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat gemeenten samen hebben afgesproken en hoe zij de hulp binnen hun eigen organisatie verder hebben ingericht.

2.1 Basis van het beleid

Net als in de rest van het land wordt in Drechterland, Enkhuizen, Hoorn, Medemblik, Opmeer en Stede Broec onderscheid gemaakt tussen drie categorieën[7] van jeugdhulp. In de eerste plaats is er de laagdrempelige eerstelijnszorg waar inwoners terecht kunnen zonder doorverwijzing, en waar zij zonder beschikking gebruik van kunnen maken. In de tweede plaats is er de specialistische jeugdhulp. Dit is zorg waar wél een doorverwijzing en een beschikking voor nodig is. Deze hulp wordt door de gemeenten ingekocht bij zorgaanbieders. Het gaat bijvoorbeeld om hulp bij ernstige gedragsproblemen, psychiatrische problemen of begeleiding in verband met een licht verstandelijke beperking. Ten derde is er de hoogspecialistische jeugdhulp. Het betreft intensieve hulp voor jeugdigen en gezinnen met ernstige, meervoudige problematiek. Vaak zijn er bij deze ontvangers van hulp meerdere hulpverleners betrokken.

Ten behoeve van de eerste lijn hebben de zes gemeenten ieder een eigen voorziening. De gemeenten verschillen van elkaar in de manier waarop zij deze voorziening hebben georganiseerd en de manier waarop de hulp die daar wordt geboden is afgebakend. In paragraaf 4.1 wordt daar verder op ingegaan.

Ten behoeve van de inkoop van specialistische en hoogspecialistische jeugdhulp hebben de gemeenten samen een inkoop- en contractmanagementteam opgezet: de netwerkorganisatie ‘Zorg in de regio Westfriesland’. Via deze netwerkorganisatie kopen de gemeenten hun (hoog)specialistische zorg in. Op regionaal niveau is er ook een regionaal beleidskader. Hierin wordt onder meer beschreven welke uitgangspunten de gemeenten delen als het gaat om jeugdhulp. Het beleidskader is ontwikkeld door de gemeenten samen in een regionaal beleidsteam. Dit team wordt

[7] In de praktijk wordt dit onderscheid echter niet in de budgetten weerspiegeld: het grootste deel van de middelen gaat op aan (hoog)specialistische jeugdhulp. Hierdoor is er relatief weinig ruimte voor pedagogische basisvoorzieningen en lichte vormen van jeugdhulp, waardoor vragen sneller doorgezet worden naar de tweede lijn.

voorgezeten door een regionaal programmamanager die in dienst is bij de Gemeenschappelijke Regeling Ondersteuning Bestuurlijke Samenwerking West-Friesland[8]. In paragraaf 2.2 wordt verder ingegaan op deze samenwerking en het regionale beleidskader.

Naast de (hoog-)specialistische jeugdhulp die binnen het regionale raamcontract wordt ingekocht[9], kopen gemeenten regelmatig ook zorg in buiten dat raamcontract. Dat gebeurt bijvoorbeeld als er een zorgvraag is die niet beantwoord kan worden door een van de gecontracteerde aanbieders. In zo'n geval wordt ook wel gesproken van een maatwerkovereenkomst.

De (hoog) specialistische jeugdhulp is niet vrij toegankelijk. Een inwoner die er gebruik van wil maken, heeft daarvoor een beschikking nodig van de gemeente. Aan die beschikking gaat een proces vooraf waarin wordt bepaald of jeugdhulp nodig is, en zo ja welke hulp het meest passend is. Dit proces kan via drie routes worden doorlopen: via een huisarts, via een jeugdconsulent van een gemeente of lokaal team of via een gecertificeerde instelling (zie Figuur 1). Gecertificeerde instelling zijn door de overheid erkende organisaties die maatregelen op het gebied van jeugdbescherming en jeugdreclassering uitvoeren. Dit type van jeugdzorg is door de rechter opgelegd. Een voorbeeld daarvan is een ondertoezichtstelling (OTS). De jeugdzorg die via gecertificeerde instellingen wordt gegeven, valt buiten het kader van dit onderzoek.

Het voorveld: laagdrempelige vrij toegankelijke algemene voorzieningen

Naast de hierboven genoemde vormen van jeugdhulp kennen de gemeenten verschillende voorliggende voorzieningen. Het zijn publieke, vrij toegankelijke voorzieningen waar inwoners zonder beschikking terecht kunnen. Deze voorzieningen worden ook wel aangeduid als het voorveld.

- GGD Hollands Noorden: de zes gemeenten werken met nog andere gemeenten in de regio samen in GGD Hollands Noord. Het voorziet in het aanbod van consultatiebureaus, schoolartsen, logopedie, gezondheidsonderzoek, voorlichting, advies bij kinderziekten en vaccinaties tegen ziekten. Een specifiek voorbeeld van een GGD-initiatief dat onderdeel is van het voorveld van de jeugdzorg is het programma 'Stevig ouderschap'. Dit programma biedt opvoedondersteuning aan aanstaande ouders en ouders die net een kind hebben gekregen.
- Veilig Thuis: Veilig Thuis is verantwoordelijk voor het bieden van advies en het behandelen van meldingen omtrent huiselijk geweld en kindermishandeling. Bij zorgen over de eigen thuissituatie of over die van anderen kunnen inwoners met het meldpunt bellen, mailen of chatten. Er werken SKJ-geregistreerde

[8] zie: Gemeenschappelijke Regeling Ondersteuning Bestuurlijke Samenwerking West-Friesland

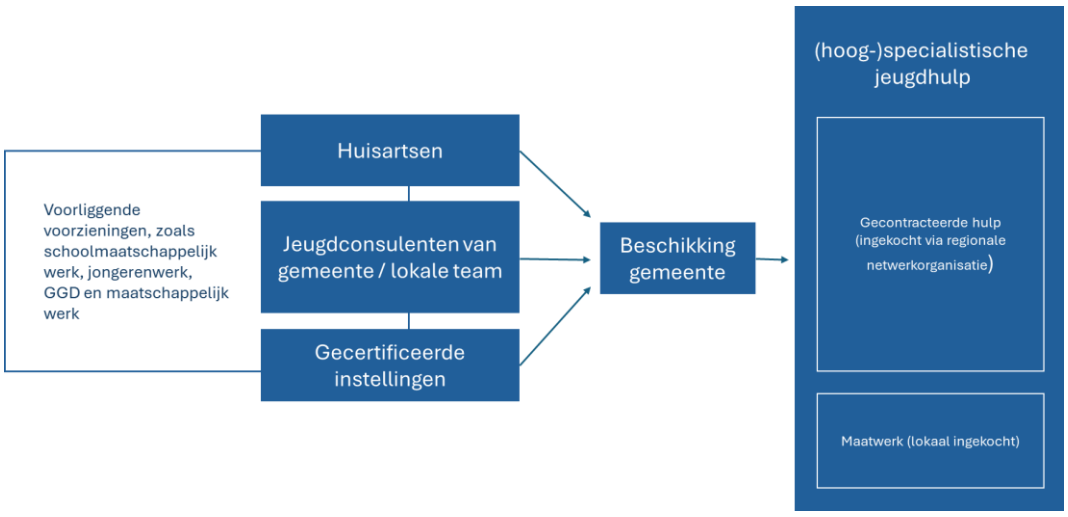
[9] Een deel hiervan wordt bovenregionaal ingekocht. Dit geldt voor Jeugdzorg Plus en Crisisdienst.

consulenten, gedragswetenschappers en vertrouwensartsen[10]. Veilig Thuis is regionaal georganiseerd. Het is onderdeel van de GGD Hollands Noorden.

- Maatschappelijk werk: elke gemeente heeft in het kader van de Wmo en Jeugdwet een voorziening voor maatschappelijk werk. Het betreft ondersteuning van inwoners ten behoeve van hun welzijn en participatie. De doelgroep van het maatschappelijk werk is breed, en loopt van jongere kinderen tot aan mensen op hoge leeftijd. Voorbeelden van vraagstukken waarbij het maatschappelijk werk kan helpen zijn: financiële zorgen, opvoeding, verslaving, zelfstandig wonen en relatieproblemen. De gemeenten voorzien daarbij ook in 'schoolmaatschappelijk werk' dat gericht is op het welzijn en participatie van jeugdigen. Soms is dat gecombineerd met het jongerenwerk. De zes gemeenten verschillen van elkaar in de mate waarin eerstelijns jeugdzorg onderdeel is van het maatschappelijk werk. In Hoofdstuk 4 wordt daar verder op ingegaan.
- Jongerenwerk: elke gemeente heeft ook de beschikking over jongerenwerkers. Zij begeleiden laagdrempelig jongeren die steun nodig hebben om zich te ontwikkelen. Die begeleiding wordt geboden op plekken dichtbij de jongeren, zoals op school, in de wijk of online. In enkele gemeenten is het jongerenwerk ondergebracht bij de organisatie die ook de intake en doorverwijzing doet ten behoeve van jeugdzorg.

Naast deze voorzieningen zijn er ook nog andere voorzienien die tot het voorveld kunnen worden gerekend maar niet direct 'hulpverlening' tot doel hebben zoals sportclubs en buurthuizen.

Figuur 1: Drie routes naar (hoog-) specialistische jeugdhulp[11]



[10] SKJ staat voor Stichting Kwaliteitsregister Jeugd. Het is een beroepsregister voor jeugdprofessionals in Nederland, die werkzaam zijn op hbo- of wo-niveau en direct contact hebben met kinderen en jongeren in complexe en risicovolle situaties.

[11] Naast huisartsen kunnen ook jeugdartsen of andere medisch specialisten verwijzen naar specialistische jeugdzorg. Omdat het om relatief weinig doorvwerwijzingen gaat (zie tabel 8), zijn deze verwijzingen niet onderzocht.

Hervormingsagenda jeugd en de Deskundigencommissie (Commissie Van Ark)

Vanwege de noodzaak die gemeentebreed en ook landelijk werd gevoeld om beter grip te krijgen op de jeugdzorg formuleerden enkele landelijke partners waaronder het ministerie van VWS, VNG en vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties en zorgaanbieders de 'Hervormingsagenda jeugd 2023-2026[12]'. Deze agenda heeft tot doel het hoofd te bieden aan tien grote opgaven. Zes daarvan richten zich op het verbeteren van jeugdhulp, vier op het verbeteren van het jeugdhulpstelsel en de uitvoering daarvan in de praktijk.

In het algemeen worden gemeenten aangespoord scherpere keuzes te maken. Uitgangspunt is dat de meest kwetsbaren altijd geholpen moeten worden maar dat ook duidelijker wordt wat inwoners precies van hun gemeente kunnen verwachten. Zo hoeven niet alle hulpvragen van jeugdigen en ouders met jeugdzorg beantwoord te worden. Het vereist dat de gemeente met laagdrempelige dienstverlening in een vroegtijdig stadium het gesprek aangaat en met voorliggende voorzieningen mensen verder helpt.

Een belangrijke rol ziet men weggelegd voor de lokale teams. Deze teams moeten volgens de opstellers van de agenda worden versterkt. Zij moeten meer multidisciplinair zijn samengesteld met goed opgeleide professionals met de juiste (in ieder geval ontwikkelingspsychologische) expertise, tijd, ruimte en mandaat. Verder relevant ook voor de regionale beleidsontwikkeling is het rapport 'Groeipijn' van een commissie van deskundigen dat in januari 2025 verscheen (Commissie Van Ark). De commissie constateert dat de doelstellingen van de Hervormingsagenda weliswaar goed zijn, maar de voorgestelde initiatieven onvoldoende. De hervormingsagenda zou te weinig concrete handvatten bieden om het stelsel en de uitvoering effectief en duurzaam te versterken. In de eerste plaats pleit de commissie voor versterking van het voorveld om zo de instroom naar zorg te verminderen. Onder meer zou het onderwijs en de lokale voorzieningen zoals lokale teams versterkt moeten worden om kinderen en gezinnen vroegtijdig te ondersteunen. In de tweede plaats zou - in gevallen waarbij jeugdzorg wordt ingezet - meer focus moeten zijn op resultaat.

2.2 Regionale inkoop en regionale beleidscoördinatie

Netwerkorganisatie 'Zorg in de regio Westfriesland'

Omdat veruit de meeste gemeenten zelf een te kleine schaal hebben om hun inwoners een dekkend aanbod van specialistische jeugdzorg te bieden, wordt in Nederland samengewerkt in jeugdzorgregio's. In deze regio's kopen gemeenten gezamenlijk hun jeugdzorg in. In Westfriesland bestaat hiervoor de

[12] Ministerie van VWS, Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028.

netwerkorganisatie ‘Zorg in de regio Westfriesland’. Naast jeugdzorg verzorgt deze organisatie ook de inkoop en het contractmanagement van begeleiding, dagbesteding, kortdurend verblijf en hulpmiddelen in het kader van de Wmo.

De gezamenlijke inkoop vergt tot op zekere hoogte gezamenlijk beleid. Zo stellen de inkoopvoorwaarden die aan zorgaanbieders worden gesteld ook eisen aan de gemeentelijke eerstelijn. Zo moeten de gemeenten ervoor zorgen dat de consulenten van de eerstelijn weten welke aanbieders er zijn gecontracteerd; moeten zij ervoor zorgen dat elk zorgtraject is gebaseerd op een plan en dat op de uitvoering van dat plan wordt toegezien.

Ten behoeve van hun gezamenlijke inkoop van (hoog)specialistische zorg hebben de gemeenten daarom een gezamenlijk inkoopbeleid. Dit is vastgelegd in de beleidsuitgangspunten inkoop jeugd en Wmo Westfriesland (maart 2023)[13] en in het memo ‘Stip op de horizon’ (december 2023)[14]. De portefeuillehouders van de deelnemende gemeenten hebben hiermee vastgelegd dat zij samen tot een passend en dekkend aanbod willen komen, zowel binnen hun eigen lokale voorzieningen als op regionaal niveau met externe aanbieders. Voor inwoners moet het volgens hen daarbij duidelijk zijn waar zij terecht kunnen met hun hulpvragen, wat zij van de gemeente en de zorg kunnen verwachten en wat er van hén als inwoner verwacht wordt.

Regionale beleidscoördinatie

Ter ondersteuning van de regionale beleidsvorming en uitvoering bestaat er in de regio een ambtelijk overlegorgaan. Elke gemeente is hier met een beleidsmedewerker in vertegenwoordigd. De beleidsmedewerkers komen wekelijks bijeen voor inhoudelijke afstemming. Het overleg wordt voorgezeten door een regionaal programmamanager jeugdzorg, die in dienst is van de Gemeenschappelijke Regeling Ondersteuning Bestuurlijke Samenwerking West-Friesland (sinds 2012). De GR faciliteert de bestuurlijke afstemming, bijvoorbeeld het Madivosa. De ambtelijke beleidsgroep jeugd bereidt de besluitvorming voor die, na akkoord van het ambtelijke Madivosa, in het regionaal bestuurlijke portefeuillehoudersoverleg (Madivosa) wordt besproken. Besluitvorming vindt plaats in de afzonderlijke colleges.

Op regionaal niveau is afgesproken om op hoofdlijnen uniform te werken, en het ambtelijk overleg moet helpen om dat te realiseren. Zo gebruiken bijvoorbeeld alle gemeentelijke eerstelijnsvoorzieningen bij het doorverwijzen naar specialistische jeugdzorg het perspectiefplan.

In het regionaal beleidsoverleg jeugd, waar eenmaal per 2 weken ook twee contractmanagers van de Netwerkorganisatie aan deelnemen worden lokale afwijkingen van de afspraken gesignaleerd en besproken. Gemeenten spreken elkaar aan op gemaakte afspraken en zoeken gezamenlijk naar oplossingen als de

[13] Beleidsuitgangspunten Inkoop Jeugd en Wmo Westfriesland 2024 en verder

[14] Memo Stip op de horizon (december 2023)

samenwerking onder druk staat. Wanneer de uitvoering lokaal afwijkt, ligt de verantwoordelijkheid primair bij de betreffende gemeente; er is geen regionaal mandaat om naleving af te dwingen. Afdelingshoofden binnen het sociaal domein hebben hierin een sleutelrol: zij zijn de verbindende schakel tussen de bestuurlijke opdracht en de dagelijkse praktijk.

Kenmerkend voor deze regionale samenwerking is dat het, ondanks de gezamenlijke ambities, de afzonderlijke portefeuillehouders ruimte laat om binnen de eigen gemeenten, voorzieningen naar eigen inzicht in te richten. De gemeenten zijn tot op zekere hoogte vrij eigen keuzes te maken. In de praktijk is deze afbakening echter niet vertaald naar de budgetten: vrijwel alle middelen worden ingezet voor regionale inkoop, waardoor de ruimte voor lokaal maatwerk beperkt is.

Het ontbreken van een uniforme werkwijze wordt echter kritisch bekeken (zie o.a. de evaluatie 'Resultaatgericht werken in de regio Westfriesland' (AEF, 2022)[15]. Sinds 1 januari 2020 is de regio overgestapt op Resultaatgestuurd Werken (RGW) als inrichtingssystematiek voor jeugdhulp. Hierbij ligt de focus op het behalen van resultaten in tegenstelling tot op de geleverde inspanning. RGW is in 2022 in Westfriesland geëvalueerd, waarbij onder andere werd geconstateerd dat er vanwege het ontbreken van een uniforme manier van werken sprake was van meer administratieve lasten dan nodig. Het uniformeren en versimpelen van de werkwijzen werd daarom aanbevolen.

Beleidskader 'Zorg voor de Jeugd'

Naast de beleidsuitgangspunten waarnaar eerder is verwezen en het memo 'Stip op de horizon' die specifiek ingaan op inkoop is er een breder beleidskader 'Zorg voor de jeugd'. Hierin hebben deelnemende gemeenten beschreven hoe zij ervoor willen zorgen dat meer jeugdigen veilig en gezond opgroeien. Uitgangspunt van dit kader is dat gemeenten, voor zover dat mogelijk is, jeugdzorg zoveel mogelijk lokaal organiseren en dat zij regionaal samenwerken wanneer dat efficiëntievoordelen oplevert. Onder meer hebben de gemeenten met elkaar afgesproken dat[16]:

- Wat lokaal kan, lokaal wordt georganiseerd: in de praktijk betekent dit dat met name de preventieve voorzieningen en voorzieningen voor inwoners met een lichte hulpvraag lokaal zijn georganiseerd.
- Er wordt gewerkt met gebiedsgerichte teams: elke gemeente heeft een eerstelijns voorziening ingericht waar jeugdigen en gezinnen met uiteenlopende vragen terechtkunnen.
- Regionaal wordt samengewerkt ten behoeve van de beschikbaarheid en kwaliteit van specialistische jeugdzorg. Daarbij hanteren de gemeenten de stelregel: hoe specialistischer de jeugdzorg, hoe logischer het is om (boven)regionaal samen te werken.

[15] AEF (2022), Resultaat gericht werken in de region Westfriesland
[16] Regionaal beleidskader, Zorg voor de jeugd 2022-2026, Samen stappen voorwaarts zetten.

Er zijn in het regionale beleidskader verder drie zorginhoudelijke speerpunten benoemd waar de gemeenten de komende jaren op willen inzetten:

- Er wordt ingezet op normaliseren van probleemgedrag. Normaliseren is lastig te definiëren. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft hier verschillende perspectieven op[17]. Een van die perspectieven heeft betrekking op dat opvoeden in toenemende mate een privézaak is geworden, wat ouders onzeker maakt waardoor ze eerder een beroep doen op professionals om het gedrag van hun kind te verklaren of te beoordelen. Normaliseren betekent in dit verband dat opvoeden meer als een maatschappelijke opgave wordt gezien, in plaats van als verantwoordelijkheid van individuele ouders. De gemeenten willen daarom het netwerk waarin de jeugdige opgroeit, versterken en ondersteunen zodat gezin, vrienden, klasgenoten en buren een optimale rol kunnen spelen. Een ander perspectief op normaliseren gaat uit van de zelfredzaamheid, eigen kracht, eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van opvoeders en hun omgeving. Gemeenten willen jeugdigen en gezinsleden zo veel mogelijk zelf de regie geven. Uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor het welzijn in eerste instantie bij de jeugdige zelf en zijn gezin ligt en wanneer dit niet meer gepast is, verschuift deze naar het lokale team of een andere hulpverlenende partij. Daarbij opereren de gemeenten volgens het principe ‘één gezin, één plan, één regisseur’.
- De gemeenten zetten in op het voorkomen van jeugdzorg wanneer dat kan, maar beschermen wanneer dat moet. Door onder meer tijdig hulpvragen te signaleren wil men voorkomen dat problemen groter worden waardoor uiteindelijk zwaardere zorg moet worden ingezet. Dit willen de gemeenten bereiken door voor lichte vragen laagdrempelige, vrij toegankelijke voorzieningen te bieden, zoals (school)maatschappelijk werk, het consultatiebureau en het jongerenwerk. De voorzieningen worden ook wel het ‘voorveld’ of ‘voorliggende voorzieningen’ genoemd. Wanneer deze hulp onvoldoende (passend) is, kan de inwoner terecht bij de gemeente om in kaart te brengen wat de problemen precies inhouden en op welke leefgebieden die problemen spelen. Daarbij kan worden bekeken of specialistische zorg nodig is en of dat eventueel moet worden aangevuld met ondersteuning uit het voorveld: Dit betekent dat de gemeenten toegankelijke jeugdzorg bieden wanneer dat nodig is, zonder hoge drempels als lange wachtlijsten en ook dat ze waar nodig specialistische jeugdzorg inkopen.

Nieuwe regionale aanbesteding jeugdzorg

Dit jaar liep de regionale aanbesteding van (hoog) specialistische jeugdhulp af. Per 1 juli 2025 wordt gewerkt volgens de nieuwe raamovereenkomsten. Aan de nieuwe raamovereenkomsten ging een inkoopproces vooraf van ongeveer 2,5 jaar. Dit komt mede doordat er in die 2,5 jaar ook andere raamovereenkomsten werden

[17] Nederlands Jeugdinstituut, 2025, Wat is normaliseren? 9 perspectieven

afgesloten, waaronder ernstige dyslexie. Er is tijd besteed aan een proces om het regionale aanbod beter aan te laten sluiten bij de gemeentelijke (voorliggende) voorzieningen. Het projectteam inkoop zocht naar een balans tussen regionale uniformiteit en een lokale aanpak die aansluit bij lokale omstandigheden en behoeften. Nog steeds is het projectteam inkoop actief dat adviseert over de aansluiting tussen lokale voorzieningen en het regionale aanbod.

In het kader van de nieuwe aanbesteding heeft men zich ook gebogen over de positionering van het regionale kader. Er is een gevoelde noodzaak om op regionaal niveau beleid te uniformeren, terwijl tegelijk de behoefte bestaat om onderdelen (zoals preventief beleid) meer lokaal te verankeren. Er zijn met name drie thema's waarop men regionaal strakker en uniformer wil sturen:

- Resultaatgericht werken: per zorgtraject moet duidelijker worden welke doelen met een behandeling moeten worden bereikt. Na het hulptraject moet worden geëvalueerd in hoeverre de doelen zijn bereikt.
- Afstemmen met huisartsen: de bekendheid onder huisartsen met de gemeentelijke eerstelijnshulp moet worden verbeterd. Huisartsen moeten deze voorziening vaker betrekken in hun overweging om patiënten door te verwijzen naar specialistische hulp
- Terugdringen van de inzet van lokale maatwerkvoorzieningen. Gemeenten hebben de ambitie om maatwerkvoorzieningen terug te dringen. Hierop is het beleid aangescherpt. Samen met de netwerkorganisatie wordt er lokaal op aangedrongen, om bij doorverwijzing naar specialistische zorg, zoveel mogelijk gebruik te maken van de regionaal gecontracteerde aanbieders.

Advies Hervormingsagenda Jeugd Westfriesland

De opdracht die de gemeenten met de nationale hervormingsagenda hebben gekregen wordt in Westfriesland vooral opgepakt als een opdracht tot het beter beheersen van de jeugdzorg. Gezamenlijk vertrekpunt van de gemeenten (portefeuillehouders jeugdzorg) is om ook op termijn de jeugdzorg beschikbaar te hebben voor kinderen die het echt nodig hebben en het daarbij ook betaalbaar te houden. De adviesnota die zij lieten opstellen verwoordt het als volgt: 'De enige manier om dit te bereiken is het verminderen van de toestroom naar de specialistische jeugdzorg: minder toewijzingen én kortere zorgtrajecten. Normaliseren en beschikbaar hebben van een ander aanbod van voorzieningen is daarbij essentieel. 'Waarbij de sleutel ligt in de regierol van het Lokale Team.' Om er te komen zijn onder andere de volgende voorstellen gedaan[18]:

- Betrek andere domeinen zoals dat van onderwijs en werk en inkomen in het beleid en de uitvoering.
- Stel binnen elke gemeente een projectleider aan die toeziet op de uitvoering van het regionale beleid.

[18] Westfriesland, Advies Hervormingsagenda Jeugd, 11 juni 2025.

- Verwerk de structurele groei van de budgetten in de gemeentelijke meerjarenbegroting. Hierdoor maak je inzichtelijk wat de jeugdzorgkosten zijn en kan het effect van de Hervormingsagenda afgezet worden tegen de structurele groei.
- Versterk de eerstelijnshulp. Hiervoor moet worden ingezet op stevige lokale teams met voldoende kennis en expertise en verbinding met specialistische hulp. Het zijn teams die niet alleen toegang verlenen, maar zelf lichte hulp verstrekken, gericht op het versterken van het gewone leven en de veerkracht van gezinnen en jongeren.
- Versterk de relatie tussen lokale teams en huisartsen. Het doel is het aantal doorverwijzingen van huisartsen naar specialistische zorg terug te brengen. Hulpvragers die zich tot hun huisarts wenden, moeten zoveel mogelijk eerst worden doorverwezen naar het lokale team.

Visieleertraject SED-gemeenten

Op eigen verzoek hebben de gemeenten Stede Broec, Enkhuizen en Drechterland, samen met het visieleerteam van de VNG, een visieleertraject doorlopen in de periode juni 2023 tot en met maart 2024[19]. Zij hebben hiermee een antwoord proberen te vinden op de vraag: welke verbeteringen zijn er mogelijk om de inwoner zo goed mogelijk van dienst te zijn in de toegang? En hoe kunnen we die goed toepassen? Een van de centrale bevindingen is dat er sprake is van een gefragmenteerde sturing waardoor de samenhang in de wijze van organiseren op veel punten ontbreekt en er door historische ontwikkeling verschillende werkwijzen zijn ontstaan die de soepele samenwerking bemoeilijken. Het is onduidelijk hoe taken tussen SED en gemeente precies zijn verdeeld. Het gevolg hiervan is dat voor zowel inwoners als medewerkers niet altijd duidelijk is wie wanneer verantwoordelijk is. Ook lijkt er volgens de adviseurs van VNG sprake te zijn van gepercipieerde tegenstrijdigheden in de organisatiebelangen, waardoor men naar elkaar kijkt om de oplossing te bieden. In het eindrapport worden twee mogelijke oplossingsrichtingen gepresenteerd. Voor beide geldt als voorwaarde dat er een gezamenlijke politieke wil moet zijn. De gemeenten staan voor de keuze: verdergaande samenwerking of verdergaande autonomie.

Bij een keuze voor het eerste zouden de drie lokale teams (Ons Stede Broec, Stadsteam Enkhuizen, Team Inzet Drechterland) samen moeten gaan in één ‘Gebiedsteam SED’. Bij een keuze voor het tweede organiseert elke gemeente een eigen voor inwoners herkenbaar toegangsproces. Op een later moment is er nog een derde optie aan toegevoegd, namelijk uitvoering van de jeugdhulp door één centrale stichting die namens de drie gemeenten opereert.

Het ontwikkelproces dat op het advies volgde is ingewikkeld en weerbarstig gebleken. Het bleek politiek niet haalbaar om tot een keuze te komen. Er is een nieuwe opdracht geformuleerd om de bestaande lokale teams in hun huidige vorm

[19] VNG, Adviesrapport visie leertraject gemeenten Stede Broec, Enkhuizen en Drechterland, april 2024.

te laten bestaan en daarbij samen met de SED te onderzoeken hoe er intensiever samengewerkt kan worden om de knelpunten uit het VNG-rapport op te lossen.

2.3 Lokaal beleid

De uitgangspunten voor de uitvoering van de Jeugdwet hebben de zes gemeenten ieder vastgelegd in een Verordening jeugdhulp en onderliggende beleidsregels. Vanwege de nieuwe aanbesteding van (hoog)specialistische zorg, bekijken de gemeenten op dit moment in hoeverre hun verordening en beleidsregels moeten worden aangepast. Kijkend naar de nu geldende verordeningen en beleidsregels, dan vallen de volgende zaken op:

- Er wordt niet verwezen naar de regionale samenwerking: in geen van de verordeningen en beleidsregels wordt verwezen naar de regionale inkoopsamenwerking en de daaruit voortvloeiende beleidsmatige afstemming. Kijkend naar de verordeningen en beleidsregels, dan komen die op hoofdlijnen weliswaar overeen omdat zij een uitwerking zijn van één en dezelfde wet (de Jeugdwet), maar blijkt nergens dat de zes gemeenten in regionaal verband hebben afgestemd. Er is bijvoorbeeld nergens beschreven dat de gemeenten deels opereren vanuit een gemeenschappelijk beleidskader, specialistische zorg aanbieden via een regionale inkoopsamenwerking, en wat de rol is van deze inkoopsamenwerking bij het toezicht op de kwaliteit en rechtmatigheid van de ingekochte zorg.
- Toegang tot jeugdzorg: Gemeenten hebben de toegang tot de jeugdzorg verschillend georganiseerd, zoals in paragraaf 2.4 wordt beschreven. In de verordeningen is niet altijd helder beschreven hoe de toegang verloopt en hoe de verantwoordelijke organisaties zich precies verhouden tot de gemeentelijke organisatie. Zo is voor geen van de gemeenten uit de verordening op te maken of de toegang is neergelegd binnen de gemeente of dat de toegang is neergelegd bij een externe partij (stichting) die op basis van een subsidie werkt. Hier wordt in de paragrafen 4.1 en 4.2 verder op ingegaan.
- Afbakening van eerstelijnszorg: Alle zes gemeenten hebben in hun verordening aangegeven ‘algemene lokale voorzieningen' te bieden voor jeugdigen en gezinnen met een hulpvraag. Genoemd worden: informatie en opvoedadvies, jeugdgezondheidszorg, opvoedondersteuning, welzijnswerk en schoolmaatschappelijk werk. Hoewel de gemeenten dit hetzelfde omschrijven, bestaan er in de praktijk grote verschillen in wat de algemene lokale voorzieningen bieden en dan met name wat de lokale teams doen. In de ene gemeente beperkt de hulp van het lokale team zich tot vraagverheldering en het doorverwijzen, terwijl in de andere gemeente het lokale team zelf ook jeugdzorg biedt. Bijvoorbeeld door gesprekken te voeren met jeugdigen voor het verwerken van trauma, voor het omgaan met faalangst of voor het omgaan met autisme. De gemeenten trekken op verschillende manieren een lijn tussen eerstelijns en tweedelijnszorg. Het is uit de lokale verordeningen niet op te maken hoe de

gemeenten dat onderscheid maken. Het is daardoor niet duidelijk wat inwoners precies van het lokale team kunnen verwachten.

- In lijn met de Jeugdwet, erkennen alle zes gemeenten de huisarts als wettige verwijzer. In Medemblik, Opmeer en Hoorn is in de verordening vastgelegd dat bij een doorverwijzing door de huisarts, de zorgaanbieder waarnaar wordt doorverwezen in samenspraak met de hulpvrager het perspectiefplan opstelt. Voor deze gemeenten is verder bepaald dat het lokale team dit perspectiefplan beoordeelt. In de verordening is echter niet aangegeven hoe het lokale team tot een oordeel kan komen, zonder dat zij de betrokken hulpvragers hebben gezien of gesproken (zie ook Hoofdstuk 5). De gemeenten Stede Broec, Enkhuizen en Drechterland hebben in de zomer van 2025 nieuwe beleidsregels gepubliceerd. Hierin is vastgelegd dat bij een doorverwijzing door een huisarts de jeugdhulpaanbieder de hulpvraag moet onderzoeken en zich aan de afspraken met de gemeente moet houden. Het is echter onduidelijk of daarbij ook een perspectiefplan moet worden opgesteld. Ook voor deze gemeenten is onduidelijk hoe de gemeente tot een oordeel komt over het te financieren hulptraject.

Voor de zes gemeenten geldt dat zij hun opdracht voor de lokale teams en de uitgangspunten daarbij hebben beschreven in de beleidsregels. Zo is de reikwijdte van de zorgplicht beschreven en afgebakend; is aangeven wat verwacht wordt van de eerstelijnszorg en zijn de beleidsmatige concepten als ‘eigen kracht’, ‘eigen regie’ en ‘inzet eigen sociaal netwerk’ uitgewerkt. Ook is beschreven langs welke stappen inwoners toegang tot jeugdzorg kunnen krijgen. Tussen gemeenten bestaan er verschillen in de mate waarin de opdracht duidelijk is. Onderstaand schema geeft een overzicht.

Normen m.b.t. opdracht voor de lokale teams – In elke gemeente is er voor de eerstelijnsvoorziening een duidelijke opdracht geformuleerd die betrekking heeft op de hulp aan kinderen en gezinnen. – De taken en werkwijze van de eerstelijnsvoorziening worden bepaald door de doelstelling/opdracht en daaraan gekoppeld het mandaat. – De eerstelijnsvoorziening rapporteert periodiek over de uitvoering van die opdracht aan de gemeente/ aan het college.	
Hoorn	Ja, in de verordening en in de onderliggende beleidsregels is beschreven dat de verschillende taken die in het kader van de jeugdhulp moeten worden uitgevoerd, zijn belegd bij 1.Hoorn. Het functioneel model beschrijft vier rollen: vraagverheldering (toegang), het bieden van zelfhulp, coördinatie van zorg en het organiseren van groepsactiviteiten. Sinds de invoering van het Resultaatgestuurd Werken ligt extra nadruk op coördinatie en regievoering. Eerstelijnshulp wordt voornamelijk uitgevoerd door de opvoedadviseurs van de lokale teams en/of het voorliggende veld.
Medemblik	Deels, de gemeente heeft sinds juli 2025 nieuwe beleidsregels[20]. Hierin is beschreven waar inwoners met vragen zich kunnen melden. De rol van Team Preventie met betrekking tot de eerstelijnszorg voor jeugdigen en gezinnen is niet beschreven. Ook is niet beschreven hoe de hulpverlening van Team Preventie en Team Jeugd zich tot elkaar verhouden. Uit de gesprekken die wij voerden komt evenwel naar voren dat het Team Jeugd voor zichzelf wel een duidelijke opdracht ziet, namelijk hulpvragers helpen hun vraag te verhelderen om hen vervolgens door te verwijzen naar passende hulp.
Opmeer	Ja, in de verordening en beleidsregels[21] is duidelijk aangegeven dat intake, eerstelijnszorg en doorverwijzen bij het wijkteam is belegd. Aandachtspunt is dat het wijkteam de eerstelijnszorg in de praktijk breed opvat en ook zorg verleent die het karakter heeft van specialistische zorg. Deze keuze is niet expliciet beschreven, onduidelijk ook is hoe de gemeente de kwaliteit van deze zorg waarborgt. Het wijkteam informeert college en raad via kwartaalrapportages over de uitvoering. Deze rapportage beperkt zich tot financiële gegevens (gerealiseerde uitgaven).
Stede Broec	Deels, in de verordening en de beleidsregels[22] zijn de uitgangspunten beschreven. Onder andere wordt ingegaan op het resultaatgericht werken en de wijze waarop de inzet van specialistische zorg moet worden overwogen, en de stappen die daarvoor moeten worden gezet voordat tot een beschikking kan worden gekomen. De verordening en beleidsregels gaan echter alleen in op de rol en verantwoordelijkheid van 'Ons Stede Broec'. De toegang via de SED-organisatie is niet beschreven.

[20] Nadere regels Jeugdhulp gemeente Medemblik 2025 | Lokale wet- en regelgeving

[21] Gemeente Opmeer, Besluit van het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Opmeer houdende regels omtrent jeugdhulp, geldend van 25-12-2020 t/m heden.

[22] Gemeente Stede Broec, Verordening Jeugdhulp 2025 gemeente Stede Broec, Geldend van 13-08-2025 t/m heden.

Enkhuizen	Deels, in de verordening en de beleidsregels[23] zijn de uitgangspunten van de jeugdhulp beschreven evenals de rol die het Stadsteam heeft te spelen. Er wordt echter niet ingegaan op de rol van de SED-organisatie/gemeente. Bijvoorbeeld diens rol bij het doorverwijzen naar het stadsteam en de rol die het speelt bij het beschikken en monitoren van enkelvoudige zorgtrajecten na het doorverwijzen. Het Stadsteam heeft vanuit de stichting 'Iedereen Telt Mee' de volgende brede opdracht gekregen: 'Het leveren van (preventieve) ondersteuning, begeleiding, behandeling en consultatie en advies. 'Wij doen dat deskundig, op maat, lokaal en gericht op het versterken van eigen kracht en in samenwerking met ons professionele netwerk.' De stichting "Iedereen telt mee', rapporteert over de uitvoering 2-jaarlijks aan het College van B&W van Enkhuizen. De SED-organisatie staat hier in principe buiten.
Drechterland	Deels, in de verordening en de beleidsregels[24] zijn de uitgangspunten van de jeugdhulp beschreven evenals de rol die Team Inzet heeft te spelen. Er wordt echter niet ingegaan op de rol van de SED-organisatie/gemeente. Bijvoorbeeld diens rol bij het doorverwijzen naar team Inzet en de rol die het speelt bij het beschikken en monitoren van enkelvoudige zorgtrajecten na het doorverwijzen. Team Inzet ziet voor zichzelf in de praktijk een actieve hulpverlenersrol, met de nadruk op ondersteuning van jeugdigen en gezinnen met complexe of meervoudige problematiek. Team Inzet rapporteert jaarlijks met een jaarverslag aan de gemeente.

[23] Gemeente Enkhuizen, Verordening Jeugdhulp 2025 gemeente Enkhuizen, Geldend van 09-07-2025 t/m heden

[24] Gemeente Drechterland, Verordening Jeugdhulp 2025 gemeente Drechterland, Geldend van 09-07-2025 t/m heden

2.4 Organisatie en positionering lokale teams

De gemeentelijke toegang tot jeugdhulp is in alle zes Westfriese gemeenten georganiseerd via een herkenbaar lokaal team in de eigen gemeente. Deze teams hebben allemaal een andere benaming, maar ook de inrichting verschilt per gemeente. De verschillen in inrichting betreffen zowel de positionering binnen de gemeentelijke organisatie als de gekozen organisatievorm. Tabel 2 geeft een overzicht.

Tabel 2: Kenmerken van de lokale teams voor jeugdhulp in de Westfriese gemeenten

Gemeente	Uitvoerende organisatie	Lokaal team	Reikwijdte	Type problematiek
Drechterland	Gemeente Drechterland	Team inzet	Breed (0-100 jaar)	Meervoudig
Enkhuizen	Stichting Iedereen Telt Mee	Stadsteam	Breed (0-100 jaar)	Meervoudig
Hoorn	Gemeente Hoorn (1. Hoorn)	Gebiedsteam (x3)	Breed (0-100 jaar)	Enkelvoudig en meervoudig
Medemblik	Gemeente Medemblik (Team Jeugd)	Team Jeugd	Doelgroepgericht (0-18 jaar)	Enkelvoudig en meervoudig
Opmeer	Gemeente Opmeer	Wijkteam	Breed (0-100 jaar)	Enkelvoudig en meervoudig
Stede Broec	Stichting Ons Stede Broec	Wijkteam jeugd & gezin	Doelgroepgericht (0-18 jaar)	Enkelvoudig en meervoudig

2.5 Samenvatting Hoofdstuk 2

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de hulp aan jeugdigen en gezinnen. Net als in de rest van het land hebben de zes Wesfriese gemeenten hiervoor vrij toegankelijke voorzieningen zoals het consultatiebureau, schoolmaatschappelijk werk en jongerenwerk. Ook beschikken de gemeenten over lokale teams waar gezinnen en jeugdigen terecht kunnen met vragen en problemen. Wanneer de hulpvraag te specialistisch is kan het lokale team doorverwijzen naar specialistische hulp. Hiervoor wordt dan een beschikking afgegeven. Naast de lokale teams kunnen ook huisartsen doorverwijzen naar specialistische jeugdhulp. Ook hiervoor geldt dat de gemeente er een beschikking voor af moet geven. De opdracht voor uitvoering van de hulp in het kader van de Jeugdwet, hebben de gemeente geformuleerd in verordeningen en beleidsregels. Kijkend naar deze opdracht dan vallen met name drie zaken op:

- Uit de beleidsregels is niet goed af te leiden waar gemeenten de grens trekken tussen de hulp die zij zelf bieden en de hulp waarvoor zij inwoners naar specialistische aanbieders doorverwijzen. Kijkend naar de beleidsregels, dan lijken de gemeenten op elkaar. In de praktijk bestaan echter duidelijke verschillen. In Opmeer en Stede Broec nemen de lokale teams in de praktijk in principe alle hulpvragen zelf in behandeling, tenzij de veiligheid van de jeugdige in het geding is en/of de casus dusdanig complex is. Dan wordt de hulpvraag doorgezet naar het ingekochte aanbod. In Hoorn wordt ook eerst goed gekeken of een hulpvraag door de eerselijn kan worden behandeld, maar schakelt men

sneller door naar de tweede lijn als de vraag te zwaar of te specialistisch is. In Medemblik wordt door het lokale team in beginsel geen hulp geboden maar beperkt men zich tot vraagverheldering en het doorverwijzen, bijvoorbeeld naar maatschappelijk werk, of een specialistische zorgaanbieder. De lokale teams van Enkhuizen en Drechterland verlenen naar eigen zeggen anderhalfdelijns zorg, waarmee ze hulp bedoelen ten behoeve van complexe problematiek.

- De gemeenten hebben op regionaal niveau de ambitie om samen te werken. Dit is vastgelegd in een regionaal beleidskader. In de lokale beleidsregels en verordeningen wordt echter niet ingegaan op dit regionale beleidskader, noch op de taakverdeling die er tussen gemeente en netwerkorganisatie bestaat met betrekking tot controle op kwaliteit en rechtmatigheid.
- De zes gemeenten verschillen van elkaar in de mate waarin zij met huisartsen afstemmen. Hoewel zij in regionaal verband de wens hebben uitgesproken dat huisartsen vaker eerst naar het lokale team doorverwijzen in plaats van direct naar een specialistische zorgaanbieder, hebben de meeste gemeenten de huisartsen in hun gemeenten nog onvoldoende weten te bereiken. Ook is onduidelijk hoe de gemeente precies grip willen houden op de trajecten die naar aanleiding van een doorverwijzing van een huisarts starten. Een belangrijke vraag die onbeantwoord is, is hoe gemeenten precies zicht willen/kunnen houden op doelmatigheid van specialistische jeugdhulptrajecten die zijn ingezet op basis van een huisartsverwijzing en hoe daarbij de privacy van patiënten wordt gerespecteerd.

3 Jeugdhulp in cijfers

In de afgelopen tien jaar is de vraag naar jeugdhulp toegenomen. In 2024 ontving ongeveer 9% van alle Westfriese jeugdigen hulp. Dit is min of meer gelijk aan het landelijk gemiddelde. Het bevestigt het idee dat de zorgen die er landelijk zijn over de beheersbaarheid ook voor Westfriesland gelden. In dit hoofdstuk wordt op basis van gegevens van het CBS per gemeente inzicht gegeven in de omvang, uitgaven en de routes waarlangs inwoners hulp zoeken.

3.1 Hoeveel jeugdigen en gezinnen ontvangen hulp?

Vorig jaar ontvingen landelijk bijna 390.000 jeugdigen en/of hun gezinnen hulp in het kader van de Jeugdwet. Het betreft ongeveer 9% van alle jeugdigen. Het gaat om jeugdhulp die door gemeenten wordt gefinancierd, dus exclusief jeugdbescherming, jeugdreclassering, en zorg die met een persoonsgebonden budget wordt betaald. Het landelijke percentage van 9% is vergelijkbaar met dat van de meeste van de zes gemeenten die in dit onderzoek zijn betrokken. Van de zes gemeenten wijkt vooral Drechterland af, daar ontving slechts 6,1% van de jeugdigen hulp. Tabel 3 geeft een overzicht.

Tabel 3: Aantal jeugdigen dat jeugdhulp ontvangt, 2024 (a)

	aantal jeugdigen met hulp	% jeugdigen met hulp
Drechterland	310	6,1%
Enkhuizen	445	9,9%
Hoorn	1.725	9,1%
Medemblik	970	8,6%
Opmeer	220	7,5%
Stede Broec	480	8,7%
Landelijk	389.465	8,9%

(a) het betreft hulp in het kader van de Jeugdwet, exclusief jeugdbescherming, jeugdreclassering en hulp die met een PGB wordt betaald

Bron: CBS

Bij het overzicht van Tabel 3 moet worden opgemerkt dat het gaat om het aantal jeugdigen dat hulp ontvangt op basis van een beschikking. Meestal is dat hulp die op locatie van de hulpaanbieder wordt geboden. Het betreffen onder andere gesprekken, groepsgesprekken of dagopnames waarbij eventueel multidisciplinaire hulp wordt geboden. Daarnaast vindt er ook regelmatig hulp plaats buiten de muren van de zorginstelling, bijvoorbeeld bij een jeugdige thuis of op school. Deze hulp varieert sterk in intensiteit. Soms gaat het om therapeutische gesprekken van één of slechts enkele uren, soms gaat het om 24-uurs hulp. Buiten de aantallen van Tabel 3 vallen de jeugdigen en gezinnen die hulp ontvangen zonder beschikking. Het betreffen:

- Jeugdigen en gezinnen die worden geholpen met voorliggende voorzieningen, zoals door het schoolmaatschappelijk werk en het consultatiebureau.
- Jeugdigen en gezinnen die worden geholpen door een gemeentelijke eerstelijnsvoorziening (lokaal team) zonder daarbij (ook) te zijn doorverwezen naar specialistische zorg.
- Jeugdigen die worden geholpen door de huisarts of een praktijkondersteuner, zonder daarbij (ook) te zijn doorverwezen naar specialistische zorg.

Tabel 4: Aantal jeugdigen met specialistische hulp, 2024 (a)

	specialistische hulp op locatie (b.)	specialistische hulp in netwerk van jeugdige (c)	hulp met verblijf
Drechterland	275	55	20
Enkhuizen	380	80	35
Hoorn	1.425	360	140
Medemblik	830	140	120
Opmeer	140	30	20
Stede Broec	420	80	45
Landelijk	304.115	80.255	41.255

(a) het betreft hulp in het kader van de Jeugdwet, exclusief jeugdbescherming, jeugdreclassering en hulp die met een PGB wordt betaald.

(b) het betreft hulp die wordt aangeboden op de locatie van de hulpverlener.
(c) Het betreft hulp die wordt gegeven in de omgeving van de jeugdige bijvoorbeeld thuis of op school.De intensiteit kan variëren van één of enkele uren tot 24 uur per dag.

Bron: CBS

3.2 Kosten van de jeugdhulp

In de Jeugdwet is bepaald dat gemeenten financieel verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de jeugdhulp. De gemeenten hebben een jeugdhulpplicht, wat betekent dat gemeenten het gebruik van jeugdhulp volledig moeten vergoeden, ook als de gemeente er zelf niet inhoudelijk bij betrokken is geweest. Zo moet de gemeente bijvoorbeeld ook de kosten dekken van hulptrajecten die naar aanleiding van een doorverwijzing van een huisarts zijn gestart. De wetgever heeft hier bewust voor gekozen. Door met slechts één budgethouder te werken, heeft men geprobeerd de financieringsstromen te ontschotten. Voor de invoering van de Jeugdwet bleken de gescheiden financieringsstromen integrale en preventie hulp in de weg te staan[25].

De financiering van de Jeugdwet loopt via het gemeentefonds. Dit geld is niet geoormerkt voor specifieke doeleinden en kan in beginsel ingezet worden door gemeenten naar eigen inzicht, zo lang ze aan hun jeugdhulpplicht voldoen. In de

[25] TK 2012-2013, 33684, nr.3, Memorie van toelichting Jeugdwet

Jeugdwet zijn verder ook geen verplichtingen opgenomen met betrekking tot de vormgeving van de inkoop van jeugdzorg[26].

Tabel 5: uitgaven aan jeugdhulp in 2023 (€ 1.000)*

	jeugdhulp totaal	jeugd-hulp vrijwillig kader	jeugd-bescherming	jeugd-reclassering
Drechterland	7.236	6.859	377	.
Enkhuizen	7.245	6.894	350	.
Hoorn	25.954	23.308	1.782	864
Medemblik	17.181	16.294	887	.
Opmeer	3.812	3.699	.	.
Stede Broec	10.271	9.742	529	.

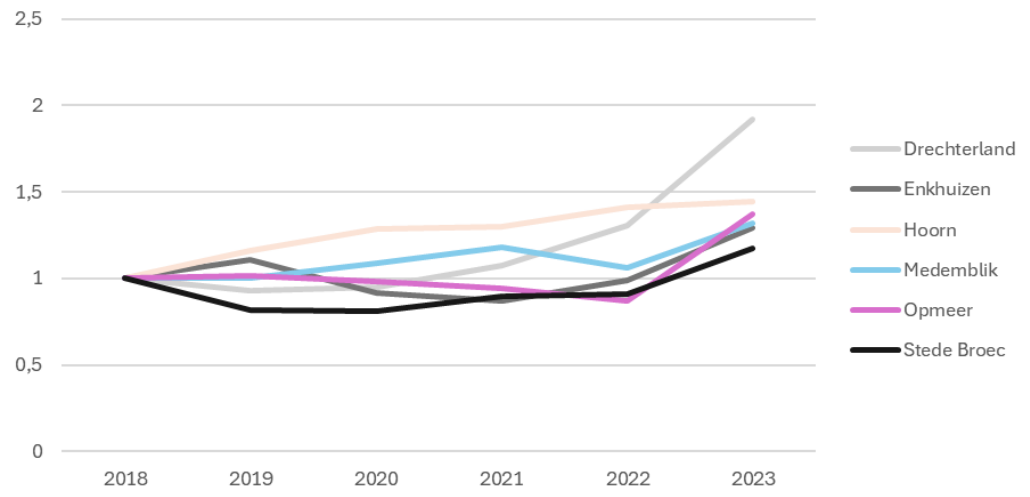
Bron: CBS

Kijkend naar de kostenontwikkeling over de afgelopen jaren, dan volgen de gemeenten ongeveer hetzelfde pad. De stijging in de jaren vanaf 2015 vlakte af in 2020 en 2021 als gevolg van de coronamaatregelen, sindsdien stijgen de kosten weer. De recente sterke stijging in Drechterland komt met name door een stapeling van zorg binnen één specifiek gezin. De zorgen die landelijk gelden voor de kostenontwikkeling, gelden ook voor de zes gemeenten. De verklaring die de gemeenten er voor geven is drieledig:

- Het aantal jeugdigen en gezinnen dat een beroep doet op de jeugdhulp stijgt gestaag, zoals hierboven beschreven is dat een landelijke trend. Binnen deze stijging zien de gemeenten ook een toename van behoefte aan intensievere of zwaardere hulp.
- Trajecten voor jeugdzorg worden langer, de behandelingen nemen in duur toe. Ook deze landelijke trend wordt door de lokale teams van de zes gemeenten herkend.
- Door een druk op de eerstelijnshulp vanwege personeelstekort en personeelsverloop, worden gezinnen en jeugdigen vaker doorverwezen naar duurdere specialistische hulp.

[26] Centraal Planbureau, De gemeentelijke inkoop van jeugdzorg, september 2021.

Figuur 2: Geïndexeerde kostenontwikkeling jeugdhulp[27]



exclusief kosten gedwongen kader (jeugdbescherming en reclassering)

Bron: CBS

De uitgaven aan jeugdhulp van de zes gemeenten liepen in 2023 uiteen van 3,7 tot 23,3 miljoen euro (zie Tabel 7), en is tot op zekere hoogte evenredig met het inwonertal. Per inwoner gaat het om een bedrag van € 303 (Opmeer) tot € 440 (Stede Broec) (zie Tabel 6).

Tabel 6: Uitgaven aan jeugdhulp in 2023 per inwoner

	kosten jeugdhulp per inwoner
Drechterland	€ 336
Enkhuizen	€ 365
Hoorn	€ 309
Medemblik	€ 353
Opmeer	€ 303
Stede Broec	€ 440

Bron: CBS

De hogere kosten voor Stede Broec verklaart de gemeente met de constatering dat er in Stede Broec sprake is van meer stapelingen van toewijzingen. Dit gaat om trajecten waarbij meerdere zorgvormen tegelijkertijd worden ingezet (stapelen van zorg) en inwoners waarvoor meerdere beschikkingen na elkaar zijn afgegeven (rijgen). Dat de hulpverlening hierop afwijkt van andere gemeenten is verder niet verklaard.

[27] CBS heeft geen cijfers gepubliceerd over de uitgaven per gemeente aan jeugdhulp voor de jaren 2015-2017.

Op de gemeente Opmeer na, hebben alle gemeenten een budgetoverschrijding. Opvallend is dat de budgetoverschrijding voor Hoorn en Medemblik beperkt is tot enkele procenten en dat die voor de drie SED-gemeenten substantieel is. Terwijl de uitgaven per inwoner bij de SED-gemeenten niet per se hoger zijn, zoals blijkt uit Tabel 6. Daarmee lijkt de belangrijkste verklaring voor de budgetoverschrijding te liggen bij de manier van begroten. De gemeenten met een beperkte overschrijding (Medemblik en Hoorn) geven aan dat zij realistisch begroten. Dit houdt in dat zij bij het begroten steeds de uitgaven van het voorgaande jaar als uitgangspunt nemen en daarbij ook rekening houden met een stijgende trend van de hulpvraag en inflatie. De SED-gemeenten doen dat minder. Gevraagd naar de oorzaak van de terugkerende budgetoverschrijdingen verwijst SED naar:

- Onduidelijkheden in het gemeentefonds: het is niet helder in hoeverre de rijksmiddelen een realistische dekking geven voor jeugdhulp. De drie gemeenten werken daardoor met eigen (politiek vastgestelde) jaarbudgetten, waarvan de toereikendheid niet altijd vooraf goed is in te schatten.
- De begroting is niet geheel realistisch: er wordt onvoldoende rekening gehouden met indexaties of met de jaarlijkse groei in jeugdhulpgebruik. Drechterland vormt hierin een uitzondering: deze gemeente verwerkt structureel indexaties in de begroting, wat leidt tot minder afwijkingen tussen begroot en gerealiseerd.
- Dure individuele voorzieningen: In de gemeenten gaat tot wel 45% van het totale budget op aan individuele voorzieningen voor een beperkt aantal gezinnen. Deze hulpvraag is moeilijk te voorspellen.

Tabel 7: Begrote en gerealiseerde kosten voor jeugdhulp in 2023 (€ 1.000)*

	begrootte kosten	gerealiseerde kosten	Mate van budgetoverschrijding
Drechterland	4.589	6.859	+49%
Enkhuizen	4.308	6.894	+60%
Hoorn	22.535	23.308	+3%
Medemblik	15.630	16.294	+4%
Opmeer	3.706	3.699	-1%
Stede Broec	8.422	9.742	+16%

Bron: CBS

Norm m.b.t. kosten

- Zowel de kosten per gebruiker als de kosten per inwoner liggen niet boven de niveaus van referentiegemeenten en het landelijk gemiddelde.

In het algemeen volgen de zes gemeenten de algemene landelijke trend. Na een stijging van kosten (per inwoner) in de periode 2015-2019, stabiliseerden deze zich vervolgens vanwege de beperkte toegang tot zorg tijdens de coronapandemie. Sinds 2022 is opnieuw sprake van een stijging. Deze stijging is het gevolg van de toename van jeugdigen en gezinnen die een beroep doen op de jeugdzorg; de toename van de gemiddelde duur van zorgtrajecten; en een stijging van tarieven. De bovengemiddeld sterke stijging in Drechterland (Figuur 1) wordt door de SED-organisatie toegeschreven aan de buitengewoon intensieve zorgvraag van één gezin. De afvlakking van kosten in Hoorn, wordt toegeschreven aan de aangescherpte triage rond het doorverwijzen naar specialistische zorg. Voordat een bschikking voor specialitische zorg wordt afgegeven wordt nadrukkelijker gekken naar de mogelijkheden van voorliggende voorzieningen en de eerste lijn (zie ook Hoofdstuk 4).

3.3 Routes naar jeugdhulp

31% tot 43% van de jeugdhulp aangeboden via een gemeentelijke doorverwijzing. 30% tot 47% wordt aangeboden op basis van een doorverwijzing door de huisarts (zie Tabel 8). Uit onderstaande tabel blijkt dat er ook specialistische jeugdhulp wordt geboden zonder verwijzing. Dit gebeurt onder andere wanneer een inwoner verhuist en zijn zorgtrajet voortzet vanuit zijn nieuwe gemeente. Door gemeente Opmeer is aangegeven dat het hoge aantal jeugdigen met specialistische hulp zonder doorverwijzingen vooral betrekking heeft op hulp bij dyslexie. Doorverwijzing vindt daar vaak plaats vanuit het onderwijs.

Tabel 8: Verwijzers naar jeugdhulp (2024)

	Landelijk	Drechterland	Enkhuizen	Hoorn	Medemblik	Opmeer	Stede Broec
Gemeentelijke toegang	34%	29%	38%	43%	33%	31%	36%
Huisarts	35%	47%	46%	38%	44%	30%	40%
Jeugdarts	3%			0%	1%		
Gecertificeerde instelling	8%	6%	6%	6%	10%	4%	8%
Medisch specialist	4%	4%	4%	4%	3%	4%	5%
Geen verwijzer[28]	14%	14%	7%	8%	9%	31%	11%
Verwijzer onbekend	1%						
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: CBS

[28] Volgens gemeenten is het niet mogelijk dat specialistische hulp zonder verwijzer wordt ingezet. In de gemeentelijke registraties komt dit niet voor; de herkomst van deze CBS-categorie is daarom onduidelijk.

3.4 Samenvatting Hoofdstuk 3

De kosten voor jeugdzorg zijn sinds de invoering van de jeugdwet 10 jaar geleden jaarlijks gestegen. Dit landelijk beeld geldt op hoofdlijnen ook voor de zes Westfriese gemeenten. De stijging hangt in de eerste plaats samen met de gestage stijging van de vraag. Op dit moment ontvangen 6,1% (Drechterland) tot 9,9% (Enkhuizen) enige vorm van jeugdhulp (jeugdbescherming en jeugdreclassering niet meegerekend). Het kost gemeenten moeite de uitgaven binnen de begroting te houden. Vijf van de zes gemeente had in 2023 een budgetoverscheiding. In drie gemeenten (Stede Broec, Enkhuizen, Drechterland) was die overscheiding fors. De lokale teams van de gemeenten hebben op lang niet alle specialistische jeugdhulp grip. Een belangrijkdeel van de jeugdhulp vindt plaats via de huisarts. Het gaat om 30% (Opmeer) tot 47% (Drechterland) van alle trajecten.

4 De gemeentelijke ingang naar jeugdhulp: van vraagverheldering naar doorverwijzing

Om een beeld te krijgen van de praktijk van de hulpverlening spraken wij bij de zes gemeenten met jeugdwerkers en enkele gezinnen. De gesprekken laten zien dat jeugdwerkers zich bewust zijn van de kosten van jeugdhulp, en dat zij specialistische hulp niet lichtvaardig inzetten. Ook heeft iedere gemeente een voorziening voor eerstelijns jeugdhulp ingericht, al is het niet altijd duidelijk wat inwoners daar precies van kunnen verwachten. De inhoud van de eerstelijnshulp verschilt per gemeente. Ook zijn er grote verschillen in wachttijden. Daarnaast komt naar voren dat de regiefunctie, met name bij enkelvoudige casussen, in de praktijk niet bij alle gemeenten wordt opgepakt. Tegelijkertijd is het positief dat de geïnterviewde hulpvragers de ondersteuning vanuit het lokale team erg waarderen en zich over het algemeen ontzorgd voelen.

4.1 Inleiding

De eerste route naar jeugdhulp verloopt via de gemeente. Zoals in Hoofdstuk 2 beschreven, hebben de zes Westfriese gemeenten hun jeugdhulp verschillend georganiseerd. Desondanks kent (de aanloop naar) een jeugdhulptraject waarbij tweedelijns (specialistische) jeugdhulp nodig is, in alle gemeenten ten minste zes vaste stappen. De zes stappen worden hieronder beschreven en nader gedefinieerd in termen van **inhoud**, **verantwoordelijkheid** en **doel**. Dit biedt een eenduidig kader voor de vergelijking tussen gemeenten.

1. Aanmelding en intake:

- Inhoud: het gezin of de jongere met een hulpvraag meldt zich fysiek, telefonisch of digitaal bij de gemeente, of wordt hiernaartoe doorverwezen door een verwijzer.
- Verantwoordelijk: bij Hoorn, Medemblik en Opmeer: het lokale team, dat onderdeel is van de gemeete. Bij de SED-gemeenten: de Afdeling Jeugd van de SED-organisatie. Stede Broec heeft daarnaast ook een extra, direct aanmeldpunt via het lokale team (Stichting Ons Stede Broec).
- Doel: de hulpvraag formaliseren en toegang tot jeugdhulp mogelijk maken.

2. Vraagverheldering:

- Inhoud: het lokale team onderzoekt samen met het gezin wat de kern van de hulpvraag is en welke vorm (eerstelijns of tweedelijns) van jeugdhulp passend is.

- Verantwoordelijk: jeugdwerkers[29] van het lokale team.
- Doel: de hulpvraag verduidelijken en jeugdhulproute bepalen.

3. Eerstelijns jeugdhulp overwegen:

- Inhoud: de gemeente beoordeelt of eerstelijns jeugdhulp, waarvoor geen beschikking nodig is, toereikend is om de hulpvraag op te lossen. Hierbij valt te denken aan: opvoedondersteuning, maatschappelijk werk of jongerenwerk. Eerstelijns jeugdhulp kan op zichzelf staan of gecombineerd worden met tweedelijns jeugdhulp.
- Verantwoordelijk: afhankelijk van de gemeente zijn dit jeugdwerkers en gedragsdeskundigen binnen het lokale team, en/of SED jeugdconsulenten en gemeentelijk gefinancierde eerstelijnsaanbieders (het 'voorliggende veld').
- Doel: laagdrempelig passende hulp bieden die zwaardere inzet kan voorkomen.

4. Opstellen van een perspectiefplan:

- Inhoud: indien tweedelijns jeugdhulp nodig is, stelt het lokale team samen met het gezin een perspectiefplan op. Dit plan bevat doelen, beoogde resultaten en afspraken over samenwerking. Alle gemeenten gebruiken hetzelfde format[30].
- Verantwoordelijk: de jeugdwerker van het lokale team, samen met het gezin.
- Doel: richting en samenhang bieden voor het verdere traject. Het perspectiefplan vormt de inhoudelijke onderbouwing van de beschikking.

5. Beschikking afgeven:

- Inhoud: de gemeente bekrachtigt de inzet van tweedelijns jeugdhulp in een beschikking. Hierin staat welke aanbieder hulp biedt, met welke intensiteit en voor welke periode.
- Verantwoordelijk: het lokale team, de backoffice of de SED-organisatie.
- Doel: juridische en financiële grondslag creëren voor de inzet van jeugdhulp.

6. Regievoeren en monitoren:

- Inhoud: binnen deze stap zijn inhoudelijk drie verschillende functies te onderscheiden:

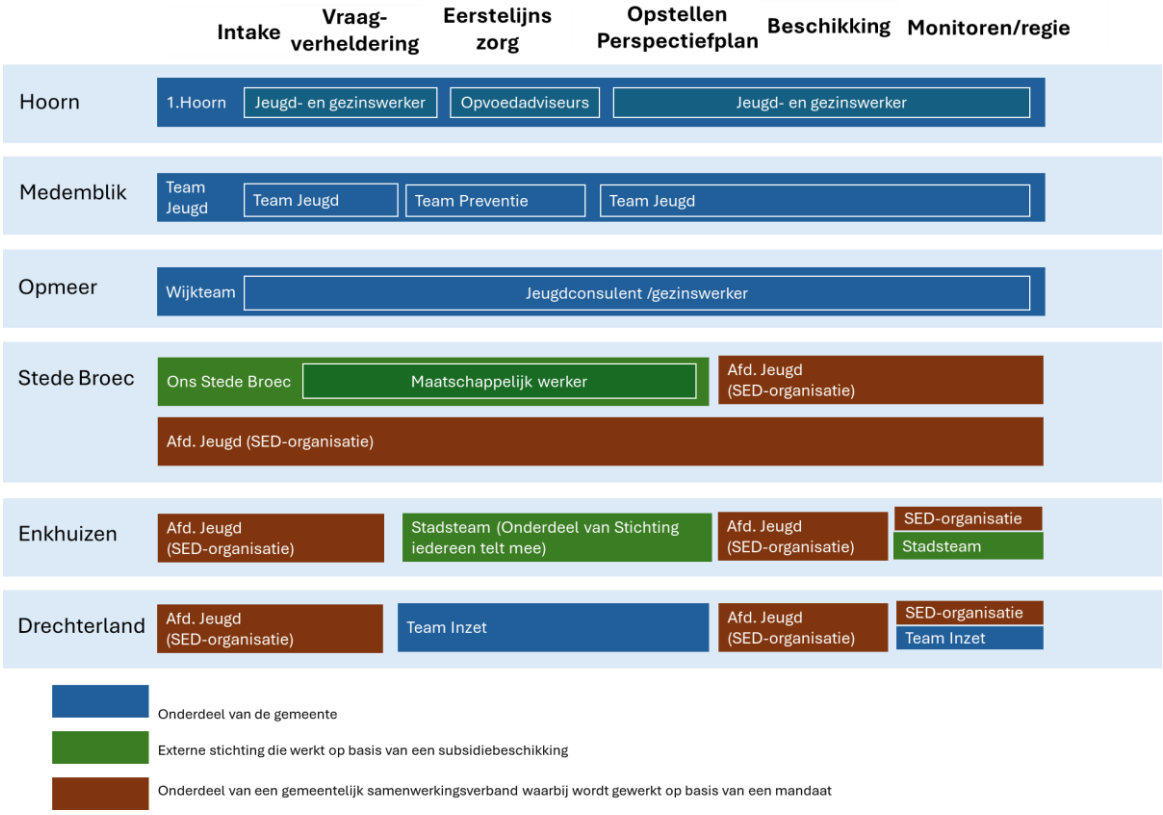
[29] De functietitel verschilt per gemeente: zo spreekt men in Hoorn van jeugd- en gezinswerkers, in Stede Broec van maatschappelijk werkers met een jeugdspecialisatie en in Medemblik van jeugdhulpverlener. In dit rapport wordt de overkoepelende term jeugdwerkers gebruikt, behalve wanneer specifiek naar één gemeente wordt verwezen.
[30] Bij een verwijzing door een huisarts stelt de specialistische zorgaanbieder het perspectiefplan op. Hier wordt in hoofdstuk 5 verder op ingegaan

- **(Inhoudelijke) regie:** het aansturen van de inhoud van het hulptraject. Dit houdt in dat één professional aanspreekpunt is voor het gezin en ervoor zorgt dat de ingezette hulp past bij de resultaten die in het perspectiefplan zijn benoemd.
  Procesregie: het organiseren en coördineren van de samenwerking tussen de verschillende partijen die bij het gezin betrokken zijn. Dit omvat afspraken maken over rollen en verantwoordelijkheden, het bewaken van de samenhang van de hulp en het oplossen van knelpunten in de samenwerking.
  Monitoring: het systematisch volgen van de voortgang: wordt de hulp daadwerkelijk geleverd, sluiten de resultaten aan bij de doelen en is bijsturing nodig? Monitoring richt zich zowel op de inhoud van de hulp als op het proces.
  Verantwoordelijk: de jeugdwerkers van het lokale team.

  Doel: continuïteit, samenhang en effectiviteit van de ingezette hulp waarborgen, en tijdig bijsturen wanneer nodig.

Bovenstaande stappen gelden alleen voor jeugdhulptrajecten die via de gemeente zijn gestart en zijn samengevat in Figuur 3.

Figuur 3: Invulling toegang tot jeugdhulp per gemeente[31]



[31] Enkele lokale teams verzorgen ook voorzieningen die gerekend worden tot het voorveld zoals bijvoorbeeld schoolmaatschappelijk werk. Deze zijn niet in dit figuur opgenomen.

De zes Westfriese gemeenten verschillen vooral van elkaar in de manier waarop zij de uitvoering van deze functies hebben georganiseerd. Opmeer is de enige gemeente waarin al deze zes functies zijn ondergebracht bij één organisatieonderdeel, namelijk het lokale team (wijkteam). Een hulpvrager die zich daar meldt, wordt vanaf het eerste gesprek tot aan een eventuele doorverwijzing naar specialistische hulp, in principe, door één en dezelfde consulent geholpen. De andere gemeenten hebben het proces opgeknipt en de bovengenoemde taken verdeeld over meerdere organisatieonderdelen of functionarissen.

De tweede route naar jeugdhulp verloopt via de huisarts (zie Hoofdstuk 5). De huisarts kan het gezin doorverwijzen naar de gemeente voor eerstelijns jeugdhulp, of rechtstreeks naar een specialistische jeugdhulpaanbieder voor tweedelijns jeugdhulp. In dat laatste geval is de tweedelijns aanbieder verantwoordelijk voor het opstellen van het perspectiefplan en vraagt deze ook de beschikking bij de gemeente aan. De aanbieder voert dan de inhoudelijke en procesregie over het traject, tenzij anders wordt afgesproken. De gemeente behoudt altijd de eindverantwoordelijkheid voor financiering en contractuele afspraken met aanbieders.

4.2 Intake en vraagverheldering

Alle zes de gemeenten hebben een herkenbaar loket, telefoonnummer of mailadres waar gezinnen of jongeren met een hulpvraag zich kunnen melden. Ook kunnen verwijzers, zoals huisartsen, hiernaartoe doorverwijzen. Zoals weergegeven in Figuur 3 is het proces dat volgt na de aanmelding in elk van deze zes gemeenten anders georganiseerd. Voor alle gemeenten geldt wel dat zij direct bij aanmelding onderscheid maken tussen enkelvoudige en meervoudige problematiek en het hulptraject daar op aanpassen (Kader 1).

Kader 1: Het onderscheid tussen enkelvoudige en meervoudige problematiek

Enkelvoudige problematiek betreft hulpvragen die zich beperken tot één leefdomein (bijvoorbeeld gedrag, gezin of school), zonder dat er sprake is van ernstige veiligheidsrisico's of overbelasting van het gezin. De hulp is doorgaans overzichtelijk en tijdelijk van aard en kan veelal worden geboden via voorliggende voorzieningen of het lokale team. Indien nodig kan ook bij enkelvoudige problematiek worden doorverwezen naar tweedelijns jeugdhulp, bijvoorbeeld voor diagnostiek (zoals bij ADHD). In deze gevallen voert het lokale team over het algemeen geen procesregie.

Meervoudige problematiek: betreft hulpvragen waarin problemen spelen op meerdere leefgebieden tegelijk (bijvoorbeeld school, thuissituatie en psychisch functioneren), of waarbij de problematiek complex is en afstemming tussen meerdere professionals vereist is. Vaak gaat het om samenhangende gezinsproblematiek en een beperkte draagkracht van het gezin. In deze situaties is doorgaans doorverwijzing naar tweedelijns (specialistische) jeugdhulp noodzakelijk en wordt door het lokale team procesregie gevoerd.

Hieronder schetsen wij per gemeente het proces op hoofdlijnen.

Hoorn

Gezinnen of jongeren met een hulpvraag kunnen zich telefonisch of via de website melden bij 1.Hoorn. Op basis van een intakegesprek met een jeugd- en gezinswerker uit het gebiedsteam wordt bepaald hoe de hulpvrager verder wordt geholpen:

- Bij lichte hulpvragen wordt eerstelijns jeugdhulp ingezet door een opvoedadviseur van 1.Hoorn of volgt verwijzing naar een voorliggende voorziening.
- Bij zwaardere of specialistische hulpvragen stelt de jeugd- en gezinswerker in overleg met de hulpvrager een perspectiefplan op en geeft een beschikking af.

Medemblik

Een traject start met een telefonische intake bij een consulent van het Team Jeugd. Op basis van dit gesprek wordt bepaald hoe de hulpvrager verder wordt geholpen:

- Bij lichte hulpvragen volgt verwijzing naar een voorliggende voorziening.
  Bij zwaardere of specialistische hulpvragen wordt de hulpvrager op de aanmeldlijst gezet voor een vraagverhelderend gesprek met een jeugdhulpverlener van het Team Jeugd. Deze consulent stelt samen met de hulpvrager het perspectiefplan op en verwijst vervolgens door naar specialistische jeugdhulp. De back-office geeft de beschikking af.

Opmeer

Inwoners kunnen zich telefonisch of via de website melden bij het wijkteam. Na de intake bepaalt de consulent in overleg met collega's wie de hulpvraag binnen het team oppakt. De hulpvrager ontvangt eerstelijns ondersteuning vanuit het wijkteam, of – indien nodig – een verwijzing naar specialistische zorg. In dat laatste geval maakt de medewerker van het wijkteam het perspectiefplan en geeft de beschikking af.

Stede Broec

Er zijn twee routes mogelijk:

- Via Ons Stede Broec: gezinnen en jongeren melden zich telefonisch, via de website of op locatie. Na intake vindt er triage plaats, de hulpvraag bepaalt wie het oppakt: Wijkteam of medewerkers in het voorveld. Wanneer specialistische hulp nodig blijkt, stelt de maatschappelijk werker in overleg met de hulpvrager het perspectiefplan op. Dit plan wordt besproken met een Jeugdconsulent van de SED-organisatie, die de beschikking afgeeft.
- Via de SED-organisatie: Inwoners melden zich telefonisch of online bij de Afdeling Jeugd. Afhankelijk van de hulpvraag volgt een verwijzing naar een voorliggende voorziening (bij enkelvoudige hulpvragen) of een Intakegesprek met een jeugdconsulent van de SED-organisatie (bij meervoudige hulpvragen). Indien nodig volgt verwijzing -op basis van een perspectiefplan en beschikking- naar specialistische zorg.

Enkhuizen & Drechterland	Inwoners melden zich telefonisch of online bij de Afdeling Jeugd van de SED-organisatie. Afhankelijk van de hulpvraag zijn twee routes mogelijk: - Bij enkelvoudige problematiek: verwijzing naar een voorliggende voorziening of – indien nodig – doorverwijzing naar specialistische zorg. De jeugdconsulent stelt samen met de hulpvrager een perspectiefplan op en geeft de beschikking af. - Bij meervoudige of complexe problematiek: bespreking in het casusoverleg van het Stadsteam (Enkhuizen) of Team Inzet (Drechterland). Indien nodig volgt overdracht aan het lokale team, dat zelf hulp biedt en (deels) het perspectiefplan opstelt. De jeugdconsulent van de SED-organisatie geeft de beschikking af.

4.3 Integraliteit van de intake

Alle zes gemeenten hebben in hun beleidsregels voor de jeugdzorg vastgelegd dat het lokale team de hulpverlening integraal moet aanbieden. Dat betekent dat verschillende vormen van jeugdhulp en ondersteuning op elkaar afgestemd worden en in samenhang worden ingezet. Om dit mogelijk te maken, is het belangrijk dat bij de intake wordt verkend of de hulpvraag verband houdt met andere problemen binnen het gezin.

Vrijwel alle consulenten die wij spraken, onderschrijven dit belang. Hoewel dergelijke achterliggende problemen niet altijd al tijdens het eerste gesprek aan bod komen, gebeurt dat doorgaans wel in vervolggesprekken. Dit blijkt ook uit de casuïstiek die wij met consulenten bespraken: in vrijwel alle situaties konden zij uitgebreid toelichten welke gezinsomstandigheden en achtergrondfactoren een rol speelden. Ook hulpvragers bevestigen dit beeld. De meesten herinnerden zich dat zij in gesprek met hun consulent ook hebben gesproken over zaken als inkomen, schulden, werk, wonen en gezinsverhoudingen. Een ouder uit **Hoorn** zegt hierover:

“Van de hoed en de rand werden uitgevraagd. Er was veel aandacht voor context en voorgeschiedenis.”

Of daarmee sprake is van een ‘integrale intake’ zoals bedoeld in de beleidsregels, is niet altijd duidelijk. De invulling verschilt per consulent. Sommigen beschouwen het als voldoende om bredere problemen te signaleren en bespreekbaar te maken. Anderen vinden dat er pas echt sprake is van integraliteit wanneer er – na toestemming – een warme overdracht plaatsvindt naar een andere gemeentelijke dienst of voorziening. Een voorbeeld dat we in de casuïstiek tegenkwamen is een gezin dat via deze route in contact kwam met schuldhulpverlening. Tegelijk blijkt dat dit lang niet altijd gebeurt.

Wanneer een traject niet via het lokale team maar via de huisarts start, is het niet duidelijk of er sprake is van een integrale intake. De huisarts verwijst doorgaans direct door naar specialistische jeugdhulp voor de specifieke hulpvraag van het gezin of de jongere. Wanneer een POH-Jeugd de verwijzing doet, is er vaak wél

sprake van een bredere intake, waarin ook wordt doorgevraagd naar achterliggende problematiek. Hier wordt in Hoofdstuk 5 verder op ingegaan.

Voor hulpvragers zelf is het niet altijd vanzelfsprekend dat de intake breder wordt getrokken. Sommigen ervaren het als positief om hun hele verhaal te kunnen doen. Zo gaf een hulpvrager uit **Opmeer** aan dat het brede gesprek, waarbij ook haar partner werd uitgenodigd, hielp om te zien dat niet alleen het kind maar ook de vader hulp nodig had. Andere hulpvragers voelden zich minder prettig bij de brede insteek. Eén van hen vond dat het gesprek te veel over het gezin ging in plaats van over het kind, en ervoer dit als bemoeizucht.

4.3.1 Eerstelijns jeugdhulp

Een sterk eerstelijns jeugdhulpaanbod is van groot belang voor een toegankelijk, effectief en betaalbaar jeugdhulpstelsel[32]. Het voorkomt dat problemen onnodig escaleren en verlicht de druk op zwaardere vormen van zorg. Als er geen acute veiligheidsrisico's zijn, is het belangrijk dat in de vraagverhelderingsfase eerst wordt gekeken of eerstelijns jeugdhulp passend is, vóórdat wordt doorverwezen.

Alle onderzochte gemeenten geven hun lokale teams de opdracht om waar mogelijk hulp in de eerste lijn te bieden. Het uitgangspunt 'eerstelijns tenzij' wordt breed gedragen. Jeugdwerkers zijn zich bewust van de kosten van specialistische zorg en geven aan dat een verwijzing daarnaartoe zorgvuldig moet worden afgewogen.

Om die afweging daadwerkelijk zorgvuldig te maken, hanteren vijf van de zes gemeenten een herkenbare triagestap, vaak in de vorm van een aanmeldoverleg of multidisciplinair teamoverleg. Hoewel nergens sprake is van een formeel triageprotocol, zijn deze collegiale overleggen stevig ingebed in de werkwijze van de lokale teams. Alleen **Medemblik** vormt een uitzondering: daar leidt de eerste inschatting - door een consulent van Team Jeugd bij vermoedens van complexe problematiek doorgaans direct tot doorverwijzing naar tweedelijns jeugdhulp, zonder triage via een teamoverleg.

Hoewel alle gemeenten dus eerst eerstelijnshulp overwegen voordat zij doorverwijzen, verschilt de manier waarop deze vervolgens is ingericht (zie Tabel 9). Zo bieden sommige gemeenten zelf eerstelijnshulp aan via medewerkers van het lokale team, terwijl andere gemeenten juist vaker gebruikmaken van voorzieningen in het voorliggende veld. Ook de invulling van de geboden eerstelijnszorg loopt uiteen: van lichte hulp bij opvoedvragen tot intensievere begeleiding bij complexe of meervoudige problemen ('anderhalvelijns jeugdhulp').

Tabel 9: Organisatie eerstelijns jeugdhulp per gemeente

[32] Verwey-Jonker Instituut (2021). Eigenwijs Transformeren.

Gemeente	Eerstelijns hulp via lokaal team?	Invulling eerstelijns hulp lokaal team	Welke hulp ligt buiten het takenpakket lokaal team?
Medemblik	Eerstelijnshulp wordt door Team Preventei verleend	Gezins- en opvoedondersteuning	Eerstelijnszorg ligt buiten het Team Jeugd, maar wordt wel binnen de gemeente door Team Preventie geboden
Hoorn	Ja, door opvoed-adviseur binnen lokaal team	Opvoedondersteuning; opbouwwerkers[33] (gedetacheerd)	Lokaal team biedt opvoedondersteuning, verwijst voor de rest door naar voorliggend veld
Opmeer	Ja, door medewerker lokaal team	Inhoudelijk breed: traumaverwerking bij kinderen, psycho-educatie bij autisme, familieproblematiek.	Directe veiligheidsrisico's zoals suïcidaliteit of eetstoornisssen
Stede Broec	Ja, door medewerker lokaal team	Inhoudelijk breed, vergelijkbaar met Opmeer	Directe veiligheidsrisico's zoals suïcidaliteit of eetstoornisssen
Enkhuizen	Ja, door medewerker lokaal team bij meervoudige problematiek. Voor lichte problematiek zijn inwoners doorgaans aangewezen op andere instanties uit het voorveld.	Inhoudelijk breed: 'anderhalvelijns jeugdhulp'	Diagnostiek, onderzoek en behandeling
Drechterland	Ja, door medewerker lokaal team bij meervoudige problematiek. Voor lichte problematiek zijn inwoners doorgaans aangewezen op andere instanties uit het voorveld.	Inhoudelijk breed: 'anderhalvelijns jeugdhulp'	Diagnostiek, onderzoek en behandeling

In **Medemblik** is sprake van een scheiding tussen intake, vraagverheldering en opstellen beschikking (door de gemeente) enerzijds, en eerstelijnshulpverlening (door het voorliggende veld, waaronder Team Preventie) anderzijds. De intake verloopt via Team jeugd. Hier wordt s globaal beoordeeld of inzet van eerstelijns jeugdhulp mogelijk is, bijvoorbeeld via verwijzing naar Team Preventie, schoolmaatschappelijk werk, jongerenwerk of de POH-jeugd. Zodra een gezin of jongere na de telefonische intake op de aanmeldlijst voor het Team Jeugd komt, is het moment om eerstelijns jeugdhulp in te zetten in principe voorbij. Het Team Jeugd zelf richt zich namelijk hoofdzakelijk op vraagverheldering en doorverwijzing. Hierdoor wordt de inzet van eerstelijns jeugdhulp niet altijd optimaal benut. Zeker gezien de gemiddelde wachttijd van zeven maanden voor een vraagverhelderend

[33] Jongerenwerkers (op school) zijn ook onderdeel van de eerstelijns hulpvoorziening, maar zijn geen onderdeel van het lokale team.

gesprek, ervaren medewerkers van het Team Jeugd druk om ook minder complexe hulpvragen direct door te verwijzen naar de tweedelijns jeugdhulp. Een jeugdhulpverlener van het Team Jeugd merkt op:

"Ik vind het veel dat nu 9% van de kinderen jeugdhulp krijgt. Dat komt denk ik deels door de lange wachtlijsten. Je moet veel eerder met ouders in gesprek over wat er wél mogelijk is, zoals eerstelijns jeugdhulp via voorliggende voorzieningen. Als ouders maanden hebben gewacht op een specifieke aanbieder, en zich daarop hebben vastgebeten, dan staan ze vaak niet meer open voor een alternatief."

In **Hoorn** werken de drie gebiedsteams vanuit duidelijke taakdifferentiatie. Nieuwe casussen worden periodiek besproken in teamoverleggen en toegewezen aan een jeugd- en gezinswerker. Deze professionals richten zich op vraagverheldering, het opstellen van perspectiefplannen, regievoering en monitoring en bieden zelf geen eerstelijnshulp. De eerstelijns jeugdhulp wordt — waar nodig en/of aanvullend — uitgevoerd door gespecialiseerde opvoedadviseurs, die onderdeel uitmaken van hetzelfde gebiedsteam. Zij bieden maatwerk door onzekerheden van ouders te normaliseren en nemen de tijd om vertrouwen op te bouwen. Daarbij kijken zij systemisch naar gezin, draagkracht en netwerk en schakelen ook voorliggende initiatieven in, zoals Buurtgezinnen of Home-Start. Hun werkzaamheden omvatten daarnaast motivatiegericht en cultuursensitief ondersteunen, ouders begeleiden bij erkenning en acceptatie van (mogelijke) ontwikkelingsproblematiek van hun kind en het leggen van verbindingen met netwerkpartners zoals scholen, kinderopvang en GGD. Naast individuele begeleiding organiseren opvoedadviseurs groepsaanbod en themaspreekuren, waaronder bijeenkomsten rond echtscheiding. Een opvoedadviseur uit Hoorn vat haar werkzaamheden als volgt samen:

"We zijn een sparringpartner en spiegel voor ouders, niet iemand met kant-en-klare oplossingen. Door hen in hun kracht te zetten en aan het denken te zetten over hun eigen rol, blijven kleine hulpvragen vaak ook echt klein."

Daarnaast verwijzen de jeugd- en gezinswerkers ook door naar het voorliggende veld wanneer andere eerstelijns jeugdhulp passend is. Naast bovengenoemde taken geven jeugd- en gezinswerkers aan dat zij in de praktijk ook overbruggingshulp bieden vanwege de lange wachtlijsten in de tweedelijns jeugdhulp (zie ook paragraaf 4.6). Dit is een taak die idealiter niet uitgevoerd zou hoeven te worden maar die in de praktijk onvermijdelijk blijkt.

In **Enkhuizen** en **Drechterland** wordt gewerkt met twee routes:

- Bij lichte, enkelvoudige problematiek verwijst de jeugdconsulent van de SED-organisatie direct door naar eerstelijnshulp in het voorliggende veld, zoals GGD, jongerenwerk of schoolmaatschappelijk werk.
- Bij zwaardere, meervoudige problematiek vindt eerst bespreking plaats in het multidisciplinaire aanmeldoverleg met het Stadsteam (Enkhuizen) of Team Inzet (Drechterland). Na doorverwijzing op basis van dit overleg, bieden deze lokale teams zogenoemde 'anderhalvelijns jeugdhulp'*:* laagdrempelige, inhoudelijk stevige hulp door professionals met specifieke expertise.

Deze anderhalvelijns jeugdhulpverlening is een eigen, lokale invulling van de eerstelijnszorg en gaat verder dan algemene opvoedondersteuning en/of hulp bij enkelvoudige problematiek. Het richt zich op meervoudige problematiek die te complex is voor het voorliggende veld, maar (nog) geen specialistische behandeling vereist. Zo proberen deze lokale teams zwaardere jeugdhulp waar mogelijk te voorkomen. Een belangrijk aandachtspunt zijn de wachhtijden bij de Afdeling Jeugd van de SED-organisatie. Ten tijde van dit onderzoek moesten inwoners gemiddeld zes maanden wachten voor intakegesprek bij deze afdeling.

In **Opmeer** start elke hulpvraag met een eerste gesprek met een consulent, die zelf ook hulpverlener is. In dit gesprek doet de hulpvrager zijn verhaal en wordt de hulpvraag in kaart gebracht. Vervolgens wordt de casus besproken in het wijkteam, waar wordt bepaald welke jeugdconsulent de ondersteuning verder oppakt. De consulent biedt waar mogelijk zelf eerstelijnshulp. Pas wanneer de zorgvraag niet binnen het team kan worden opgepakt, volgt doorverwijzing. In sommige gevallen heeft de geboden ondersteuning een licht specialistisch karakter. Zo is er een consulent gespecialiseerd in traumaverwerking bij kinderen, een ander in omgaan met autisme, en weer een ander in familieproblematiek.

Stede Broec hanteert een vergelijkbare werkwijze**.** Als er geen sprake is van directe veiligheidsrisico's (zoals een ernstige eetstoornis of suïcidale gedachten), pakt het team de hulpvraag in principe zelf op. Inwoners kunnen zich ook melden bij de SED-organisatie, die zelf geen eerstelijnszorg biedt, maar wel kan doorverwijzen naar het voorliggende veld. Ook in Stede Broec bestaat een duidelijke voorkeur om hulpvragen zo veel mogelijk zelf binnen het team op te pakken. Volgens medewerkers van het lokale team kan dit bijdragen aan de laagdrempeligheid en aan het opbouwen van vertrouwen. Aan de andere kant signaleren meerdere regionale zorgaanbieders dat hierdoor soms te lang wordt gewacht met doorverwijzen naar specialistische jeugdhulp. Een van de aanbieders vertelt:

"Wij krijgen soms gezinnen die we liever in een eerder stadium doorverwezen hadden gekregen; op een moment dat de problematiek en gedragspatronen in een gezin minder diep zijn ingeslepen. Soms komt een gezin twee of drie jaar te laat bij ons binnen."

Ook in enkele casussen die tijdens de gesprekken met consulenten werden besproken, rees de vraag of een eerdere doorverwijzing niet gepast was geweest, gezien de latere escalatie van de problematiek (zie ook paragraaf 6.5). Een voorbeeld is een kind waarover na twee jaar begeleiding door een lokaal team een melding binnenkwam vanuit Veilig Thuis over seksueel misbruik. In een andere casus bleek na een jaar ondersteuning door het lokale team dat een meisje desondanks toch een ernstige eetstoornis had ontwikkeld en alsnog moest worden doorverwezen naar een GGZ-instelling.

Normen m.b.t. inzet eerstelijn – De lokale teams zetten zoveel mogelijk eerstelijnshulp in voordat zij doorverwijzen naar specialistische hulp. – Bij de intake wordt een protocol (beschreven werkwijze) gevolgd waarin wordt nagegaan of doorverwijzing naar specialistische hulp kan worden voorkomen.	
Hoorn	Ja, een inwoner die zich bij 1.Hoorn meldt voor hulp, passeert altijd eerst één van de jeugd en gezinswerkers, voordat eventueel wordt doorverwezen naar specialistische zorg.
Medemblik	Deels, de intake verloopt via het Team Jeugd. Dit team verheldert de vraag en verwijst door naar een voorliggende voorziening of specialistische zorg. Het team verleent zelf geen hulp, dat is belegd bij een ander team, namelijk Team Preventie. Het komt regelmatig voor dat mensen worden doorverwezen zonder eerst eerstelijnshulp te hebben ontvangen.
Opmeer	Ja, een inwoner die zich bij het wijkteam meldt voor hulp, passeert altijd eerst een consulent die zelf ook eerstelijnszorg kan bieden. Deze kijkt altijd eerst wat het wijkteam kan doen voordat wordt doorverwezen naar specialistische zorg.
Stede Broec	Ja, als de hulpvrager zich meldt bij Ons Stede Broec. Ons Stede Broec wil hulpvragers zo veel mogelijk zelf helpen. Zij helpen iedereen die zich meldt tenzij de veiligheid van het kind in het geding is. Deels, als de hulpvrager zich meldt bij de Afdeling Jeugd van de SED-organisatie. De SED-organisatie verleent zelf geen zorg, bij lichte hulpvragen verwijst zij door naar Ons Stede Broec, bij specialistische hulpvragen verwijst zij door naar specialistische zorg.
Enkhuizen	Ja, de casus van elke hulpvrager wordt overlegd tussen de Afdeling Jeugd en het Stadsteam. Wanneer voorliggende voorzieningen geen soelaas bieden en er sprake is van meervoudige problematiek, wordt de hulpvrager door het Stadsteam verder geholpen. Er wordt vervolgens pas doorverwezen als de hulpvraag voor het Stadsteam te specialistisch is.
Drechterland	Ja, de casus van elke hulpvrager wordt overlegd tussen Afdeling Jeugd en Team Inzet. Wanneer voorliggende voorzieningen geen soulaas bieden, en er sprake is van meervoudige problematiek, wordt de hulpvrager door Team Inzet verder geholpen. Er wordt vervolgens pas doorverwezen als de hulpvraag voor Team Inzet te specialistisch is.
	Voor **alle gemeenten** geldt dat er geen formeel protocol gevolgd wordt om doorverwijzing naar specialistische hulp te voorkomen,, maar dat de hulpvraag standaard (behalve in Medemblik) multidisciplinair wordt besproken (met o.a. gedragsdeskundigen).

4.3.2 Het perspectiefplan

Wanneer duidelijk is dat eerstelijns jeugdhulp niet volstaat of niet van toepassing is, werken jeugdwerkers van het lokale team samen met het gezin toe naar een perspectiefplan (Kader 2). In dit plan wordt vastgelegd welk toekomstperspectief de jeugdige of het gezin met ondersteuning wil bereiken[34]. Het perspectiefplan vormt daarmee de inhoudelijke basis voor een beschikking.

Kader 2: Wat is het Perspectiefplan?
Binnen de regio Westfriesland hebben de gemeenten met elkaar afgesproken dat een doorverwijzing naar (hoog) specialistische jeugdzorg gebaseerd moet zijn op een 'perspectiefplan'. Dit is een plan waarin 'opgenomen is wat een inwoner, jeugdige of gezin nodig heeft om op een volwaardige manier deel uit te kunnen maken van de samenleving. Hierin worden de ondersteuningsbehoefte van de jeugdige of het gezin, en de gewenste resultaten en doelen beschreven. Het plan betreft alle relevante leefgebieden.'

Een perspectiefplan bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel wordt bij de aanvraag voor hulp ingevuld door de hulpvrager (doorgaans ouders/verzorgers). Het tweede onderdeel wordt door de jeudgwerker ingevuld op basis van één of meerdere gesprekken. Hierin wordt beschreven wat het probleem inhoudt, wat de situatie van de hulpvrager/het gezin is op verschillende leefgebieden en welke resultaten men met een hulptraject wil bereiken. Het derde onderdeel wordt ingevuld door de zorgaanbieder. Hierin wordt vastgelegd welke hulp wordt geboden en hoe en wanneer het hulptraject wordt geëvalueerd.

Alle onderzochte gemeenten hanteren hetzelfde format voor het perspectiefplan. Hierin worden verschillende leefgebieden waarop problemen kunnen spelen — zoals wonen, opvoeding, financiën en veiligheid — integraal in kaart gebracht. Het doel van deze brede inventarisatie is om een samenhangend en passend hulptraject mogelijk te maken. Jeugdwerkers uit het lokale team geven aan dat zij goed uit de voeten kunnen met het format. Ook hulpvragers zijn over het algemeen positief: de plannen sluiten meestal goed aan bij hun hulpvraag, leiden samen met de beschikking vaak tot passende hulp, en zij voelen zich betrokken bij het opstellen ervan. Een ouder uit **Enkhuizen** zegt: *"Het is helder wat ze aan het doen zijn. We evalueren elke drie maanden. Het perspectiefplan is opgesteld met het samenwerkingsverband – school, intern begeleider, kinderpsycholoog – en ik herken mijn kind erin."*

Tegelijkertijd verloopt het opstellen van het Perspectiefplan niet altijd soepel. In sommige gevallen lukt het jeugdconsulenten niet om zelf een plan op te stellen, en vragen zij de tweedelijns jeugdhulpaanbieder (waar naartoe is doorverwezen) dit te doen. Daarnaast roept de resultaatgerichte aanpak gemengde reacties op. Een ouder uit **Opmeer** zegt: *"Je krijgt meteen een stempel – en dat resultaatgerichte roept soms weerstand op – maar uiteindelijk is het wél prettig dat er iets op papier staat."*

[34] Nieuwe bekostiging van specialistische jeugdhulp in Westfriesland vanaf 2020; versie december 2019.

4.4 Beschikking en doorverwijzing

Zodra de vraagverhelderingsfase is afgerond en blijkt dat tweedelijns jeugdhulp nodig is, zorgen de lokale teams in **Hoorn**, **Opmeer** en **Medemblik** voor een passende doorverwijzing. Op basis van het perspectiefplan wordt beoordeeld welke zorgaanbieder het best aansluit bij de hulpvraag. Hiervoor maken jeugdwerkers gebruik van de *Beschikbaarheidswijzer*: een digitaal overzicht van de specialisaties van en actuele wachttijden bij alle regionale aanbieders. Ook nemen de jeugd- en gezinswerkers regelmatig telefonisch contact op met aanbieders om op anonieme basis een casus en hun mogelijke beschikbaarheid te bespreken. Vervolgens wordt met het gezin een selectie van twee of drie passende aanbieders besproken. Het gezin kiest uiteindelijk zelf met welke aanbieder het traject wordt gestart. Op basis van deze keuze worden afspraken gemaakt over de omvang en duur van de inzet. De beschikking wordt pas afgegeven nadat het perspectiefplan door alle partijen (gezin, gemeente en aanbieder) is ondertekend.

In de **SED-gemeenten** is de route net iets anders. Ook hier wordt het perspectiefplan eerst vastgesteld door de jeugdwerker van het lokale team (Stadsteam, Team Inzet, Ons Stede Broec), in samenspraak met het gezin. Vervolgens wordt het doorgestuurd naar de jeugdconsulenten van de SED-organisatie. Zij controleren of het plan inhoudelijk passend is qua zwaarte en kwaliteit en bepalen welke aanbieder het meest geschikt is voor het leveren van de gevraagde jeugdhulp. De keuze van het gezin weegt hier zo veel mogelijk in mee. Ook hier geldt dat er gebruikgemaakt wordt van de *Beschikbaarheidswijzer* en dat de keuze van het gezin zo veel mogelijk wordt meegewogen.

In de praktijk blijkt er soms spanning te ontstaan tussen inhoud van de hulpverlening en de financiering ervan. Aanbieders vragen volgens jeugdwerkers soms meer uren dan nodig wordt geacht. Een jeugdwerker zegt hierover: *“Het schuurt als aanbieders al vroeg zeggen dat de inzet te krap is. Dan gaat het gesprek meer over geld dan over wat een gezin nodig heeft.”*

De gesprekken die dan -tussen aanbieders en medewerkers van het lokale team- gevoerd moeten worden, worden als een lastig onderdeel van het werk ervaren. Om zelf de juiste inschatting te maken, overleggen jeugdwerkers daarom regelmatig met andere collega’s. Zoals in **Enkhuizen** en **Drechterland** waar een gedragswetenschapper de analyse en de inschatting van de jeugdmedewerkers toetst en bespreekt in het casuïstiekoverleg. Bovendien is in **Hoorn** ‘Team Triage’ ingericht om jeugd- en gezinswerkers te ondersteunen bij twijfel over de benodigde inzet. Bij verschil van inzicht tussen gemeente en aanbieder kan een triagemedewerker meedenken of het gesprek begeleiden. Volgens de gemeente draagt dit bij aan een rechtmatige inzet van middelen en zij geeft aan dat deze werkwijze in 2024 een besparing van €1,5 miljoen opleverde.

4.4.1 Aanbod tweedelijns jeugdhulp

Over het algemeen geven consulenten aan dat er een breed palet aan tweedelijns jeugdhulp beschikbaar is, waarmee zij in de meeste gevallen passende hulp kunnen organiseren voor jeugdigen en gezinnen. Inhoudelijk sluit het aanbod goed aan op de hulpvragen, en lokale teams weten de juiste jeugdhulpaanbieders doorgaans snel te vinden. Toch zijn er ook specifieke doelgroepen voor wie het aanbod ontoereikend blijkt. Zo wordt er - door zowel lokale teams, zorgaanbieders als hulpvragers - specialistische jeugdhulp onvoldoende aanbod gezien voor:

- Diagnostiek en behandeling voor jongeren met vragen rondom gender en eetstoornissen (enkel voor deze doelgroepen)
- Verslavingsproblemen
- Verblijf (pleegzorg, gezinshuizen en crisis)
- Dagbehandeling
- Kinder- en jeugdpsychiatrie tbv medicatiebehandeling.

In **Drechterland** wordt daarnaast opgemerkt dat de veelheid aan aanbieders het overzicht bemoeilijkt. Consulenten kunnen hierdoor moeite hebben om snel en gericht tot een juiste verwijzing te komen. In **Enkhuizen** wordt aanvullend gesignaleerd dat het huidige zorgaanbod minder ruimte lijkt te bieden voor bemoeizorg aan zorgmijdende gezinnen. De trend naar meer vraaggestuurde hulpverlening maakt het lastiger om passende zorg in te zetten wanneer motivatie ontbreekt, terwijl juist deze gezinnen gebaat kunnen zijn bij proactieve ondersteuning.

4.5 Regievoering

Regievoeren is een kerntaak van jeugdwerkers: zij stemmen de jeugdhulp -op basis van het perspectiefplan- met het gezin en andere betrokkenen af, verwijzen door en monitoren de voortgang en het resultaat. Voor jeugdhulptrajecten die via een doorverwijzing van de huisarts starten, komt de regiefunctie in de praktijk vaak terecht bij de tweedelijns jeugdhulpaanbieder, hoewel dit formeel niet hun verantwoordelijkheid is (zie ook paragraaf 6.1).

Binnen trajecten die starten bij het lokale team zijn de (jeugd)medewerkers verantwoordelijk voor de regierol. Hoe deze regiefunctie vervolgens wordt ingevuld, hangt af van de complexiteit van de hulpvraag. Bij enkelvoudige problematiek waar doorverwijzing noodzakelijk is wordt de casus in de meeste gemeenten ‘slapend’ gemaakt: het lokale team blijft op afstand betrokken, terwijl de tweedelijns aanbieder de hulp uitvoert. Soms krijgen gezinnen en jongeren de mogelijkheid om bij vragen of zorgen het lokale team te bellen. In de zes gemeenten vindt er bij enkelvoudige trajecten vaak geen eindevaluatie plaats.

Uit de gesprekken blijkt dat jeugdwerkers bij meervoudige problematiek procesregie essentieel vinden, juist omdat er doorgaans meerdere hulpverleners bij het gezin betrokken zijn (bijvoorbeeld: JGZ-hulpverlener, POH-jeugd, school, schuldhulpverlening). De regievoerder onderhoudt actief contact met alle

hulpverleners en het gezin, organiseert multidisciplinaire overleggen en stuurt actief op het bereiken van de beoogde resultaten uit het perspectiefplan.

In **Hoorn** lijkt de regiefunctie het verst uitgewerkt. Sinds de invoering van het *Resultaatgestuurd Werken* in 2020 richten jeugd- en gezinswerkers zich volledig op regie en coördinatie; directe hulpverlening (uigezonderd overbruggingshulp) maakt sindsdien geen deel meer uit van hun taken. Bij complexe casussen onderhouden zij wekelijks contact met jeugdhulpaanbieders en het gezin; bij eenvoudige trajecten volstaan ze met één evaluatiegesprek per drie maanden. In Medemblik zijn er ambities om de regiefunctie te versterken.

De zorgontvangers ervaren de regievoering door een vaste jeugd- en gezinswerker als erg waardevol. Alle door ons gesproken ouders hebben te maken met één vaste regievoerder, die zij omschrijven als vriendelijk, zorgzaam, deskundig en proactief.

Daarnaast geven de geïnterviewde ouders aan dat zij zich betrokken voelen bij het proces van het vinden van de juiste hulp. Tegelijk voelen zij zich 'ontzorgd', omdat de regievoerder de zoektocht naar passende hulp overneemt en gesprekken met andere betrokkenen – zoals school – organiseert en daarbij aanwezig is. Een ouder uit **Hoorn** vat dit treffend samen: *"Zij weet gewoon de juiste wegen te bewandelen – echt een soort belangenbehartiger voor ons."*

Een belangrijk onderdeel van de regiefunctie is de verantwoordelijkheid om de voortgang en doelmatigheid van de ingezette jeugdhulp te blijven volgen. In alle gemeenten vindt deze monitoring in principe plaats op casusniveau, waarbij consulenten of teamleden toezien op de uitvoering van het perspectiefplan. Dit gebeurt via periodiek contact met de zorgaanbieder en/of het gezin, en door middel van evaluatiegesprekken.

Sommige gemeenten, zoals **Drechterland** en **Enkhuizen**, hebben de monitoring cyclisch en methodisch ingebed. In Drechterland wordt dit het meest uitgebreid gedaan door de kwaliteit van jeugdhulp die zij bieden op verschillende niveaus te monitoren (zie Kader 4 voor een overzicht). In Enkhuizen zijn er structurele evaluatiemomenten en betrokkenheid van de gedragswetenschapper bij kernbesluiten en de analysefase. Ook is *Casuïstiek Triage Overleg* (CTO) geïmplementeerd om dit proces te ondersteunen en te versterken.

Kader 4: monitoring op verschillende niveaus

Monitoring van de gemeentelijke jeugdhulp vindt (in Drechterland) plaats op meerdere niveaus:

- Teamoverleg: bij stagnatie denken collega's mee over vervolgstappen.
- Werkbegeleiding (teamleider): bewaakt voortgang, werkdruk en samenwerking; ook deskundigheidsbevordering komt aan bod.
- Bilateraal overleg (met gedragswetenschapper): verdieping van casussen binnen thema's zoals scheiding of geweld.
- Gezinsevaluatie: doelen en aanpak worden samen met het gezin besproken.
- SKJ-registratie: hulpverleners houden hun professionele ontwikkeling bij.
- Gebruik formats: bevordert uniform werken binnen het team.
- Cliënttevredenheid: bij afsluiting wordt de hulp geëvalueerd

In de andere gemeenten is de monitoring op casusniveau meer afhankelijk van de werkwijze van individuele consulenten. Sommige consulenten onderhouden standaard overleg met aanbieders; bij anderen gebeurt dit minder systematisch. Ook hier maken de gemeenten wederom onderscheid tussen enkelvoudige hulpvragen en casussen waarbij sprake is van meervoudige problematiek en/of regiebehoefte. In enkelvoudige trajecten is monitoring niet standaard geborgd. In **Stede Broec** wordt het perspectiefplan bij dergelijke trajecten overgedragen aan de SED-organisatie, die vervolgens de beschikking afgeeft. Vanuit het lokale team *Ons Stede Broec* wordt regie met name gevoerd bij kwetsbare gezinnen, en dan vooral uit noodzaak, vanwege de beperkte personele capaciteit. **Medemblik** heeft de wens om voortaan bij álle casussen actief regie te voeren en te monitoren, ook al komen ze daar door de huidige capaciteitsproblemen nog niet altijd even goed aan toe. Een medewerker van het Team Jeugd licht deze beslissing toe: *"Voorheen namen we alleen bij (meervoudige) regiezaken tussentijds contact op met de aanbieder. Maar omdat we vaker 'verlenging op verlenging' zagen bij eenvoudige hulpvragen, hebben we besloten voortaan álle casussen – ook de enkelvoudige – actief te monitoren."*

Bij de complexe casussen (met meervoudige problematiek) geldt voor alle gemeenten dat de consulent verantwoordelijk blijft voor het bewaken van de voortgang van het traject. Wanneer doelen niet (volledig) zijn bereikt en een aanbieder een vervolgarrangement aanvraagt, voeren consulenten doorgaans een kritisch gesprek: waarom is verlenging nodig, en wat rechtvaardigt die inzet als resultaten achterblijven? Dit wordt als een belangrijk, maar soms lastig aspect van de regierol ervaren.

Naast de monitoring op casusniveau is er vraag naar meer overkoepelende manieren om zicht te houden op de voortgang en effectiviteit van jeugdhulptrajecten. Zo heeft **Hoorn** inmiddels een eigen dashboard ontwikkeld om beter te kunnen sturen op het aantal trajecten per aanbieder, het type hulp en de bijbehorende kosten. Hoewel de kwaliteitsindicatoren nog in ontwikkeling zijn, is er recent een kwaliteitsslag gemaakt waarin is vastgesteld welke data worden gemonitord, hoe deze worden geanalyseerd en hoe de resultaten met aanbieders worden besproken.

Norm m.b.t. procesregie

- Er is per hulpvrager een 'regisseur' die samen met jeugdigen en ouders een plan opstelt met een gezamenlijk doel.

In alle gemeenten is de regierol formeel belegd bij een (jeugd)medewerker van het lokale team. In theorie is er dus voor iedere hulpvrager een regisseur beschikbaar. In de praktijk lukt het de jeugdmedewerkers echter lang niet altijd voor iedere casus de regierol te vervullen. Zeker in het geval van enkelvoudige problematiek, raakt het lokale team op de achtergrond: de casus wordt na doorverwijzing 'slapend' gemaakt en er vindt vaak geen eindevaluatie plaats. In het geval van meervoudige problematiek blijft de medewerker van het lokale team wel actief betrokken. Hij/zij organiseert multidisciplinaire overleggen en stuurt op het behalen van de beoogde resultaten uit het perspectiefplan. De hulp wordt tussentijds en aan het einde van het traject geëvalueerd.

Norm m.b.t. monitoring

- Gemeenten monitoren gestarte trajecten. De verkregen inzichten zijn de basis om daar vervolgens op te sturen.
- De gemeenten voeren interne kwaliteitscontroles uit als zij signalen krijgen dat er mogelijk iets niet in de haak is.

In alle gemeenten vindt monitoring op casusniveau plaats, vooral bij complexe casussen. In Drechterland en Enkhuizen is de monitoring methodisch ingebed en vindt deze op meerdere niveaus plaats, met vaste evaluatiemomenten en betrokkenheid van gedragswetenschappers. In de overige gemeenten is de monitoring meer afhankelijk van de werkwijze van individuele consulenten. Overkoepelende monitoring is nog beperkt ontwikkeld; alleen Hoorn werkt met een dashboard. In alle gemeenten wordt een kritisch gesprek gevoerd met jeugdhulpaanbieders wanneer er om een verlenging van de beschikking wordt gevraagd.

4.5.1 Eigen regie, zelfredzaamheid en normaliseren

Eigen regie

Regie is een begrip dat in de Jeugdwet op verschillende manieren terugkomt. In de eerste plaats verwijst het naar de zelfbeschikking van hulpvragers. Zij moeten zoveel mogelijk richting kunnen geven aan hun eigen hulptraject. Alle onderzochte gemeenten kennen dit principe en streven ernaar om jeugdigen en ouders zo veel mogelijk zelf aan het roer te laten. In de praktijk wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige en meervoudige hulpvragen.

Bij enkelvoudige vragen is meestal het gezin eerst aan zet en vervult de jeugdconsulent een adviserende rol. De hulp is vrijwillig, en dat geldt ook voor de tweedelijns jeugdhulp waarnaar de gemeente doorverwijst. De hulpvrager – meestal de ouder, tenzij het kind 16 jaar of ouder is – bepaalt of hij of zij de geboden hulp accepteert. Dit geldt voor alle trajecten buiten het gedwongen kader. In de meeste gevallen voeren hulpvragers nadrukkelijk zelf de regie. Bijvoorbeeld wanneer zij al een duidelijk beeld hebben van wat er nodig is – zoals een diagnose of behandeling voor een specifiek probleem – of wanneer zij eerder positieve ervaringen hadden met een bepaalde jeugdhulpaanbieder.

Procesregie

In de tweede plaats verwijst het begrip ‘regie’ naar een functie die door het lokale team moet worden vervult. Deze functie moet een lokaal team met name invullen wanneer er sprake is van meervoudige of complexe problematiek. In de praktijk spreken de jeugdwerkers van procesregie. In de hoedanigheid van procesregiseur organiseert de jeugdwerker multidisciplinair overleg, bewaakt de voortgang en stuurt op het behalen van resultaten. In **Enkhuizen**, **Drechterland** en **Opmeer**, wordt expliciet benoemd dat gezinnen zo veel mogelijk in positie gebracht worden om zelf beslissingen te nemen, en wordt er alleen ingegrepen wanneer de veiligheid van het kind in het geding is. In dat geval kan een melding worden gedaan bij Veilig

Thuis. Dit kan ertoe leiden dat het kind in het gedwongen kader (jeugdbescherming) terechtkomt. In dat geval verliezen ouders (deels) de regie over het hulptraject.

In situaties waarin het gezin onvoldoende draagkracht heeft, of wanneer de problematiek meerdere leefdomeinen beslaat, neemt de consulent de rol van procesregisseur aan. Die betrokkenheid beperkt zich dan niet tot jeugdhulp, maar kan ook andere terreinen raken, zoals het zoeken naar een geschikte woning, inkomensondersteuning of schuldhulpverlening. Consulenten geven aan dat zij in die gevallen 'naast het gezin gaan staan': zij kijken wat nodig is, schakelen passende hulp in en zorgen voor onderlinge afstemming.

Zelfredzaamheid

De mate waarin gezinnen tot meer zelfredzaamheid kunnen worden gestimuleerd, hangt af van hun specifieke situatie en hulpvraag. Alle gemeenten maken daarbij een inschatting van wat gezinnen zelf kunnen en waar ondersteuning nodig is. Daarbij wordt, zeker bij enkelvoudige problematiek, gestreefd naar versterking van het eigen netwerk. In **Drechterland, Enkhuizen** en **Hoorn** ligt de nadruk expliciet op het activeren van het sociale netwerk. In Drechterland worden gezinnen gestimuleerd niet alleen mensen uit de directe familie-omgeving, maar ook uit de bredere sociale kring te betrekken. In Hoorn zijn jeugd- en gezinswerkers getraind in netwerkversterking, en organiseren zij – waar mogelijk – netwerkbijeenkomsten om samen met de omgeving oplossingen te vinden

Een voorbeeld van hoe het lokale team naast het gezin staat, maar de zelfredzaamheid niet uit het oog verliest komt uit **Stede Broec**. Een moeder meldde zich via het schoolmaatschappelijk werk bij het lokale team, omdat het niet goed ging met haar dochter. Bij een huisbezoek bleek het huis ernstig vervuild. De jeugdconsulent maakte samen met de moeder een stappenplan om het huis op te ruimen. Daarbij is ervoor gekozen om de moeder zelf schoon te laten maken. Om te volgen of het plan werd uitgevoerd en om moeder te motiveren, bezocht de consulent het gezin twee keer per week.

Er wordt ook opgemerkt dat gezinnen die binnenkomen bij het lokale team soms hoge verwachtingen hebben: geen hulpvraag, maar een 'zorgeis' Jeugdwerkers vinden het belangrijk om ouders in sommige gevallen waarin zij te veel van de gemeente verwachten op hun eigen verantwoordelijkheid te wijzen. Een jeugd- en gezinswerker uit **Opmeer** merkt op: *"Ouders geven het soms snel op en schuiven hun verantwoordelijkheid dan naar ons door. Je moet echt werken aan het besef dat zij het zelf moeten doen. Neem bijvoorbeeld het vervoer naar school voor hun kind – dan moet je soms op je strepen staan en duidelijk maken: dit is tot op zekere hoogte ook eigen verantwoordelijkheid."*

Normaliseren

Ook het normaliseren van problemen wordt door veel jeugd- en gezinswerkers gezien als een kerntaak van de lokale teams. *'Normaliseren is de kunst van mijn vak'*, zegt een jeugdwerker uit **Opmeer**. Met normaliseren bedoelen zij dat niet elk probleem meteen hoeft te leiden tot een hulpverleningstraject. Ouders kunnen,

zeker bij zorgen over gedrag of ontwikkeling, het gevoel krijgen dat hun kind niet voldoet aan de norm. Opvoedadviseurs uit **Hoorn** signaleren dat kinderen in die situaties soms niet meer boos, verdrietig of onzeker mogen zijn. Door gedrag te duiden binnen een normale ontwikkelingslijn, kunnen zij ouders geruststellen en helpen relativeren. Een consulent uit **Medemblik** merkt op: *"Ouders maken zich tegenwoordig snel zorgen, bijvoorbeeld als een kind rouwt omdat opa overleden is of een keer een jointje rookt. Maar niet alles is een probleem – sommige dingen horen gewoon bij het opgroeien."*

Normaliseren vraagt volgens de consulenten om vakmanschap én lef. *"Je moet soms durven zeggen: dit is wat het is, we laten hem nu los",* zegt een jeugdconsulent van de **SED-organisatie**. Een voorbeeld is een casus van een jongen uit **Medemblik** van tien die zich sociaal wat afzijdig hield in de klas. Na gesprekken met ouders en school bleek dat het kind zich goed voelde bij die positie. De jeugdconsulent concludeert: *"Het was kind-eigen gedrag. We hebben besloten het zo te laten."*

Jeugdwerkers merken op dat ouders soms te veel verwachten van de overheid, of zich vastbijten in het idee dat een specifieke vorm van zorg nodig is. Kleine problemen kunnen daardoor uitvergroot raken. Tegelijkertijd herkennen zij dat sommige ouders, door hun eigen omstandigheden, de draagkracht missen om het ouderschap aan te kunnen. In die gevallen is het juist belangrijk om te kijken welke steun wél nodig is.

Normen m.b.t. benadering hulpvragers

- In eerste instantie ligt de regie bij de jeugdige en het gezin, maar wanneer dit niet gepast is, verschuift deze naar de gemeentelijk eerstelijnsvoorziening/lokale team of een andere partij.
- Hulpverleningstrajecten zijn gericht op het vergroten van de eigen regie en zelfredzaamheid, naast (vanzelfsprekend) het behandelen en indien mogelijk oplossen en verminderen van de onderliggende problematiek.
- De gemeentelijke eerstelijnsvoorzieningen maken een inschatting van wat jeugdigen en gezinnen zelf kunnen en waar zij ondersteuning bij nodig hebben.

Stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid
Ja, alle gemeenten zetten actief in op het versterken van de eigen regie. Gezinnen worden gestimuleerd om waar mogelijk zelf keuzes te maken en verantwoordelijkheid te nemen. In situaties met beperkte draagkracht ondersteunt het team, zonder deze verantwoordelijkheid volledig over te nemen.

Inschatting wat gezinnen zelf kunnen
Ja, in alle gemeenten maken jeugd- en gezinswerkers een inschatting van wat gezinnen zelf kunnen en waar ondersteuning nodig is. In **Drechterland**, **Enkhuizen** en **Hoorn** is veel aandacht voor het versterken van het sociaal netwerk.

Normalisering als beleidsuitgangspuntJa, normaliseren is in alle gemeenten een belangrijk uitgangspunt. Consulenten en opvoedadviseurs proberen problemen zo veel mogelijk in perspectief te plaatsen en ouders gerust te stellen als gedrag past binnen een normale ontwikkeling. Dit vraagt om vakmanschap, duidelijke uitleg en soms het bijstellen van verwachtingen van ouders. Onnodige instroom in de tweedelijns jeugdhulp kan zo voorkomen worden.

4.5.2 Eén gezin, één plan, één regisseur (matched care)

Het principe '*één gezin, één plan, één regisseur*' is bedoeld om bij gezinnen met complexe problematiek integrale ondersteuning te bieden. Het principe houdt in dat alle betrokken hulpverleners samenwerken op basis van één gezamenlijk plan, gecoördineerd door één vaste regisseur, zodat versnippering van hulp wordt voorkomen en het gezin centraal staat. Dit wordt ook wel *'matched care'* genoemd[35]. In gezamenlijke verantwoordelijkheid kijken professionals en het gezin wat nodig is en wie kan bijdragen aan het hulptraject van de gezinsleden en het gezin als geheel.

Het principe is vastgelegd in het regionale beleidskader *Zorg voor de Jeugd*, maar dit is niet door alle gemeenten overgenomen. In Hoorn[36], Stede Broec[37] en Enkhuizen[38] is het principe wel opgenomen in de beleidsregels en daarmee formeel beleid. Alle onderzochte gemeenten onderschrijven het belang van dit principe, en brengen dit in meer of mindere mate in de praktijk. Wel ontbreekt vaak een structurele verankering. Zo is het principe zelden vastgelegd in formele procesafspraken, varieert de invulling van de regierol sterk per gemeente en situatie, en is het werken met één integraal gezinsplan niet overal geïntegreerd.

In **Drechterland** is het principe het meest ingebed in de werkwijze. Het wordt actief toegepast met behulp van vaste formats en multidisciplinaire overleggen. Ook wordt expliciet gekeken naar welke hulp al is ingezet, om herhaling te voorkomen. Het perspectiefplan wordt regelmatig geëvalueerd en waar nodig aangepast, met actieve betrokkenheid van alle hulpverleners. Een jeugd- en gezinswerker van Team Inzet vat het belang van op deze manier werken samen:

"We werken vanuit één gezin, één plan. Iedereen weet wie wat doet, zodat hulpverlening niet langs elkaar heen loopt. Zeker bij complexe situaties met meerdere problemen tegelijk is heldere regie en afstemming echt noodzakelijk."

Ook in **Hoorn** is het principe leidend bij complexe casussen: het gebiedsteam neemt de regie en brengt alle betrokkenen — zoals school, zorgaanbieders en familie — bij elkaar om samen met het gezin te bepalen wat nodig is.

In **Medemblik** is het integraal werken formeel wel mogelijk, maar vormt het registratiesysteem een belemmering. In Medemblik worden per kind aparte plannen opgesteld, omdat het systeem geen gezinsplannen ondersteunt. In **Stede Broec** is het integraal werken met de verschillende 'zorg' disciplines wel mogelijk, maar vormt het registratiesysteem een belemmering voor integraal werken met de SED-organisatie. Consulenten en wijkteam kijken breed en werken gezinsgericht als dat nodig is, maar dossiervorming per gezinslid beperkt de praktische toepassing van een integraal plan.

[35] https://www.nji.nl/integrale-gezinshulp/wat-is-integrale-gezinshulp

[36] Bijvoorbeeld: Gemeente Hoorn, Beleidsregels jeugdhulp gemeente Hoorn, geldend van 01-01-2020 t/m heden

[37] Beleidsregels van het college van burgemeester en wethouders van Stede Broec houdende beleidsregels omtrent jeugdhulp

[38] Beleidsregels jeugdhulp enkhuizen, 2022.

In **Enkhuizen** is het principe wel bekend, maar wordt het niet systematisch toegepast. Het Stadsteam in Enkhuizen kiest er bewust voor om met eigen formats en methodieken te werken. Een medewerker licht toe:

"We werken altijd systemisch samen met alle betrokkenen – dat kan via de samenwerkingsmodule in het systeem, maar net zo goed met onze eigen werkwijze. Het gaat erom dat je op één lijn zit, niet welk format je gebruikt."

In **Opmeer** wordt het principe wel herkend en wordt het in de praktijk soms toegepast maar zijn er geen procesafspraken over gemaakt.

Normen m.b.t. matched care

- De lokale toegangspunten geven uitvoering aan 'matched care': de meer integrale benadering waardoor er minder intakes, analyses en behandelplannen nodig zijn
- De gemeentelijke eerstelijnsvoorzieningen/lokale teams kennen het principe van 'één gezin, één plan, één regisseur' en passen deze toe.
- Er zijn (proces)afspraken om het werken volgens het principe van 'één gezin, één plan, één regisseur' te bevorderen.

Hoorn	In de beleidsregels voor jeugdzorg wordt het principe expliciet genoemd. In de regels staat dat gestreefd wordt naar een integrale aanpak, waarbij de inzet van één plan en één regisseur rond het gezin centraal staat. De jeugd-en gezinswerkers passen het principe actief toe.
Medemblik	Het Team Jeugd in Medemblik werkt formeel niet volgens het principe 'één gezin, één plan, één regisseur'. Het wordt ook niet in de beleidsregels genoemd. Het Team Jeugd werkt vooral kindgericht. Dat betekent dat wanneer een doorverwijzing aan de orde is, per jeugdige een plan wordt opgesteld. Wel is er een streven naar een integrale aanpak. In het kader van de planvorming wordt altijd gekeken naar achterliggende problematiek. Indien nodig (bij meervoudige problematiek) wordt er ook een procesregisseur aangesteld die eventuele hulp van meerdere aanbieders coördineert/monitort.
Opmeer	Het principe is niet benoemd in de beleidsregels voor de uitvoering van jeugdzorg. In de praktijk kennen de consulenten het principe wel, maar plannen worden in principe per jeugdige opgesteld, daarbij wordt altijd wel gekeken of er andere zorgen bestaan. Indien nodig wordt dan doorverwezen, bijvoorbeeld naar schulddienstverlening, ook wordt gekeken naar eventuele zorgen om andere gezinsleden. Indien nodig wordt daar dan een apart plan voor gemaakt.
Stede Broec	In Stede Broec wordt het principe explciet benoemd in de beleidsregels. De consulenten van Ons Stede Broec werken in de eerste plaats kindgericht. Per jeugdige wordt een plan opgemaakt. Indien nodig wordt er voor meerdere gezinsleden een plan opgemaakt. Men probeert daarbij wel zoveel mogelijk per gezin een en dezelfde consulent de regie te laten voeren. Deze kijkt ook naar achterliggende problemen en verwijst indien nodig door.

Enkhuizen	In de beleidsregels van Enkhuizen wordt het principe expliciet genoemd in het kader van de integrale hulpverlening. Er wordt uitgelegd dat het plan in overleg met het gezin wordt opgesteld en dat één regisseur de regie houdt over het totale hulpverleningstraject. De medewerkers zijn ook bekend met het principe. Bij zwaardere meervoudige problematiek schakelt de consulent van het Stadsteam ook met andere hulpverleners. In de huidige beleidsregels die gelden vanaf 9 juli 2025 wordt het principe niet meer benoemd.
Drechterland	Hoewel het principe niet wordt genoemd in de gemeentelijke beleidsregels voor jeugdzorg, geven de medewerkers van Team Inzet aan dat het principe stevig is ingebed in hun werkwijze. Het biedt een praktisch overzicht waarin alle afspraken worden beschreven en met elkaar worden gedeeld. Alle medewerkers zijn bekend met deze methodiek. Vanuit ‘één gezin, één plan, één regisseur’ organiseren de betrokken hulpverleners van team Inzet MDO's (multidisciplinaire overleggen) als zij regievoerder zijn.

4.5.3 Klachtenregeling

Wanneer gezinnen ontevreden zijn over de geboden hulp of de uitvoering van het traject, kunnen zij een klacht indienen via de formele klachtenprocedure. In alle zes gemeenten is een klachtenregeling beschikbaar. In de praktijk proberen consulenten signalen van onvrede zo veel mogelijk vroegtijdig op te vangen en bespreekbaar te maken. Ook kunnen ouders altijd inhoudelijk reageren op het perspectiefplan, voordat deze definitief wordt gemaakt. Waar nodig worden gezinnen ondersteund bij het aankaarten van knelpunten bij zorgaanbieders.

In **Hoorn** wordt gebruikgemaakt van een registratiesysteem om klachten en meldingen over tweedelijns jeugdhulpaanbieders vast te leggen. Bij herhaalde signalen worden gedragsdeskundigen of Team Triage betrokken, zodat patronen vroegtijdig in beeld komen en het gesprek hierover met de aanbieder gevoerd kan worden. In Opmeer wordt de registratie van klachten gedaan door afdeling juridische zaken. Zij maken dit met een jaarverslag officieel bekend. In 2024 was er geen klacht met betrekking tot de jeugdhulp in Opmeer. In de SED-organisatie worden de klachten bijgehouden door het afdelingshoofd en eventueel gemeld bij de netwerrkorganisatie.

Normen m.b.t. klachtenafhandeling
- Er is een klachtenregeling
- Klachten worden centraal geregistreerd
- Er wordt op klachten gereageerd
- Hulpvragers hebben de mogelijkheid bezwaar te maken tegen een beschikking
- Een bezwaar tegen een beschikking wordt in behandeling genomen

In alle zes gemeenten is een formele klachtenregeling beschikbaar. Klachten worden in de praktijk vaak al vroegtijdig gesignaleerd en besproken door consulenten. Ouders kunnen vooraf reageren op het perspectiefplan, en worden indien nodig ondersteund bij het aankaarten van knelpunten. In Hoorn worden klachten over tweedelijnszorg geregistreerd in een apart systeem; bij herhaalde signalen wordt actie ondernomen. Bezwaar maken tegen een beschikking is mogelijk in alle gemeenten en wordt conform de procedure behandeld.

Niet zijnde formele klachten worden over gecontracteerde zorgaanbieders worden gemeld bij de Netwerkorganisatie regio in Westfriesland. Formeel ingediende klachten worden bijgehouden door het Afdelingshoofd. De gemeenten konden in het kader van dit onderzoek niet aangeven hoeveel klachten er jaarlijks worden ingediend.

4.6 Wachttijden en wachtlijsten

Jeugdigen en gezinnen die ondersteuning nodig hebben, krijgen in de praktijk te maken met verschillende wachttijden binnen het jeugdhulptraject. De wachttijd is het aantal dagen dat de jeugdige na het eerste contactmoment op hulp wacht. Een korte wachttijd is acceptabel en wenselijk omdat deze de ruimte geeft om het juiste hulptraject in te regelen en de juiste hulpverlening te koppelen aan de hulpvraag. Een wachtlijst gaat over het aantal gezinnen dat op hulp wacht. Dit is onwenselijk.

Het begint met de mogelijke wachttijd tussen aanmelding bij het lokale team en het eerste intakegesprek. Daarna volgt de 'doorlooptijd' waarin samen met het gezin het perspectiefplan wordt opgesteld en de beschikking voor tweedelijns jeugdhulp wordt aangevraagd. Ook tussen de afgifte van de beschikking en de daadwerkelijke start van de tweedelijns jeugdhulp kan geruime tijd zitten. Gemeenten zijn in het laatste geval wettelijk verplicht om overbruggingszorg te organiseren, een passend alternatief te zoeken, of onderbouwd aan te tonen waarom wachten verantwoord is. Tot slot ontstaan er ook bij verlengingsaanvragen regelmatig wachttijden, bijvoorbeeld wanneer het lang duurt voordat een vervolgbeschikking wordt afgegeven.

In deze paragraaf worden de verschillende soorten wachttijden toegelicht en, waar mogelijk, afgezet tegen bestaande normen. De Jeugdwet noemt zelf geen vaste termijn voor het afgeven van een beschikking, hiervoor gelden de normen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb): tussen aanvraag en beschikking mag maximaal acht weken zitten. Deze termijn mag eenmaal worden verlengd, mits de gemeente dit vóór afloop gemotiveerd aan de hulpvrager laat weten.

Daarnaast hanteren veel gemeenten en regio's de zogeheten *Treeknormen* als richtlijn: deze door veldpartijen opgestelde normen geven aan wat als een maximaal aanvaardbare wachttijd in de zorg wordt gezien[39]. Voor jeugdhulp betekent dit doorgaans een intake binnen vier weken na aanmelding, een start van de behandeling binnen zes tot negen weken na intake, en directe inzet bij acute hulpvragen binnen 24 uur. Hoewel deze normen niet wettelijk zijn vastgelegd, vormen ze in de praktijk een breed gedragen kwaliteitskader voor tijdige zorg.

[39] Nederlands Jeugdinstituut (2017): Wacht maar. Onderzoek naar wachttijden en wachtlijsten in jeugdzorg en jeugdhulp.

Wachttijden aanmelding- beschikking

In alle gemeenten geldt dat bij acute situaties – zoals suïcidaliteit of een ander direct veiligheidsrisico – het lokale team direct in actie komt. Indien nodig wordt onmiddellijk opgeschaald, bijvoorbeeld via een spoedverwijzing door de huisarts. Daarmee wordt voldaan aan de Treeknorm, die stelt dat in acute gevallen binnen 24 uur hulp beschikbaar moet zijn.

Bij niet-acute hulpvragen lopen de wachttijden voor een intakegesprek uiteen (zie Tabel 10).

In **Medemblik** is de wachttijd tot een eerste gesprek het langst: gemiddeld zeven maanden (28 weken), ruim boven de Treeknorm van maximaal vier weken na aanmelding. Bij de afdeling Jeudg van de **SED-organisatie** bedraagt de wacchtijd voor een intakegesprek gemiddeld zes maanden. Inwoners van Ons Stede Broec worden daarbij doorgaans doorverwezen naat 'Ons Stede Broec', die doorgaans geen wachhtijd heeft.

In **Hoorn** varieert de wachttijd per gebiedsteam en periode; bij piekbelasting, bijvoorbeeld voor de zomervakantie of rond het einde van het jaar, loopt de wachttijd soms op tot 1-2 maanden. Gedurende rustigere periodes zijn er over het algemeen geen wachttijden.

Wat betreft de doorlooptijd van intake naar beschikking geldt dat dit over het algemeen niet systematisch wordt bijgehouden. Alleen in **Medemblik** wordt deze doorlooptijd geregistreerd; in **Opmeer** wordt momenteel toegewerkt naar een vergelijkbare registratie. Medewerkers van de lokale teams in **Hoorn** schatten de doorlooptijd van aanmelding tot beschikking op 8 tot 10 weken, maar het is onduidelijk of de variatie in wachttijden bij aanmelding daarbij is meegewogen. Deze doorlooptijd wordt niet systematisch geregistreerd.

Beleidsmedewerkers vertellen dat het proces in de praktijk minder eenduidig verloopt dan één intake gevolgd door een beschikking. Vaak zijn meerdere gesprekken nodig om de hulpvraag helder te krijgen, of wordt eerst procesregie ingezet waarna later alsnog een beschikking volgt. Dit maakt het lastig om zuivere data te verzamelen. Hetzelfde geldt voor verlengingen.

Tabel 10 - Wachttijden (in weken) per gemeente

Gemeente / Team	Wachttijd aanmelding- intake	Doorlooptijd intake-beschikking
1.Hoorn (3 gebiedsteams)	0-8 weken*	8- 10 weken op basis inschatting medewerkers
Team Jeugd Medemblik	28 weken	7 weken op basis registratie
Wijkteam Opmeer	2 weken**	Wordt niet bijgehouden
Ons Stede Broec	0	Wordt niet bijgehouden
Afdeling Jeugd SED-organisatie	25 weken	Wordt niet bijgehouden

** verschilt per gebiedsteam en periode*
*** tot voor kort geen wachtlijst*

Wachtlijsten tweedelijns jeugdhulp en overbruggingszorg door lokale teams

Het grootste knelpunt bij het doorverwijzen zijn de lange wachtlijsten bij tweedelijns jeugdhulpaanbieders. Dit wordt door alle onderzochte gemeenten bevestigd. De lokale teams hebben goed zicht op de actuele wachtlijsten bij gecontracteerde regionale aanbieders. Zij maken hiervoor gebruik van de eerder genoemde *Beschikbaarheidswijzer*. Deze biedt per zorgvorm ook inzicht in de wachtlijsten. Zo kunnen consulenten gericht verwijzen. Dit neemt het probleem van de wachtlijsten alleen nog niet weg. Bij sommige jeugdhulpaanbieders lopen deze inmiddels zelfs op tot een jaar.

In alle zes onderzochte gemeenten wordt in meer of mindere mate invulling gegeven aan overbruggingszorg. Deze tijdelijke ondersteuning is bedoeld om escalatie te voorkomen en de continuïteit van hulp te waarborgen totdat passende hulp beschikbaar is. Lokale teams voelen zich verantwoordelijk om gezinnen in de tussentijd niet zonder hulp te laten zitten. In de praktijk betekent dit vaak dat jeugdwerkers contact houden, een luisterend oor bieden en waar mogelijk praktische adviezen geven. Dit kan de wachttijd voor gezinnen draaglijker maken, maar vervangt de benodigde specialistische hulp niet. De mate van ondersteuning verschilt per gemeente en hangt samen met de aard van de problematiek en de inzetmogelijkheden van het lokale team.

Sommige gemeenten – zoals **Drechterland**, **Opmeer** en **Hoorn** – hanteren een actieve benadering waarin het lokale team ondersteuning blijft bieden zolang er nog geen formele overdracht heeft plaatsgevonden. In Drechterland is overbruggingszorg zelfs structureel onderdeel van de werkwijze en wordt er expliciet gestuurd op het vasthouden van de casus totdat deze formeel is overgenomen. In Hoorn is de mate van ondersteuning afhankelijk van de complexiteit van de casus; bij een meervoudige hulpvraag is actief contact standaard, terwijl bij enkelvoudige hulpvragen het initiatief bij het gezin ligt.

In andere gemeenten, waaronder **Enkhuizen**, **Medemblik** en **Stede Broec** (voor zover Ons Stede Broec niet is betrokken), blijkt het bieden van overbruggingszorg minder vanzelfsprekend. Beperkingen in capaciteit of positionering van het lokale team maken dat gezinnen soms zonder actieve begeleiding wachten op de start van hun behandeling. De overbruggingszorg beperkt zich tot gezinnen met ernstige problematiek in de vorm van procesregie. Het Stadsteam in **Enkhuizen** ervaart een snelgroeiende druk om overbruggingszorg te leveren, en kan niet aan alle aanvragen voldoen omdat het anders ten koste gaat van hun reguliere taken.

Lange wachttijden bij verlenging beschikking

Jeugdhulpaanbieders merken op dat bij verlenging van de jeugdhulp, hulpvragers soms op een (lange) wachtlijst komen bij de gemeente. Dit punt wordt uitgebreider besproken in Hoofdstuk 6.

Normen m.b.t. wachttijden

- Gemeenten maken onderscheid tussen (korte) wachttijden en wachtlijsten. De wachttijd is het aantal dagen dat de jeugdige op hulp wacht. Een korte wachttijd is acceptabel en wenselijk omdat deze de ruimte geeft om het juiste hulptraject in te regelen en de juiste hulpverlening te koppelen aan de hulpvraag. Een wachtlijst gaat over het aantal gezinnen dat op hulp wacht. Dit is onwenselijk.
- Er is zicht op wachtlijsten en wachttijden (inclusief definities en wijze van monitoring)
- Vermindering van wachttijden vindt plaats volgens beoogd beleid (o.a. gemeenten zetten in op normalisering van opgroei- en opvoedproblemen)

Onderscheid wachttijden en wachtlijsten
Gemeenten maken onderscheid tussen wachttijden en wachtlijsten. Korte wachttijden worden werkbaar gevonden, maar lopen uiteen: De lokale teams van Opmeer en Stedebroec hebben voor hun eerstelijnshulp een beperkte of zelfs geen wachttijd. In de gemeenten Medemblik, Enkhuizen en Drechterland was de wachttijd voor een intakegesprek ten tijde van dit onderzoek gemiddeld zes a zeven maanden.

Zicht op wachttijden en wachtlijsten
Bij acute situaties wordt direct opgeschaald en is aan de Treeknorm voldaan. Voor niet-acute hulpvragen is het zicht beperkt: alleen Medemblik registreert structureel (gemiddeld 7 weken van intake tot beschikking), en Opmeer werkt hieraan. In andere gemeenten ontbreekt systematische monitoring. Wat de monitoring compliceert is dat de route naar een beschikking kan variëren (bijvoorbeeld wanneer eerst procesregie wordt ingezet) en daardoor lastig eenduidig te meten is.

Vermindering van wachttijden
Er worden verschillende inspanningen gedaan om wachttijden te verminderen. Binnen de lokale teams gebeurt dit door actief in te zetten op normalisering van opgroei- en opvoedproblemen en het aantrekken van extra personeel. Bij doorverwijzing naar de tweedelijns jeugdhulp wordt via de Beschikbaarheidswijzer gezocht naar aanbieders met de kortste wachttijd. De mogelijkheden om wachttijden in de specialistische jeugdhulp te verkorten zijn verder beperkt, omdat dit grotendeels buiten de invloed van gemeenten ligt.

4.7 Beheersing van kosten

Beheersing door triage

Voor alle zes de gemeenten is beheersing van de kosten van jeugdhulp een belangrijk aandachtspunt. Dat specialistische jeugdhulp veel kost en zwaar drukt op de gemeentelijke begroting wordt gevoeld tot op het niveau van de jeugdwerkers die dagelijks moeten beslissen of een kind/gezin in aanmerking komt voor (specialistische) jeugdhulp. Wij zagen dit bewustzijn binnen elke gemeente bij vrijwel elke betrokkene. Tegelijkertijd geldt ook binnen elke gemeente breed het uitgangspunt dat ieder kind of gezin de hulp moet krijgen die het nodig heeft. Concreet betekent dit dat geen van de zes gemeenten een ‘stop’ hanteert op het doorverwijzen op het moment dat het begrote budget op is. Men verwijst door naar specialistische jeugdhulp ongeacht het budget dat hiervoor beschikbaar is. Wel wordt dus altijd kritisch gekeken naar de mogelijkheden om mensen in het voorveld of eerstelijn te helpen. Het beeld dat uit de gesprekken met de jeugdwerkers naar voren is gekomen en ook wordt bevestigd door de casuïstiek is dat geen kind of

gezin zomaar wordt doorverwezen. Zoals beschreven in paragraaf 4.2 wordt dat oordeel vrijwel altijd gevormd op basis van overleg met een gedragsdeskundige en meestal ook na collegiaal overleg. Men spreekt in dit geval van doorverwijzen op basis van het vierogenprincipe (doorverwijzen na toetsing bij een collega) of triage (doorverwijzen na overleg tussen consulent, gedragsdeskundige en ouders).

Rond het doorverwijzen en de afweging die daarbij wordt gemaakt om eerstelijns of tweedelijns hulp in te zetten zien wij verschillen tussen gemeenten. Bij de lokale teams van Opmeer en Stede Broec zijn de consulenten die verantwoordelijk zijn voor het doorverwijzen (verantwoordelijk zijn voor het opstellen van het perspectiefplan) zelf ook eerstelijnshulpverlener. Zij gaan daardoor bij iedere doorverwijzing automatisch na of zij de betrokken jeugdige of gezin zelf kunnen helpen. Voor deze teams geldt dat zij hulpvragers in beginsel zelf helpen tenzij hun expertise tekortschiet. Voor deze gemeenten geldt dat de eerstelijnshulp altijd on handbereik is, in de zin dat er niet naar hoeft te worden doorverwezen, of dat hulpvragers moeten worden overgedragen. Voor Hoorn geldt hetzelfde. Eerstelijnshulpverlening en doorverwijzen zitten onder één dak bij dezelfde organisatie, maar deze functies zijn daarbij wel belegd bij verschillende medewerkers. In Medemblik staat de eerstelijnshulp enigszins op afstand van de jeugdhulpverlener die verantwoordelijk is voor intake en doorverwijzing (van Team Jeugd). Hoewel Team Preventie (dat eerstelijnszorg biedt in den brede, bijvoorbeeld ook in het kader van de Wmo) en Team Jeugd beiden onderdeel zijn van de gemeente, opereren zij in de praktijk los van elkaar. Een inwoner die zich bij het Team Jeugd meldt met een jeugdhulpvraag passeert hier niet automatisch de eerstelijnshulp.

Normen m.b.t. kostenbeheersing

- De kosten van een hulpverleningstraject die via de gemeenten wordt ingezet zijn beheersbaar

Deels: aan elke doorverwijzing naar specialistische hulp ligt een perspectiefplan ten grondslag waarin nut, noodzaak en alternatieven zijn overwogen. In de praktijk stemmen consulenten voordat zij doorverwijzen af met collega's. Elke gemeente beschikt hiervoor over een gedragsdeskundige die als klankbord wordt geraadpleegd. De zorgvuldigheid van het doorverwijzen kan niet wegnemen dat hulptrajecten soms langer duren dan vooraf bedacht, dat een beschikking verlengd moet worden en daarmee de kosten hoger worden dan vooraf geraamd. Verder heeft elke gemeente te maken met enkele hulptrajecten waarvan de kosten oplopen tot in de tonnen op jaarbasis vanwege een zeer intensieve hulpbehoefte van soms meerdere gezinsleden.

- Gemeenten hebben voorafgaand aan een hulpverleningstraject direct zicht op de (verwachte) kosten.

Deels: aan elke beschikking is een zorgarrangement verbonden. Hiermee is vooraf vastgelegd welk budget voor het hulptraject beschikbaar is. Het neemt echter niet weg dat in de praktijk trajecten regelmatig verlengd moeten worden en daarmee de kosten hoger worden dan vooraf geraamd.

Beheersing door middel van het perspectiefplan

Op het moment dat wordt doorverwezen gebeurt dat altijd op basis van een perspectiefplan waarin is vastgesteld welk zorgarrangement wordt aangeboden. Dit betekent dat voorafgaand aan elke traject van specialistische hulp is vastgelegd

welk budget beschikbaar is. Per traject worden de kosten hiermee dus beheerst. Hierbij geldt wel als belangrijk aandachtspunt dat het vaak voorkomt dat na afloop van een arrangement verlenging wordt aangevraagd. Consulenten zien regelmatig trajecten waarbij 'beschikking op beschikking' wordt afgegeven. Lang niet altijd kan daarbij goed worden vastgesteld of verlenging van het traject doeltreffend is, in de zin dat het de vraag is of met een verlenging de eerder gestelde behandeldoelen wél worden behaald. Dit gebrek aan inzicht geldt met name voor enkelvoudige zaken waarbij vanuit het lokale team geen procesregisseur bij het kind of gezin betrokken is. Alle gemeenten geven aan meer aandacht te willen besteden aan verlengingen van hulptrajecten. . Het ontbreekt echter vooralsnog aan personele capaciteit om daar daadwerkelijk invulling aan te geven.

Op dit moment is voorgeschreven dat verlenging plaatsvindt op basis van een nieuw plan waarbij een deel wordt geschreven door de aanbieder en een ander deel door de jeugdwerkers. Het veronderstelt dat op elk hulptraject een vorm van procesregie wordt gevoerd. In de praktijk ontbreekt het hier echter bij veel trajecten aan, met name de enkelvoudige trajecten. Bij het gesprek dat bij een verlenging in principe gevoerd moet worden tussen hulpvrager, zorgaanbieder en jeugdwerker, is laatste vaak niet aanwezig. Uit de gesprekken maken wij op dat het achterliggende probleem tweeledig is:

- Soms worden consulenten niet uitgenodigd. Dit gebeurt met name bij hulptrajecten waar jeugdwerkers inhoudelijk niet betrokken zijn. Soms wordt de consulent simpelweg vergeten, maar het komt ook voor dat het voor de zorgaanbieder niet duidelijk is wie zij precies moeten uitnodigen en wat de meerwaarde daarvan is. Een aanbieder zegt daarover: *"Wat meespeelt is het personeelsverloop. We zien regelmatig dat de consulent die destijds de doorverwijzing heeft gedaan niet meer bij het lokale team werkt."*
- Het is regelmatig lastig om een moment te vinden waarop iedereen om de tafel kan. Zowel gemeenten als zorgaanbieders wijzen hierbij naar de beperkte capaciteit, beschikbaarheid en werkdruk bij de lokale teams. Een jeugdwerker zegt hierover: *"Eigenlijk heeft iedereen het te druk. Het liefst zou ik iedere twee weken een half uur om de tafel willen, maar eenmalig een afspraak maken is al complex."*

- Verder is in de gesprekken aangegeven dat vanwege capaciteitsgebrek lokale teams/jeugdwerkers het perspectiefplan soms laten schrijven door de zorgaanbieder. Door alle betrokkenen (inclusief de zorgaanbieders) is aangegeven dat dit onwenselijk is. De gewenste collegiale afstemming en afstemming met een gedragsdeskundige ontbreekt dan immers. Dit probleem doet zich overigens structureel voor bij doorverwijzing door de huisarts (zie Hoofdstuk 5).

Verder wordt in het kader van kostenbeheersing er vaak op gewezen dat kostenoverschrijdingen ook opeens kunnen optreden zodra er een gezin in beeld komt waar acuut zeer intensieve zorg voor nodig is. Het gaat bijvoorbeeld om een gezin waar een of meer kinderen vanwege een onveilige situatie in een gezinshuis

moeten worden geplaatst en waarbij aanvullend specialistische hulp moet worden geboden. Elke gemeente heeft wel enkele trajecten waarvan de kosten uiteindelijk op jaarbasis in de tonnen lopen.

4.8 Toezicht op rechtmatigheid

Gemeenten moeten ervoor zorgen dat de middelen voor jeugdzorg rechtmatig worden ingezet. Dit rechtmatigheidsbegrip is drieledig. In de eerste plaats moet erop worden toegezien dat de jeugdigen/gezinnen de zorg geleverd krijgen waar ze wettelijk recht op hebben, In de tweede plaats houdt het in dat de zorg wordt geleverd volgens de afspraken die in contracten met aanbieders zijn vastgelegd. In de derde plaats moet worden gecontroleerd of de declaraties en facturen van zorgaanbieders daarmee juist en rechtmatig zijn. Kijkend naar de jeugdzorg die via de gemeentelijke route wordt aangeboden, dan wordt op elke van deze drie genoemde elementen in de volgende organisatieonderdelen toegezien, zie Tabel 10.

Tabel 10: Toezicht op rechtmatigheid jeugdzorg via de gemeentelijke route

Aspecten van rechtmatigheid	Wie ziet er op toe?/ Waar is het belegd?
Hebben de ontvangers recht op de hulp die hen wordt gegeven?	Toezicht hierop gebeurt vanuit de lokale teams door de jeugdwerker die verantwoordelijk is voor het opstellen van het perspectiefplan.
Wordt de hulp geleverd volgens het perspectiefplan?	Toezicht hierop gebeurt door de backoffice/medewerkers van de financiële administratie. Verder kijkt de jeugdwerker die het perspectiefplan opstelde bij de eindafrekening of resultaten zijn behaald. Bij procesregie zaken houdt de jeugdwerker ook tussentijds een vinger aan de pols.
Factureren zorgaanbieders rechtmatig?	Toezicht hierop gebeurt door de regionale netwerkorganisatie en medewerkers van de backoffice/financiële administratie.

Hebben jeugdigen en gezinnen daadwerkelijk recht op zorg?

Jeugdwerkers beantwoorden deze vraag bij elke doorverwijzing vooral impliciet. Vanaf het eerste moment dat zij in gesprek gaan met een hulpvrager proberen zij in te schatten of zorg nodig is, en zo ja welke zorg dan passend is. Zoals in voorgaande paragraaf beschreven, zijn consulenten zich bewust van de kosten van tweedelijnszorg en dat elke doorverwijzing daarom gebaseerd moet zijn op een gedegen afweging. Wat hen hierbij helpt is dat rond elke doorverwijzing een perspectiefplan moet worden opgesteld en dat daar in de praktijk altijd afstemming over is met een gedragsdeskundige of een collega in een casusoverleg. Alle gemeenten/lokale teams hebben ten behoeve van deze afweging een gedragsdeskundige in dienst.

De afwegingen en de onderlinge afstemming nemen niet weg dat het in de praktijk voor jeugdwerkers soms lastig kan zijn de toegang tot de jeugdhulp te bewaken.

Tijdens de gesprekken werden met name drie situaties naar voren gebracht waarbij ouders druk kunnen uitoefenen om doorverwezen te worden.

- Mondige hulpvragers met omlijnde verwachtingen: hulpvragers kunnen mondig zijn en kunnen voordat zij het gesprek aangaan met een consulent al een duidelijk beeld hebben van de zorg die zij willen hebben. Een consulent zegt hierover: *"Ik heb zo nu en dan met ouders te maken die precies weten bij welke specifieke zorgaanbieder zij hulp willen krijgen. Zij hebben dan over een specifieke zorgaanbieder positieve verhalen gehoord op het schoolplein, van familie of vrienden. Bij deze ouders kan het lastig zijn open het gesprek in te gaan waarbij ook nog wordt gekeken of er mogelijkheden zijn in het voorveld."*
- Beoordeling van eigen kracht: er zijn vormen van jeugdhulp die als (neven)effect hebben dat het de ouders ontlast. In de aanvraag voor deze hulp speelt naast het belang van het kind ook min of meer het belang van de ouder mee. Bijvoorbeeld, een verblijf bij een zorgboerderij kan voor ouders functioneren als alternatief voor buitenschoolse opvang. Dit maakt een gesprek over het beëindigen van de hulp soms lastig, zeker wanneer de toegevoegde waarde voor het kind beperkt is maar de hulp ouders wel ontlast. Een vergelijkbaar voorbeeld waarin een hulpvraag ook gebaseerd is op een ouderbelang, was een casus waarin ouders vroegen om leerlingenvervoer. Het riep bij de consulent én ouders de vraag op waar verantwoordelijkheid van de ouders stopt en die van de gemeente begint.
- Ouders die al lang op de wachtlijst binnen de eerstelijn hebben gestaan. Eerstelijnsvoorzieningen kunnen wachttijden hebben. Dat geldt met name voor de voorzieningen die niet direct toegankelijk zijn of zelf geen directe hulp bieden. Het kan daardoor voorkomen dat een jeugdige of gezin enkele weken en in een enkele gemeente soms zelfs maanden moet wachten op een intake en vraagverhelderend gesprek. Het kan soms lastig zijn om ouders die lang hebben moeten wachten na weken of maanden alsnog door te verwijzen naar een voorliggende algemene voorziening. Een consulent zegt hierover:
  "Soms moeten ouders lang wachten op een eerste gesprek. Als ik nu pas na 7 maanden bij een gezin kom, ben ik minder geneigd ze naar een voorliggende voorziening te sturen. Het zou heel raar zijn na zeven maanden te zeggen, 'ga maar naar het maatschappelijk werk'. Daar hebben mensen niet al die tijd op zitten wachten."

Wat het voor een consulent extra lastig maakt om in bovenstaande situaties voet bij stuk te houden als een hulpvrager tóch wil worden doorverwezen, is dat voor de hulpvrager altijd nog de route via de huisarts openstaat. Hij kan zich altijd nog tot de huisarts wenden om daar een doorverwijzing te krijgen.

In een situatie waarin een jeugdwerker zelf het perspectiefplan niet heeft geschreven maar waar dat is gedaan door de zorgaanbieder, kan de jeugdwerker ook druk voelen om ergens voor te tekenen terwijl hij vragen heeft over de doelmatigheid. Door betrokkenen is aangegeven dat dat lastige situaties kan opleveren: *"Je moet dan als consulent de zorgaanbieder gaan bevragen over nut en*

noodzaak van een behandeling, soms zonder dat je zelf de hulpvrager en zijn situatie (goed) kent."

Deze situatie doet zich vooral voor bij doorverwijzingen door huisartsen (zie ook Hoofdstuk 5), maar ook bij doorverwijzingen door het lokale team waarbij de consulent zelf geen tijd had om het plan te schrijven. Dat deze situaties lastig kunnen zijn komt ook naar voren in de gesprekken met de zorgaanbieders. Dit wordt nader besproken in paragraaf 6.3.

Wordt de hulp uitgevoerd conform het perspectiefplan?

Naast het toezicht op nut en noodzaak van jeugdhulp zien de gemeenten erop toe dat de zorgaanbieders de hulp conform de afspraken van het perspectiefplan uitvoeren. Dit toezicht is bij de zes gemeenten in de eerste plaats belegd bij de consulent die ook de beschikking heeft afgegeven. Bij de **SED-gemeenten** is dat een jeugdconsulent van de SED-organisatie. In **Medemblik** is het een jeugdhulpverlener van Team Jeugd, in **Hoorn** en **Opmeer** de consulent van het lokale team. In de praktijk beperkt dit toezicht zich vooral tot een contactmoment tegen het einde van een hulptraject. Dit contactmoment heeft tot doel om te bepalen of de doelen van de behandeling zijn behaald. Dit toezicht is lastiger naarmate de jeugdwerker de hulpvrager en diens omstandigheden slechter kent. Bij een traject dat via de huisarts is ingezet is dat vrijwel altijd het geval.

In alle gemeenten wordt aangegeven dat men naast deze eindevaluatie niet goed toekomt aan tussentijdse evaluaties. Een veelgenoemde reden daarvoor is de begrensde personele capaciteit maar uit de gesprekken komt ook naar voren dat het lastig is deze controle uit te voeren naarmate de gemeente inhoudelijk meer op afstand staat van een specifiek traject. Dit laatste is ook naar voren gekomen in de gesprekken met de zorgaanbieders. Deze geven aan van consulenten soms vragen te krijgen over nut en noodzaak van behandelingen die geen idee hebben van de problematiek van het kind en zijn/haar omstandigheden, en het beroep dat wordt gedaan op de hulpverlener. . Zorgaanbieders ervaren soms dat het in het contact met de 'gemeente' vooral draait om geld in plaats van de vraag wat een jeugdige of zijn gezin nu echt nodig heeft (zie ook paragraaf 6.3).

Zicht op een adequate uitvoering van het perspectiefplan is vooral afhankelijk van de mate waarin een consulent van het lokale team inhoudelijk betrokken is, bijvoorbeeld in de hoedanigheid van regisseur. Een voorbeeld van een casus waarbij een niet geleverde hulp door de gemeente bij een zorgverlener aanhangig was gemaakt betrof een gezin waarvoor intensieve opvoedondersteuning was ingekocht, maar waar de betrokken hulpverlener er niet aan toe kwam vaker dan één keer per week langs te komen. De jeugdwerker van het wijkteam die dat constateerde op basis van gesprekken met de ouders heeft dit vervolgens eerst besproken met de hulpverlener en daarna ook met de medewerker die verantwoordelijk was voor de beschikking en contractering.

Toezicht op uitvoering van het perspectiefplan is daarmee precair. Een zorgverlener laat zich uiteindelijk alleen aanspreken wanneer de consulent goed ingevoerd is: hij

moet het perspectiefplan kennen, de jeugdige en zijn/haar omstandigheden en het verloop van het behandeltraject. Vragen over kosten van trajecten kunnen door zorgverleners al snel worden opgevat als kritiek van een buitenstaander die niet goed weet wat er speelt in de spreekkamer of het gezin van een jeugdige. Een zorgaanbieder merkte hierbij op: *"Wij verlenen ook zorg in het kader van de Zvw. Zorgverzekeraars stellen nooit zulke vragen, die bewaren afstand tot de inhoud van behandelingen."*

Deze gevoeligheid komt met name naar voren bij verzoeken van zorgaanbieders voor een herindicatie of verlenging. Zeker bij enkelvoudige hulpvragen, waar er vanuit het lokale team geen inhoudelijke betrokkenheid is geweest, is het lastig voor een jeugdwerker om zich 'buiten de behandelkamer om' onafhankelijk en weloverwogen een oordeel te vormen. In dergelijke situaties moet een jeugdwerker sterk in de schoenen staan om vraagtekens te zetten bij een verzoek om te verlengen of te herindiceren. In meerdere gesprekken met consulenten is aan de orde gekomen dat zij het landelijke beeld herkennen (dat kostenstijgingen onder andere voorkomen uit hulptrajecten die steeds worden verlengd), maar dat zij niet goed weten wat je daaraan kan doen.

Tijdens de gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd, zijn geen harde vormen van fraude of misbruik naar voren gekomen. De gesprekspartners gaven aan daar geen kennis van te hebben. Voor zover de mensen met wie wij spraken kennis hadden over een onrechtmatige inzet, ging het met name over hulp die niet helemaal volledig volgens plan werd uitgevoerd. De belangrijkste bron voor dergelijke meldingen waren de consulenten van de lokale teams met een inhoudelijke betrokkenheid bij de jeugdige of het gezin. In de praktijk verloopt het proces van melden als volgt. Een consulent ziet dat deze hulp niet helemaal volgens afspraak verloopt, deze bespreekt dat vervolgens in het teamoverleg, waarmee wordt nagegaan hoe collega's er tegenaan kijken en of er meer vragen zijn rond de betreffende aanbieder. Op basis van deze uitwisseling wordt dan de aanbieder direct aangesproken of wordt het doorgegeven aan de medewerker die verantwoordelijk is voor de contractering. Gemeenten verschillen in hoe systematisch zij monitoren: van cyclische en methodische monitoring

In een enkel geval wordt het signaal doorgegeven aan de regionale inkooporganisatie. Volgens betrokkenen bij deze netwerkorganisatie biedt een signaal niet altijd voldoende informatie om het gesprek aan te gaan met de aanbieder. Zo'n gesprek vereist kennis van het perspectiefplan, het verloop van het traject en de omstandigheden van de hulpvrager. Op regionaal niveau is deze kennis er niet, alleen al vanwege de privacy van de betrokken hulpvragers. Vanuit de netwerkorganisatie wordt daarom aangegeven dat het belangrijk is dat lokale teams en de gemeentelijke jeugdwerkers die gaan over de beschikkingen eerst zoveel mogelijk zelf het gesprek aangaan met een aanbieder. Daarbij is het wel belangrijk dat de uitkomst van zo'n gesprek wordt gecommuniceerd met de netwerkorganisatie, zodat deze het aan de orde kan stellen in het reguliere contact met de zorgaanbieder. Het zou het proces van melden versterken wanneer gemeenten en de netwerkorganisatie met elkaar duidelijker afspraken maken over hoe wordt omgegaan met signalen dat de hulp niet helemaal volgens plan wordt uitgevoerd, aldus de regionale inkoopmanager (Manager NWO).

Normen m.b.t. alertheid op fraudesignalen

- Consulenten die doorverwijzen zijn bekend met hun verantwoordelijkheid om toe te zien op rechtmatigheid.
- Consulenten weten waar zij een melding kunnen doen.
- Consulenten kijken tijdens hun evaluaties met zorgaanbieders ook naar of de activiteiten die zijn betaald ook geleverd zijn.

Voor de consulenten die doorverwijzen en vooral inhoudelijk bij een hulpvrager betrokken zijn, geldt dat zij hun verantwoordelijkheid voor de rechtmatigheid vooral inhoudelijk opvatten. In overeenstemming met hun taakomschrijving controleren zij géén declaraties. Hun verantwoordelijkheid om na te gaan of de hulp wordt geleverd volgens het perspectiefplan, nemen zij in de praktijk vooral voor de trajecten waarvoor zij procesregisseur zijn. Zicht op een adequate uitvoering van het perspectiefplan is vooral afhankelijk van de mate waarin een consulent van het lokale team inhoudelijk betrokken is. Signalen over misstanden bespreken consulenten eerst met elkaar in hun team. Afhankelijk van de uitkomst van deze bespreking wordt een signaal afgegeven aan de regionale netwerkogranisatie.

Controle van declaraties

Voor alle zes de gemeenten geldt dat de netwerkorganisatie de gecontracteerde zorgaanbieders jaarlijks om een productieverantwoording vraagt. Hiermee wordt bij de aanbieders uitgevraagd welke hulp is geleverd, aan hoeveel cliënten, hoeveel uren daaraan zijn besteed, wanneer dat is gebeurd, en door welke typen professionals. Voor grotere aanbieders met een omzet van meer dan 125.000 euro, geldt tevens de verplichting om jaarlijks een accountantsverklaring te overleggen. Kleinere aanbieders zijn hiervan vrijgesteld. Ten behoeve van de controle op hun rechtmatigheid voeren de gemeenten steekproefsgewijze controles uit. Hiervoor wordt telefonisch contact gezocht met de betreffende zorgontvangers. Gevraagd wordt of ze de hulp hebben ontvangen waarvoor betaald is en of ze daar tevreden over zijn.

Medemblik en Opmeer laten ook lokale aanbieders van maatwerkarrangementen (die buiten het raamcontract zijn aanbesteed) door de netwerkorganisatie controleren. De gemeenten vergelijken vervolgens de aangeleverde informatie met de gegevens uit het eigen systeem. Naast deze regionale voorziening voeren de gemeenten zelf ook nog andere controles uit.

In onderstaande tabel is per gemeente beschreven hoe de rechtmatigheid van declaraties wordt onderzocht.

Normen m.b.t. rechtmatigheid

- Gemeenten hebben de taak om misbruik en oneigenlijk gebruik van jeugdhulpvoorzieningen te bestrijden. De uitwerking van deze taak krijgt vorm in lokaal beleid.
- Gemeenten hebben voorzieningen getroffen of afspraken gemaakt over hoe wordt toegezien op de rechtmatigheid van de hulp.
- Gemeenten houden bij of declaraties van zorgaanbieders passen bij de zorgplannen.

Hoorn	Hoorn voert geen standaard rechtmatigheidscontroles uit waarbij achteraf wordt gekeken of de gedeclareerde hulp daadwerkelijk is geleverd. 1.Hoorn controleert vooral de doelmatigheid aan de voorkant. Bij doorverwijzing door 1.Hoorn vindt op elk traject zo'n controle plaats tijdens de triage waarbij jeugdconsulent en gedragsdeskundige kijken over het arrangement dat de zorgaanbieder voorstelt, past bij het perspectiefplan. Doorverwijzingen die door huisartsen zijn gedaan, worden steekproefsgewijs gecontroleerd op doelmatigheid. Bij het trekken van de steekproef kijkt men naar opvallende of afwijkende zaken. Men zoekt vervolgens contact met de aanbieder om het arrangement te bespreken. Tegen het eind van een hulptraject wordt - voor zover het gaat om een traject dat bij gemeente is gestart - een eindevaluatie gehouden waarbij wordt nagegaan of de gestelde doelen zijn gehaald. Bij een traject dat bij de huisarts is gestart is de kans op een dergelijke eindevaluatie het grootst wanneer daar een POH-jeugd bij betrokken is geweest
Medemblik	Gemeente Medemblik is in 2024 een traject gestart om de controle op rechtmatigheid te versterken. Zij hebben hiervoor het proces als uitgangspunt genomen zoals dat door de SED-organisatie is ontwikkeld. Op dit moment is met de uitvoering van de werkwijze gestart. Dit houdt in dat trajecten waarvan op basis van de beschikbare gegevens de prestatielevering niet kan worden vastgesteld, de betrokken zorgontvangers worden nagebeld en gevraagd of de hulp volgens het perspectiefplan is uitgevoerd.
Opmeer	In Opmeer vindt een geautomatiseerde controle plaats op de declaraties die zorgaanbieders indienen. Er wordt daarbij onder meer getoetst op tarief en het aantal uren aan geleverde hulp. Opmeer heeft met de netwerkorganisatie afgesproken dat zij via hen ook lokale aanbieders van maatwerkvoorzieningen op een productieverantwoording en accountantsverklaring vragen.
Stede Broec **Enkhuizen** **Drechterland**	De SED-organisatie heeft een proces beschreven aan de hand waarvan het de rechtmatigheid van declaraties van zorgaanbieders controleert. Een medewerker van interne controle gaat van afgesloten trajecten na of de prestatielevering kan worden aangetoond op basis van een evaluatieverslag. Voor de trajecten waar dat niet kan worden aangetoond, wordt steekproefsgewijs telefonisch contact opgenomen met de zorgontvanger. Gevraagd wordt of de hulp geleverd is en of men daarover tevreden is. Het streven is om van 80% van de steekproef de prestatielevering aan te kunnen tonen.

4.9 Samenvatting Hoofdstuk 4

Alle gemeenten werken met dezelfde zes stappen wanneer een gezin of jongere jeugdhulp nodig heeft. Achtereenvolgens zijn dat: 1. aanmelding en intake, 2. het verhelderen van de hulpvraag, 3. nagaan of eerstelijns jeugdhulp voldoende is om de hulpvraag op te lossen, 4. een perspectiefplan opstellen wanneer tweedelijns jeugdhulp noodzakelijk is, 5. een beschikking afgeven en 6. uitvoeren van regie en monitoring (het coördineren van de hulp en het bewaken van de voortgang). De manier waarop deze stappen zijn georganiseerd verschilt per gemeente.

Opmeer werkt met een geïntegreerd model: daar voert het lokale team alle zes de stappen uit. In de andere gemeenten zijn deze taken verdeeld over meerdere organisatieonderdelen. Naast de gemeentelijke route is er ook toegang tot jeugdhulp via de huisarts. In dat geval stelt de aanbieder van tweedelijns (specialistische) jeugdhulp na de doorverwijzing het perspectiefplan op en voert vaak de regie. De gemeente blijft echter verantwoordelijk voor de financiering en de afspraken met de aanbieder.

Bij de intake maken alle gemeenten onderscheid tussen enkelvoudige problematiek (één afgebakend probleem) en meervoudige problematiek (meerdere of samenhangende problemen), en passen het traject daarop aan. Opmeer heeft één loket en één jeugdwerker die het hele traject begeleidt, wat duidelijkheid en continuïteit kan vergroten. In de andere gemeenten is het proces verdeeld over meerdere organisatieonderdelen, waardoor de kans op versnippering toeneemt.

Een integrale intake wordt overal als een belangrijk uitgangspunt gezien: daarbij wordt niet alleen naar de hulpvraag gekeken, maar ook naar mogelijke problemen op andere leefgebieden (zoals school, werk of financiën). Hoe een integrale intake wordt ingevuld verschilt echter tussen jeugdwerkers. De één signaleert en bespreekt vooral, terwijl de ander direct een warme overdracht organiseert naar voorzieningen zoals schuldhulpverlening. Bij verwijzingen via de huisarts is het vaak onduidelijk of er een integrale intake plaatsvindt, behalve wanneer er een POH-Jeugd betrokken is.

Het uitgangspunt *'eerstelijns tenzij'* geldt in alle gemeenten: pas als lichte hulp niet voldoende is, wordt zwaardere jeugdhulp ingezet. Hoe de eerstelijns jeugdhulp is ingericht, verschilt echter sterk. In de meeste gemeenten is de eerstelijn een vast onderdeel van het proces. Een inwoner die zich meldt voor zorg wordt daar automatisch eerst gezien door een eerstelijnshulpverlener. Medemblik wijkt hiervan af staan eerstelijnszorg en doorverwijzing los van elkaar. Ook de invulling van eerstelijnshulp verschilt: in Hoorn ligt de nadruk op gespecialiseerde opvoedondersteuning en doorverwijzing naar het voorveld, in Stede Broec en Opmeer op brede, gespecialiseerde ondersteuning in eigen huis, en in Enkhuizen en Drechterland op 'anderhalvelijns' hulp bij meervoudige problematiek (een tussenvorm tussen lichte en specialistische hulp). Deze verschillen beïnvloeden hoe laagdrempelig eerstelijnshulp beschikbaar is. Ze brengen ook risico's met zich mee: te weinig gebruik van eerstelijns jeugdhulp (zoals in Medemblik) of juist te laat doorverwijzing naar tweedelijns jeugdhulp (zoals gesignaleerd in Stede Broec).

Alle gemeenten gebruiken hetzelfde format voor het perspectiefplan, dat de inhoudelijke basis vormt voor de beschikking. Gezinnen ervaren meestal dat het plan goed aansluit bij hun hulpvraag en waarderen de eigen betrokkenheid bij het opstellen ervan. Aan de andere kant verloopt het opstellen van het perspectiefplan niet altijd soepel: jeugdwerkers besteden het soms uit aan de tweedelijns jeugdhulpaanbieder, en de resultaatgerichte aanpak roept bij met name zorgaanbieders gemengde reacties op. Het gaat dan met name om plannen die de te positivistisch zijn; die ervanuit gaan dat complexe problemen op een afzienbare termijn kunnen worden opgelost en voorbij gaan aan de grilligheid van een hulpvraag of de grilligheid van omstandigheden waarmee een hulpvrager mee te maken kan hebben.

In het proces richting de beschikking ontstaat in de praktijk soms spanning tussen inhoud en financiering, wat leidt tot lastige gesprekken tussen jeugdwerkers van het lokale team met tweedelijns jeugdhulpaanbieders. Gemeenten zoeken verschillende manieren om lokale teams hierin te ondersteunen, zoals collegiaal overleg, het meebeoordelen door gedragswetenschappers of een apart team triage.

Het tweedelijns jeugdhulpaanbod sluit in de meeste gevallen goed aan op de hulpvragen, maar er zijn een aantal duidelijke lacunes voor specifieke doelgroepen en problematieken, zoals verslaving, complexe scheidingen en jongeren met zowel psychiatrische problemen als een licht verstandelijke beperking.

Regie en monitoring zijn in alle gemeenten belegd bij de lokale teams, maar de invulling varieert. Bij enkelvoudige trajecten wordt er geen regie door het lokale team gevoerd, terwijl bij meervoudige problematiek actieve procesregie onmisbaar wordt gevonden. Consulenten van de SED-gemeenten voeren de procesregie bij meervoudige en complexe casussen waar een beschikking aan ten grondslag ligt. Ons Stede Broec voert regie bij eerstelijns zaken en casusregie als zij nog betrokken blijven bij een casus waar ook een beschikking is afgegeven. Lokaal team Drechterland en lokaal team Enkhuizen voeren ook procesregie bij meervoudig complexe casussen.

Alle gemeenten streven ernaar dat gezinnen waar mogelijk eigen regie voeren over het hulptraject en hun eigen netwerk benutten. Bij enkelvoudige problematiek kan dit soms, terwijl bij meervoudige problematiek het lokale team altijd procesregie voert. Jeugdwerkers zien het bevorderen van zelfredzaamheid en het normaliseren van problemen als kerntaken, maar signaleren tegelijk dat gezinnen soms te hoge verwachtingen van de jeugdhulp hebben of juist onvoldoende draagkracht om zelfredzaam te zijn.

Het principe *één gezin, één plan, één regisseur* wordt in de meeste gemeenten onderschreven of herkend, maar de structurele toepassing verschilt. In Drechterland en Hoorn is het principe het meest ingebed via vaste formats en multidisciplinair overleg, terwijl in andere gemeenten de toepassing afhankelijk is van de werkwijze van jeugdwerkers en soms wordt belemmerd door (kindgerichte) registratiesystemen.

In alle gemeenten is een klachtenregeling beschikbaar, maar jeugdwerkers leggen vooral de nadruk op het vroegtijdig signaleren en bespreken van onvrede om escalatie te voorkomen. Hoorn registreert en monitort klachten over tweedelijns jeugdhulpaanbieders systematisch.

De gemeenten maken onderscheid tussen wachttijden en wachtlijsten. Korte wachttijden van aanmelding naar intake worden werkbaar gevonden, maar verschillen per gemeente en kunnen – zoals in Medemblik (7 maanden) – fors oplopen. Het zicht hierop is echter beperkt, omdat gemeenten de wachttijden niet structureel bijhouden. Wachtlijsten bij tweedelijns jeugdhulp vormen echter het grootste knelpunt. Deze liggen grotendeels buiten gemeentelijke invloed. Gemeenten proberen de gevolgen te verzachten met overbruggingszorg en door slim te verwijzen, maar dit biedt geen structurele oplossing.

5 De huisarts als ingang naar jeugdhulp

Verspreid over de regio Westfriesland spraken wij met zes huisartsen en drie praktijkondersteuners Kind en Jeugd. Bij hen gingen wij na hoe zij patiënten met jeugd- of opvoedgerelateerde vragen, helpen en doorverwijzen en hoe zij daarbij gemeentelijke voorzieningen betrekken. Uit de gesprekken komt naar voren dat de afstemming met huisartsen, zoals voorgesteld in de gemeentelijke beleidsregels, in de meeste gemeenten nog onvoldoende van de grond komt. Huisartsen verschillen in hun kennis van het gemeentelijke aanbod, en ook de mate waarin zij de gemeente kennen en ermee afstemmen loopt uiteen. Voor zover aanwezig in de huisartsenpraktijk, is de praktijkondersteuner (POH) een goede schakel tussen het lokale team/gemeente en de huisartsenpraktijk.

5.1 Doorverwijzingen door de huisarts zonder POH

Van alle jeugdzorgtrajecten die door de gemeenten worden gefinancierd, start 30% tot 47% op basis van een doorverwijzing van de huisarts[40]. Hoe binnen huisartsenpraktijken wordt doorverwezen is afhankelijk van de aanwezigheid van een POH GGZ Kind en Jeugd. In praktijken met een POH verloopt doorverwijzing meestal na consultatie van de POH. Huisartsen zonder POH verwijzen door op basis van één of meerdere consulten die zij zelf met de patiënt (en/of de ouders) hebben. Zij verwijzen in beginsel op dezelfde manier door als waarop zij doorverwijzen naar andere aanbieders van specialistische hulp. Uit de gesprekken die wij voor dit onderzoek voerden, komt naar voren dat de huisarts, patiënt en/of diens ouders regelmatig al een voorkeur hebben voor een specifieke zorgaanbieder. Voor zover een huisarts een voorkeur heeft, is dat doorgaans gebaseerd op bekendheid en eerdere ervaringen met een zorgaanbieder.

Uit de gesprekken blijkt dat huisartsen op dit moment een redelijk, maar enigszins beperkt overzicht hebben van welke zorgaanbieders beschikbaar en gecontracteerd zijn en wat zij precies aanbieden. Huisartsen laten zich bij het doorverwijzen ondersteunen door het online platform Zorgdomein, waarin een huisarts een patiënt kan doorverwijzen naar een specialistische zorgaanbieder. Zorgaanbieders zijn echter niet altijd te vinden in 'Zorgdomein' of de ‘Beschikbaarheidswijzer’. Ze schieten volgens een huisarts soms ‘als paddenstoelen uit de grond’. Er ontbreekt dus een actuele en toegankelijke regionale ‘sociale kaart’, waardoor het soms lastig is om gericht door te verwijzen. Omdat niet alle gecontracteerde aanbieders in Zorgdomein te zien zijn, worden er ook nog veel klassieke verwijsbrieven gebruikt.

Uit de gesprekken die wij met huisartsen voerden, is naar voren gekomen dat het gegeven of een zorgaanbieder door de gemeente is gecontracteerd een beperkte rol speelt bij een doorverwijzing. Het komt voor dat patiënten worden doorverwezen

[40] CBS, zie ook Tabel 7.

naar niet gecontracteerde aanbieders, bijvoorbeeld wanneer de benodigde zorg of expertise niet beschikbaar is binnen het gecontracteerde aanbod. Vaak vergoedt de gemeente dan alsnog de hulp. Een aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders komt overigens via zogenoemd 'onderaannemerschap' soms toch in aanmerking voor een doorverwijzing.

Doorverwijzingen naar niet-gecontracteerde aanbieders zijn volgens de regionale inkoopsamenwerking een aandachtspunt. Allereerst omdat de hulp die buiten het raamcontract wordt ingekocht, vrijwel altijd duurder is. Ten tweede kan het vragen oproepen bij de partijen die wél in het raamcontract zitten. Op dit moment wordt er in de regio aan gewerkt om alle regionale gecontracteerde aanbieders aan te sluiten op Zorgdomein, zodat huisartsen automatisch doorverwijzen naar een gecontracteerde partij. Gehoopt wordt dat dit voor het einde van 2025 is gerealiseerd, maar deze operatie is vanwege de hoeveelheid aan partijen en producten complex. Tevens moet met deze operatie het voor de huisarts mogelijk worden om via Zorgdomein te verwijzen naar het lokale team. Dit zou ertoe kunnen bijdragen dat sommige huisartsen vaker naar het lokale team gaan doorverwijzen in plaats van direct naar een specialistische zorgaanbieder.

5.2 Doorverwijzingen met een POH GGZ Kind en Jeugd

De overweging van de huisarts om wel of niet door te verwijzen, is naast zijn/haar eigen inschatting en de wens van de patiënt/diens ouder(s) ook afhankelijk van de aanwezigheid van een praktijkondersteuner (POH) GGZ Kind en Jeugd: wanneer er een POH aanwezig is, komt een patiënt met een aan jeugdhulp gerelateerde vraag al snel daar terecht.

De begeleiding vanuit de POH richt zich op kinderen en jongeren met lichte, kortdurende, en enkelvoudige hulpklachten op het gebied van gedrag, opvoeding, emoties of ontwikkeling. De taken van de POH zijn onder andere: signaleren van problemen bij jeugdigen en hun gezinnen (zoals angst, somberheid, gedragsproblemen, opvoedproblemen), intake en gesprekken voeren met kinderen en ouders en het bieden van korte interventies of begeleiding. De POH kan daarbij eventueel ook afstemmen met externe partijen zoals scholen en lokale team. Landelijk heeft ongeveer eenderde van de huisartsenpraktijken er één[41]. De POH's GGZ Kind en Jeugd in Westfriesland zijn allemaal in dienst van Vicino[42].

Bij sommige huisartsenpraktijken heeft de POH een leidende rol bij doorverwijzing naar de tweedelijns jeugdhulp, en de huisarts een ondersteunende. De POH bespreekt dan enkel de complexe situaties met de huisarts en regelt de verwijzing.

[41] Nivel, 2021, De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit.

[42] Hoeveel Westfriese huisartsenpraktijken een praktijkondersteuner Kind en Jeugd hebben, kon met dit onderzoek niet worden achterhaald.

Een POH-traject beslaat doorgaans zo'n zes tot acht gesprekken. Deze korte trajecten worden betaald door de zorgverzekeraar (in het kader van de Zorgverzekeringswet).

Sommige huisartsen verwijzen passend door naar een POH-traject, anderen sturen vrijwel alle jeugdige patiënten naar de POH, die vervolgens zelf beoordeelt of een hulpvraag geschikt is voor een POH-traject of dat er moet worden doorverwezen.

Uit de gesprekken werd duidelijk dat de inhoudelijke expertise van de POH mede bepaalt of patiënten worden doorverwezen naar de specialistische ggz. Bijvoorbeeld, een POH die geschoold is in cognitieve gedragstherapie zal dit eerder zelf oppakken in plaats van hiervoor door te verwijzen.

5.3 Overbruggingszorg bij huisartsenpraktijken

Na een verwijzing houdt de huisarts doorgaans geen actief contact om te volgen of de hulp passend is of daadwerkelijk is gestart. Er wordt in principe niet nagebeld. Alleen bij langere wachttijden kan er worden gekeken naar een tijdelijke overbrugging vanuit de praktijk, als er een POH is in de praktijk, neemt deze de overbruggingszorg vaak op zich.

In meerdere gesprekken is de toenemende inzet van overbruggingszorg expliciet benoemd als een knelpunt in het werk van POH's. POH's nemen deze tijdelijke hulp op zich wanneer cliënten moeten wachten op vervolgbehandeling, terwijl er zorgen zijn dat de klachten in de tussentijd zullen verergeren. Hoewel overbruggingszorg formeel geen onderdeel is van het POH-takenpakket, wordt deze in de praktijk regelmatig en uit noodzaak geboden. Een POH zegt hierover: *"Soms vinden mensen het juist prettig om bij mij te blijven. Als POH bied ik een luisterend oor en dat voelt vaak veilig. Wanneer mensen tijdens de overbrugging echter meer nodig hebben dan enkel gesprekken, kan ik ze doorverwijzen naar het lokale team."*

De inhoud van de overbruggingszorg verschilt per situatie. Soms betreft het een kort gesprek of het opstellen van een signaleringsplan; in andere gevallen biedt de POH algemene adviezen of psychoeducatie, bijvoorbeeld over somberheid, trauma of een eetprobleem. Waar mogelijk wordt lichte begeleiding ingezet, zoals ondersteuning bij stressregulatie. Soms betreft de overbruggingszorg kortdurende monitoring, bijvoorbeeld bij jongeren met suïcidaliteit of automutilatie. In zo'n geval ziet de POH iemand wekelijks kort, bijvoorbeeld tien minuten, om een vinger aan de pols te houden, en te signaleren of de situatie verslechtert. In de verwijsbrief vermeldt de POH doorgaans welke ondersteuning al is geboden.

Deze extra inzet heeft gevolgen voor de beschikbaarheid van POH's. In sommige praktijken ontstaan wachttijden van enkele weken, omdat nieuwe hulpvragen tijdelijk niet kunnen worden aangenomen. Bovendien nemen POH's bij overbruggingszorg ook de regie op zich, terwijl deze formeel bij het lokale team of de zorgaanbieder zou moeten liggen. Hoewel deze inzet vanuit betrokkenheid plaatsvindt, leidt het tot een structurele belasting van de POH-capaciteit en een verschuiving van verantwoordelijkheden.

5.4 Doorverwijzing en perspectiefplan

Wanneer een zorgaanbieder gevonden is, en de huisarts of POH in overleg met de patiënt de doorverwijzing heeft gedaan, wordt het hulptraject overgenomen door de zorgaanbieder. Vanaf het moment van doorverwijzen is de huisarts in principe niet meer betrokken. De huisarts krijgt dan ook geen inzicht in het behandelplan of perspectiefplan. Meestal wordt de huisarts wel vlak na de intake en aan het einde van de behandeling kort geïnformeerd. Dit gebeurt echter alleen wanneer de patiënt nadrukkelijk toestemming hiervoor geeft. Zorgaanbieders vergeten deze toestemming soms te vragen aan patiënten, waardoor de huisarts niet kan worden geïnformeerd. Ook koppelen zorgaanbieders de ontslagbrief niet altijd terug aan de huisarts.

Het niet of onvoldoende informeren van huisartsen door zorgaanbieders wordt vanuit de huisartsen/POH als een knelpunt ervaren. Overigens spraken we enkele zorgaanbieders die aangaven altijd contact te zoeken met een huisarts, en bijvoorbeeld standaard een terugkoppeling te sturen naar de verwijzende huisarts. Eén zorgaanbieder beschouwt de huisarts nadrukkelijk als de casemanager van een kind. Na afloop van een hulptraject hebben de meeste gezinnen volgens een zorgaanbieder een voorkeur voor terugrapporteren naar de huisarts en niet naar de gemeente. Vertrouwelijkheid van de huisarts speelt daarbij een rol en ook dat gemeenten relatief vaak van personeel wisselen en een huisarts een stabiele persoon is die regelmatig wordt gezien.

De huisartsen en praktijkondersteuners die wij spraken, zijn vrijwel niet bekend met het begrip *perspectiefplan*. Slechts incidenteel wordt een POH door een zorgaanbieder gevraagd om zo'n plan in te vullen, maar dit verzoek wordt meestal afgewezen. Tegelijkertijd is er wel begrip voor de reden achter deze vraag: het invullen van een perspectiefplan door de POH kan het aanvraagproces versnellen, omdat er dan niet gewacht hoeft te worden op input van de gemeente voor het afgeven van een beschikking.

Dit proces kwam niet overeen met wat hierover was vastgelegd in de gemeentelijke verordeningen die tot juli 2025 golden. In die verordeningen van de **SED-gemeenten** was bepaald dat de huisarts het perspectiefplan opstelt. Zoals beschreven gebeurde dat in de praktijk nooit. In de nieuwe verordening is dit aangepast. In de nieuwe verordening wordt niet meer gesproken over een perspectiefplan in het geval hulp wordt gegeven op basis van een doorverwijzing door de huisarts.

In de nieuwe verordening De gemeenten **Hoorn**, **Medemblik** en **Opmeer** hebben in hun verordening vastgelegd dat bij een doorverwijzing door de huisarts, de zorgaanbieder het perspectiefplan opstelt en dat dat plan vervolgens wordt beoordeeld door het lokale team. In de verordening is echter niet aangegeven hoe lokale teams tot een oordeel kunnen komen, zonder dat zij de betrokken hulpvragers hebben gezien of gesproken. Ook is niet aangeven wie in de organisatie dat oordeel geeft: een jeugdwerker van het lokale team of een backoffice medewerker. Afgaande op de gesprekken die wij voerden in **Opmeer** en **Medemblik** wordt zo'n oordeel in de praktijk uiteindelijk niet gegeven. Een van de consulenten (Opmeer) merkt hierover op: "Als een huisarts doorverwijst dan komt er hier een

‘315-bericht’ binnen. Dat moeten we accepteren. De administratie geeft dan automatisch een beschikking af.” Bij 1.Hoorn vindt een dergelijke beoordeling wel regelmatig plaats.

De huisarts heeft ten aanzien van een traject bij een specialistische zorgaanbieder géén regierol, zoals het lokale team dat wel heeft. Noch ziet een huisarts toe op de rechtmatigheid of doeltreffendheid van behandelingen. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de gemeente.

5.5 Samenwerking tussen de lokale teams en huisartsen

Het werk van de huisarts en dat van de lokale teams ligt in elkaars verlengde. Als er een POH-Jeugd in een huisartsenpraktijk aanwezig is, is er zelfs sprake van een behoorlijke overlap. Het werk van de POH-Jeugd komt immers grotendeels overeen met dat van de jeugdwerker van het lokale team. In alle zes de gemeenten bestaat daarom een samenwerking met huisartsen. De mate en vorm waarin er wordt samengewerkt verschilt. Huisartsen verschillen bijvoorbeeld van elkaar in de mate waarin ze doorverwijzen naar het lokale team en op die manier het lokale team als alternatief of als voorliggende voorziening voor specialistische jeugdhulp gebruiken.

In **Hoorn** is de afstemming tussen het lokale team en huisartsen het meest vergaand. Daar hebben een aantal huisartsenpraktijken een aantal uren per week een orthopedagoog van het lokale team in hun praktijk zitten. De huisartsen kunnen hierdoor makkelijker doorverwijzen naar de gemeentelijke eerste lijn. De orthopedagoog van 1.Hoorn overlegt direct met de POH over casussen en zij doen wanneer mogelijk gezamenlijke intakes. De orthopedagoog pakt complexere problematiek (waarbij vaak al een hulpverleningsgeschiedenis is) op en is regelmatig de schakel tussen huisarts en specialistische hulp.

De samenwerking met 1.Hoorn verloopt volgens betrokkenen prettig en laagdrempelig. Elke POH-Jeugd in Hoorn is gekoppeld aan een gebiedsteam en sluit meerdere keren per jaar aan bij casuïstiekoverleggen. Tijdens deze overleggen wordt gereflecteerd op de samenwerking en besproken hoe deze kan worden verbeterd. Deze samenwerking wordt vanuit de gemeente begeleid door een projectleider en twee aandachtsfunctionarissen die elke zes maanden de huisartsen bezoeken. Deze werkwijze wordt geëvalueerd door de Hogeschool van Amsterdam.

Voor enkelvoudige opvoedvragen wordt regelmatig doorverwezen naar de opvoedadviseurs van 1.Hoorn. Zij kunnen ouders thuis ondersteunen, wat in sommige gevallen effectiever is dan gesprekken in de spreekkamer.

Een knelpunt in de samenwerking met de gemeente Hoorn betreft de toegang tot voorliggende voorzieningen zoals Integrale Vroeghulp (IVH; vroeghulp voor kinderen van 0 tot 7 jaar met (dreigende) ontwikkelingsachterstand). In Hoorn is het voor inwoners en POH’s niet mogelijk om rechtstreeks hiervoor aan te melden; dit mag uitsluitend via de gemeente. In de praktijk leidt dit in Hoorn tot situaties waarin de gemeente besluit dat IVH niet nodig is, ondanks een duidelijke indicatie van de huisarts. Het oordeel van de huisarts wordt hiermee ondergeschikt gemaakt aan het

gemeentelijk besluit. Dit zorgt voor verwarring bij inwoners en belemmert volgens een respondent de werkwijze van de POH-Jeugd: *"Het [IVH] is een voorliggende voorziening, dus het is eigenlijk al heel raar dat de gemeente daar tussen gaat zitten en dan leggen ze ook nog eens een indicatie van de huisarts naast zich neer. Dat is lastig voor de huisarts en voor de patiënt, veroorzaakt veel verwarring. Als de huisarts iets indiceert moet je op dat oordeel vertrouwen, een verwijzing van de huisarts hoort bovenliggend te zijn op het oordeel van de gemeente."*

Hoewel dit punt bij 1.Hoorn is aangekaart, blijft het beleid ongewijzigd. Als gevolg hiervan verwijst de POH nu in voorkomende gevallen vaker direct naar specialistische hulp in plaats van de Integrale Vroeghulp, om te voorkomen noodzakelijke hulp wordt afgewezen. Deze werkwijze lijkt kostenverhogend te werken en leidt tot de vraag om hoeveel gevallen het gaat en waarom het beleid ongewijzigd blijft. In het huidige onderzoek is dit niet boven tafel gekomen.

Ook wordt door de huisartsen/POH gepleit voor sterkere signalering op scholen en duidelijke routes naar hulp, via het gebiedsteam en de huisarts. Op basisscholen in Hoorn lukt dat nu redelijk, al is de terugkoppeling naar de huisarts wisselend. Vanuit middelbare scholen ontbreekt deze signalering volgens huisartsen vaak, terwijl juist daar veel jongeren vastlopen. Wel zijn op alle basis- en middelbare scholen gemeentelijke jeugdmedewerkers[43] aanwezig.

Ook in **Opmeer** is er overleg tussen wijkteam en huisartsen, zowel op casusniveau als op casus overstijgend niveau. In principe vindt er ongeveer drie keer per jaar overleg plaats op casus overstijgend niveau, al is er op dit moment al een tijdje geen overleg meer geweest vanwege het vertrek van de coördinator van het lokale team. Op casusniveau is er nog wel frequent contact. Er wordt regelmatig door huisartsen naar het lokale team van Opmeer doorverwezen. In het kader van dit onderzoek spraken wij met een huisartsenpraktijk in Opmeer die vanwege positieve ervaringen veel naar het lokale team doorverwijst. Voor deze huisartsenpraktijk fungeert het lokale team als een soort alternatieve praktijkondersteuner jeugd.

In **Medemblik** is de afstemming met huisartsen in ontwikkeling. In 2024 heeft een adviestraject plaatsgevonden waarmee is verkend hoe de samenwerking tussen huisartsen en de gemeente kan worden versterkt (de Samenwerkingsagenda 2025)[44]. Onder andere kwam naar voren dat huisartsen niet altijd op de hoogte zijn van de mogelijkheden van het voorliggend veld; dat huisartsen na doorverwijzing naar het lokale team niet altijd op de hoogte gehouden worden van het vervolgtraject; en dat de lange wachtlijsten bij het lokale team de huisarts regelmatig doet beslissen een patiënt toch maar direct door te verwijzen naar specialistische hulp. Door de lange wachttijden in Medemblik wijkt de huisarts of POH soms uit naar minder passende hulp, om toch hulp te kunnen bieden. Voor de meest passende hulp is bij sommige instellingen namelijk een procesregisseur

[43] Op het PO is dit vanuit het lokale team zelf; op het VO is dit vanuit een extern ingekochte organisatie.
[44] Gemeente Medemblik, Samenwerken voor toegankelijke huisartsenzorg voor de inwoners van gemeente Medemblik, Nu en in de toekomst, Samenwerkingsagenda 2025 en verder.

vanuit de gemeente nodig, bijvoorbeeld bij echtscheidingsproblematiek, en dit kan momenteel niet worden gerealiseerd.

Met de Samenwerkingsagenda willen gemeenten en huisartsen de geconstateerde drempels voor samenwerking aanpakken. Het is de bedoeling dat in de toekomst meer patiënten via het lokale team geholpen gaan worden.

In **Stede Broec** lijkt de samenwerking met de huisartsen nog niet goed van de grond gekomen. Er is geen structureel contact tussen een geïnterviewde huisarts uit Stede Broec en het lokale team, terwijl dit wel wenselijk is. Daarbij werd de wens uitgesproken voor een betere communicatie bij doorverwijzing van een patiënt naar het lokale team, waarbij de huisarts bijvoorbeeld op de hoogte wil worden gehouden of het lokale team de hulp zelf oppakt of de patiënt doorverwijst naar specialistische hulp.

In **Drechterland** lijkt een goede samenwerking te bestaan tussen huisartsen en Team Inzet. Huisartsen verwijzen via de website door naar Team Inzet, waarna er regelmatig telefonisch of mailcontact plaatsvindt. Of de huisartsen verwijzen naar Team Inzet hangt onder meer samen met de complexiteit van de problematiek, wanneer er problemen spelen op meerdere gebieden, en wanneer er gezinsbreed problemen spelen. Wanneer het bijvoorbeeld niet duidelijk is wie een probleem het beste kan oppakken, wordt Team Inzet geconsulteerd om de casus ‘uit te pluizen'. Ook wordt doorverwezen naar Team Inzet wanneer de huisarts constateert dat een probleem of klacht niet op zichzelf staat maar samenhangt met de huiselijke omgeving van een jeugdige (meervoudige problematiek).

Met het Stadsteam **Enkhuizen** wordt de samenwerking door een geïnterviewde POH als moeizaam ervaren. Uit een eerdere pilot is geen duurzame samenwerking voortgekomen. Het aanmeldproces bij de gemeente Enkhuizen kost de POH bijvoorbeeld onevenredig veel tijd. Het anoniem voorbespreken van een casus met het Stadsteam, met de vraag of zij de casus kunnen oppakken, kan een kwartier duren. Na deze telefonische voorbespreking moet de huisarts/POH een digitaal aanmeldformulier invullen. Vervolgens wordt de huisarts/POH gevraagd om online aan te sluiten bij het aanmeldoverleg. Pas daarna volgt uitsluitsel en wordt de huisarts/POH geïnformeerd over het vervolg. Dit alles vraagt aanzienlijk meer tijd dan beschikbaar is binnen de intake van een POH-traject. Verder lijkt het Stadsteam Enkhuizen volgens een geïnterviewde POH niet altijd voldoende expertise in huis te hebben. Een voorbeeld betreft een meisje dat enkele jaren geleden via de huisarts is aangemeld bij het Stadsteam met sombere klachten en automutilatie. De noodzakelijke specialistische hulp is niet van de grond gekomen en inmiddels zijn de klachten van het meisje verergerd. De POH ziet haar nu terug in de praktijk, terwijl er in de tussentijd nauwelijks hulpverlening is gestart.

5.6 Versterking afstemming met huisartsen

Voor alle zes de gemeenten geldt dat zij hun samenwerking met de huisartsen willen verbeteren. Alle gemeenten geven aan dat zij nu onvoldoende grip hebben op de

jeugdhulp die via de huisartsenroute wordt aangeboden. De gemeente betaalt voor hulp waarvan zij zelf de doelmatigheid en doeltreffendheid niet heeft kunnen beoordelen. Hoewel Hoorn, Medemblik en Opmeer in hun verordeningen hebben vastgelegd dat zij een doorverwijzing door een huisarts 'mede beoordelen', blijkt dat in de praktijk (vaak) niet te gebeuren. De vraag ook is in hoeverre dit wenselijk is en wat de gemeente precies verstaat onder 'mede beoordelen' en hoe zich dat moet verhouden tot de vertrouwelijke relatie tussen huisarts en patiënt.

In regionaal verband hebben de wethouders die gaan over jeugdhulp de wens uitgesproken dat trajecten die bij de huisarts starten, vaker via het lokale team moeten gaan lopen. Een huisarts zou in zijn overweging om door te verwijzen naar specialistische hulp vaker het lokale team moeten betrekken door de patiënt eerst langs het lokale team te sturen. In het adviesrapport dat de gemeente **Medemblik** heeft laten opstellen komt echter naar voren dat nog niet aan alle voorwaarden is voldaan om dat te kunnen realiseren[45]. Naast Medemblik lijkt dat ook te gelden voor **Stede Broec**, **Enkhuizen** en **Drechterland**. In de eerste plaats moet de capaciteit van de lokale teams op orde worden gebracht. Hulpvragers moeten na een doorverwijzing direct geholpen kunnen worden. Verder moet de communicatie tussen lokale teams en huisartsen worden verbeterd. Nu nog hoort een huisarts na een doorverwijzing vaak niets meer over hoe de patiënt verder is geholpen.

Norm m.b.t. samenwerking met huisartsen
- De lokale teams hebben de opdracht om actief contact te zoeken en te onderhouden met de huisartsen in hun werkgebied

Hoorn	Ja, en die wordt ook uitgevoerd. Er is vanuit het lokale team een orthopedagoog één dag per week bij de huisartsen aanwezig in de huisartspraktijk. Er is een projectleider die de samenwerking moet versterken Deze wordt ondersteund door twee aandachtsfunctionarissen die elk halfjaar de huisartsen bezoeken.
Medemblik	Ja, maar de uitvoering staat nog in de kinderschoenen. Er is een samenwerkingsagenda vastgesteld en er is een bijeenkomst georganiseerd met huisartsen. In de praktijk moeten huisartsen en Team Jeugd elkaar op casusniveau nog beter vinden.
Opmeer	Ja, en er wordt ook uitvoering aan gegeven. Er wordt zowel op casusniveau als op casusoverstijgend overleg gevoerd. De huisarts weet het wijkteam goed te vinden en verwijst er regelmatig naar door.
Stede Broec	Onduidelijk. Er is een opdracht maar huisartsen zijn er lang niet altijd van op de hoogte. Huisarts wil graag beter contact met de gemeente. Aantal doorverwijzingen van huisarts naar lokaal team is beperkt.
Enkhuizen	Ja, duurzame samenwerking is in ontwikkeling. Er is een aanmeldformulier waarmee huisartsen kunnen doorverwijzen naar het Stadsteam. Met toestemming van ouders stemmen jeugd- en gezinscoaches ook geregeld af met praktijkondersteuners, bijvoorbeeld wanneer beiden bij een gezin betrokken zijn, of wanneer eerder een POH-Jeugd een rol had bij een vergelijkbare hulpvraag.

[45] AEF 2024, Samenwerken voor toegankelijke huisartsenzorg voor inwoners van gemeente medemblik, Nu en in de toekomst, Samenwerkingsagenda 2025 en verder.

Drechterland	Ja, maar de uitvoering is nog in ontwikkeling. Huisartsen zijn onlangs geïnformeerd over mogelijkheden om door te verwijzen naar Team Inzet en ervaren dat Team Inzet op casusniveau actief afstemming met huisartsen zoekt, sowieso bij verwijzing door de huisarts.

5.7 Samenvatting Hoofdstuk 5

Alle zes gemeenten willen de samenwerking met huisartsen versterken. Zonder afbreuk te doen aan de vertrouwelijkheid tussen huisarts en patient, zoeken zij naar mogelijkheden grip te krijgen op de jeugdhulp die via de huisarts wordt ingezet. De grote vraag is hoe een gemeente zicht kan houden op de doelmatigheid en doeltreffendheid van jeugdhulp die via de huisarts wordt ingezet, zonder de privacy van patiënten te schenden. De beleidsregels van de gemeenten zijn hier niet duidelijk over. Regionaal is wel concreet de wens uitgesproken dat huisartsen vaker via lokale teams verwijzen, maar dit is nog niet de pratijk in meerdere gemeenten.

De aanwezigheid van een POH GGZ Kind & Jeugd bepaalt in belangrijke mate hoe de verwijzing verloopt. In veel praktijken is de POH het eerste aanspreekpunt voor jeugdhulpvragen. POH's bieden kortdurende begeleiding bij lichte problematiek en stemmen zo nodig af met scholen of lokale teams. De inhoudelijke achtergrond en expertise van de POH bepalen mede of een jeugdige wordt doorverwezen naar specialistische ggz of dat de hulpvraag binnen de POH wordt opgepakt.

Na verwijzing volgen huisartsen doorgaans niet actief of de hulp start. Alleen bij lange wachttijden wordt soms tijdelijke overbrugging ingezet. POH's nemen deze tijdelijke ondersteuning vaak op zich, hoewel dit formeel geen onderdeel is van hun takenpakket. De inzet van POH's voor overbruggingszorg leidt tot wachttijden, structurele belasting en een verschuiving van verantwoordelijkheden die formeel bij lokale teams of zorgaanbieders horen.

Na verwijzing verdwijnt de huisarts meestal uit beeld. Huisartsen zijn doorgaans niet bekend met het perspectiefplan dat na doorverwijzing door de zorgaanbieder wordt opgesteld. Terugkoppeling door zorgaanbieders is vaak minimaal en afhankelijk van toestemming van de patiënt. Huisartsen ervaren dit als een knelpunt.

Het werk van de POH's en de lokale teams overlapt sterk. In alle gemeenten is er samenwerking met huisartsen, maar de mate en vorm verschillen sterk. Hoorn is hierbij een positief voorbeeld met laagdrempelig en structureel overleg. In verschillende gemeenten belemmeren wachttijden, bureaucratische aanmeldprocedures of beperkte expertise in lokale teams een soepele samenwerking. In sommige gemeenten (zoals Medemblik en Enkhuizen) ligt er hieromtrent een duidelijke ontwikkelopgave.

6 Ervaringen van zorgaanbieders

Om een beeld te krijgen van wat er na een doorverwijzing gebeurt, spraken wij met zeven gecontracteerde zorgaanbieders. De gesprekken leren dat de zorgaanbieders zich betrokken en professioneel inzetten, maar in hun werk ook structureel tegen knelpunten aanlopen in de samenwerking met de verschillende gemeenten. Vooral de thema's regie, toegankelijkheid, informatie-uitwisseling, financiën en het perspectiefplan zijn in vrijwel elk gesprek nadrukkelijk naar voren gekomen.

6.1 Samenwerking met de gemeente

De samenwerking met consulenten van de gemeente wordt over het algemeen als positief ervaren. Er is doorgaans sprake van wederzijds respect en veel consulenten weten goed wat organisaties doen en verwijzen gericht door. De toon van het contact is meestal constructief en professioneel. Toch ontstaan er soms wrijvingen, bijvoorbeeld wanneer de gemeentelijke bemoeienis inhoudelijk ingrijpt in lopende trajecten. Een voorbeeld betreft een situatie waarin een gemeentelijke consulent voorstelde om wekelijks contact te hebben met een jongere binnen een lopend behandeltraject, terwijl dit haaks stond op de behandelkoers gericht op systeemversterking en verbetering van het contact met ouders. In zulke gevallen wordt vanuit de zorgaanbieder duidelijk de eigen professionele koers bewaakt. Een zorgaanbieder geeft aan dat de gemeente de resultaten beschrijft en daar verantwoordelijk voor is, maar dat de aanbieder verantwoordelijk is voor hoe de resultaten bereikt moeten worden. Een behandelaar kijkt er soms anders tegen aan dan een consulent, maar in goed overleg komen aanbieder en gemeente daaruit, zo beschrijft een zorgaanbieder:

"Dan kijken we of we het iets anders kunnen formuleren. Zij moeten vaak breed de resultaten beschrijven. De resultaten zijn vaak niet volledig beschreven door de consulent, dan weten we al dat we dat niet gaan bereiken. En de toetsing is of wij de resultaten bereiken. Daar valt vaak in overleg goed over te praten. Wij zetten expertise in en daar vertrouwen zij op."

Zorgaanbieders merken op dat hulpvragers in de huidige werkwijze regelmatig twee keer hun verhaal moeten doen: eerst bij de gemeente of jeugdwerker, en vervolgens opnieuw bij de zorgaanbieder. Dit wordt volgens aanbieders door hulpvragers als belastend en verwarrend ervaren, zeker wanneer het om gevoelige of pijnlijke onderwerpen gaat. Het herhalen van het verhaal kan leiden tot frustratie, verlies van vertrouwen en verminderde motivatie om hulp te aanvaarden. Een zorgaanbieder licht toe:

"Het is wel heel vervelend voor mensen die dit niet weten – dat ze dan na meerdere gesprekken met een jeugdwerker worden doorverwezen, terwijl ze denken dat die hen gaat helpen."

Bovendien leidt deze dubbele intake tot extra wachttijd en vertraging in de start van de behandeling. Een aanbieder voorziet dat dit probleem zich veel vaker zal voordoen op het moment dat de huisarts altijd via het lokale team moet gaan doorverwijzen. Sommige aanbieders pleiten daarom voor één gezamenlijk gesprek met ouders, gemeente en aanbieder, zodat het traject sneller en met meer afstemming van start kan gaan.

Zorgaanbieders benadrukken dat zij openstaan voor samenwerking wanneer dit toegevoegde waarde heeft, maar verwachten ook ruimte voor professionele autonomie. Heldere communicatie en duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden worden als essentieel gezien voor een goede samenwerking. **Overbruggingszorg** wordt gezien als een gemeentelijke verantwoordelijkheid. In specifieke gevallen verstrekt de gemeente wel eens een overbruggingsbudget aan een zorgaanbieder. Met dit budget kan een aanbieder korte begeleiding, monitoring of lichte ondersteuning bieden totdat de passende zorg start. Daarmee wordt het mogelijk gemaakt om contact te houden met het gezin en een vinger aan de pols te houden tot de behandeling kan starten, met als doel om verergering van problemen te voorkomen.

Het principe *'één gezin, één plan, één regisseur'* wordt door zorgaanbieders herkend als een logische en vertrouwde werkwijze die in de praktijk al langere tijd wordt toegepast. Zij ervaren het principe echter vooral als een beleidsmatige term die met enige regelmaat in nieuwe gedaanten terugkomt, maar inhoudelijk weinig toevoegt aan wat zij al doen. De kern – samenhangende hulp rond het gezin, met duidelijke afspraken en één aanspreekpunt – wordt waar nodig georganiseerd, zeker bij complexe casussen waarin meerdere partijen betrokken zijn. In multidisciplinaire overleggen wordt samen met ouders, betrokken hulpverleners en netwerkpartners bekeken hoe de ondersteuning zo goed mogelijk op elkaar afgestemd kan worden. Een aanbieder beschrijft hoe in dergelijke overleggen nadrukkelijk breder wordt gekeken dan alleen naar de psychiatrische problematiek van moeder of kind. De vraag is dan vooral wat het netwerk – familie, school, gemeente – gezamenlijk kan doen om het gezin door een moeilijke fase heen te helpen en bijvoorbeeld een opname te voorkomen.

Zorgaanbieders signaleren inhoudelijke verschillen tussen gemeenten in hoe zij omgaan met bredere hulpbehoeften rondom een kind. Wanneer er sprake is van problematiek bij ouders die samenhangt met de hulpvraag van het kind, ervaren aanbieders dat sommige gemeenten hierin terughoudend zijn. Zij geven dan aan dat ondersteuning van ouders onder de volwassen-GGZ valt en buiten het domein van de jeugdhulp. Dit belemmert een integrale aanpak, terwijl het volgens zorgaanbieders in veel gevallen essentieel is om de ouder-kinddynamiek mee te nemen in de behandeling. Ook bij pleegzorg worden verschillen zichtbaar. In sommige situaties zijn er extra kosten die samenhangen met de specifieke hulpvraag van een pleegkind. Zorgaanbieders geven aan dat de bereidheid om hierin mee te gaan verschilt per gemeente. Dit kan leiden tot ongelijkheid: kinderen die in hetzelfde gezinsvervangende huis wonen maar uit verschillende gemeenten komen, blijken soms uiteenlopende mogelijkheden te hebben wat betreft aanvullende

ondersteuning. Deze verschillen in gemeentelijke beleidsinterpretaties belemmeren een gelijke toegang tot passende hulp.

Een van de meest genoemde knelpunten is **het ontbreken van een duidelijke procesregierol** vanuit de gemeente. In complexe gezinssituaties is het volgens aanbieders cruciaal dat er iemand is die overzicht houdt, schakelt tussen betrokken partijen en het proces bewaakt. Die rol ligt idealiter bij de gemeente, maar in de praktijk wordt dit zelden waargemaakt. Gemeenten hebben hiervoor namelijk vaak niet de capaciteit, zoals in **Medemblik**. Maar ook bij de **SED-organisatie** is het voor zorgaanbieders uitdagend, zoals een aanbieder aangeeft: *"Wij weten vaak niet goed wie we bij de gemeenten moeten hebben als we vragen hebben rond een cliënt. Hoorn heeft het wat dit betreft het beste georganiseerd. Bij de SED is het vaak zoeken."*

Meerdere aanbieders geven aan dat zij noodgedwongen zelf de procesregie op zich nemen – iets wat buiten hun formele verantwoordelijkheid valt en waarvoor ze doorgaans niet worden gefinancierd. Zoals een aanbieder stelt:

"De gemeente is verantwoordelijk voor de procesregie maar in de praktijk nemen wij die taak nu volledig over. Dat betekent dat wij de evaluaties doen en zorgen voor de handtekeningen. Wij kijken zelf of de resultaten worden behaald, dus eigenlijk zijn wij nu ons eigen vlees aan het keuren."

Zorgaanbieders geven aan dat het voorkomt dat zij de gemeente vragen om de regierol op zich te nemen, bijvoorbeeld wanneer de veiligheid van een kind in het geding is, maar dat een reactie door capaciteitsgebrek dan maanden op zich laat wachten. In zulke gevallen voelen zorgaanbieders zich genoodzaakt om zelf de regierol over te nemen, ook al vallen deze taken formeel buiten hun opdracht. Dit leidt tot extra werk waarvoor een aparte beschikking nodig is, en tot situaties waarin hulpverleners zich moeten verantwoorden over inspanningen die moeilijk meetbaar zijn. Daarbij gaat het vaak om relationele processen, zoals het opbouwen van vertrouwen met een kind of gezin—essentieel, maar lastig in indicatoren te vangen. Deze werklast en verantwoordelijkheid schuiven zo onbedoeld door naar de zorgaanbieder, zonder dat daar heldere afspraken of structurele bekostiging tegenover staan.

Ook wanneer verlenging van hulp nodig is, vormt de afwezigheid van een consulent een probleem. Na het verzamelen van de handtekeningen en het formuleren van nieuwe resultaten (wat eigenlijk een taak van de gemeente is), komen hulpvragers bij een verlenging (waar een vervolgdeelperspectiefplan voor nodig is) op een wachtlijst bij de gemeente. Als belangrijk verbeterpunt noemt een zorgaanbieder dan ook dat er meer flexibiliteit moet komen in het op- en afschalen van hulp en het eenvoudiger kunnen verlengen van trajecten. Vanaf 1 juli jl. zou dit gerealiseerd moeten zijn met de ingang van de nieuwe inkoopafspraken.

Het ontbreekt gemeenten vaak aan capaciteit om langdurig betrokken te blijven. Consulenten wisselen regelmatig van functie of vallen weg uit het traject. Dit leidt tot frustratie, vertraging en soms ook tot risicovolle situaties waarin noodzakelijke vervolgstappen uitblijven. Aanbieders geven aan dat zij herhaaldelijk proberen om

consulenten te betrekken bij evaluaties, maar dat die in bijna alle gevallen afwezig zijn. Dit vertraagt beslissingen over verlenging of wijziging van hulp. De verwachting dat gemeenten in het nieuwe inkoopsysteem structureel een procesregisseur toewijzen aan gezinnen in segment C (de zwaarste en meest complexe zorgvormen, vaak met 24-uurs verblijf, crisiszorg of intensieve specialistische behandeling) wordt door aanbieders verwelkomd, maar ook met enige scepsis ontvangen: *"We hebben onze zorg uitgesproken: gaan gemeenten dit ook waarmaken? Hebben ze genoeg capaciteit om die rol te kunnen pakken?"*

Bij enkelvoudige casussen is de gemeente doorgaans niet actief betrokken. Zorgaanbieders hebben dan zelf inhoudelijk de regie: regiebehandelaren houden toezicht op de voortgang en signaleren wanneer opschaling of aanvullende hulp nodig is. Zij zijn voorzitter van de multidisciplinaire overleggen (MDO's) en controleren de doelen van de behandelplannen. Evaluaties worden zelfstandig uitgevoerd door de zorgaanbieder, tenzij het toegevoegde waarde heeft dat de gemeente aansluit, bijvoorbeeld bij een verlenging. Hierbij houdt de zorgaanbieder nadrukkelijk rekening met de beroepscode, die terughoudendheid adviseert rondom gemeentelijke aanwezigheid bij evaluaties in verband met de privacywetgeving. Op het moment dat er extra hulp ingezet moet worden wat de zorgaanbieder niet kan bieden, dan neemt de gemeente de regie in principe over: niet de regie over de behandeling maar de regie over het 'proces'. Aanbieders geven aan dat zij zich hierin telkens moeten aanpassen aan het gemeentelijke beleid, omdat iedere gemeente dit op zijn eigen manier vormgeeft.

6.2 Het perspectiefplan

Het perspectiefplan, wat zorgaanbieders samen met de cliënt moeten opstellen en wat vervolgens door de gemeente wordt beoordeeld, is bij zorgaanbieders onderwerp van stevige kritiek. Vrijwel alle geïnterviewde aanbieders zien het plan als een verplicht administratief document dat primair dient om financiering mogelijk te maken, niet om de zorginhoud te versterken. Hoewel het perspectiefplan een andere functie en verantwoordingslijn heeft dan het zorginhoudelijke behandelplan, wordt er door de zorgaanbieder geen meerwaarde gezien van het perspectiefplan ten opzichte van het eigen behandelplan. Hoewel de administratieve last in recente versies is verminderd, wordt het nog steeds ervaren als dubbel werk. Informatie uit het eigen systeem moet opnieuw handmatig worden overgenomen, inclusief persoonsgegevens van ouders.

Inhoudelijk worden alle leefgebieden, zoals aangegeven in het perspectiefplan, vaak al vanzelfsprekend meegenomen in de eigen aanpak. Een zorgaanbieder beschrijft dat binnen elke casus systemisch gewerkt wordt: er wordt gekeken naar de rol van het netwerk, de thuissituatie, werk- en draagkracht van ouders, en andere omgevingsfactoren. Een geïnterviewde merkt op: *"Je kan niet een kind uit de situatie halen en het gaan fixen – dat is niet hoe het werkt."* Een aanbieder benoemt dat er scholing plaatsvindt om een netwerkintake te kunnen doen. Zo zetten zij stappen om breder te kijken hoe het gaat met het kind in alle leefomgevingen. Deze brede

blik is voor veel van de gesproken zorgaanbieders vanzelfsprekend en maakt een apart format zoals het perspectiefplan in hun ogen overbodig.

Eén zorgaanbieder noemt het plan *"een bureaucratisch monster"*, en benadrukt dat het plan vaak dwingt tot het formuleren van resultaten die vooraf niet realistisch in te schatten zijn. Zeker bij gezinnen met meervoudige problematiek is de route naar verbetering zelden lineair. *"Onze trajecten zijn vaak bumpy roads,"* aldus een behandelaar. *"Je kan vooraf heel moeilijk voorspellen hoe het gaat."*

Een aanbieder geeft aan dat zij bij verwijsbrieven van huisartsen hulpvragers doorsturen naar de gemeente, omdat dit volgens hen de reguliere route zou zijn. Deze werkwijze is mede ingegeven door de belasting die het maken van een perspectiefplan met zich meebrengt, die bovendien niet kan worden gedeclareerd (het moet worden geschreven in niet-betaalde uren).

Zorgaanbieders ervaren regelmatig spanning tussen de eisen van het perspectiefplan en hun beroepsethische verplichtingen. Vanuit de beroepscode mogen behandelaren geen gevoelige cliëntinformatie delen zonder goede reden en expliciete toestemming, terwijl gemeenten vaak uitgebreide informatie vragen als voorwaarde voor het toekennen van hulp. Deze spanning wordt vooral gevoeld bij verwijzingen via de huisarts, waarbij de gemeente in eerste instantie geen inhoudelijke rol heeft gespeeld, maar wel in beeld komt zodra er een verlenging van het zorgtraject nodig is. In zulke gevallen is er grote terughoudendheid om gegevens te delen met een jeugdwerker die het gezin nog niet kent. Eén aanbieder benoemt dit als volgt: *"Als wij ons echt aan onze beroepscode zouden houden, is dat strijdig met wat de gemeente aan informatie vraagt."*

Dit levert lastige situaties op, zeker wanneer ouders het gevoel hebben dat ze moeten instemmen met het delen van informatie om toegang tot hulp te krijgen. Een zorgaanbieder legt uit: *"Gemeenten bepalen of ze hulp geven, maar ouders willen hun vuile was niet buiten hangen en willen hun privacy beschermen. Het gezin denkt: ik moet toestemming geven want ik wil deze hulp."*

Een zorgaanbieder stelt dat er teveel informatie door de gemeente wordt geëist, wat niet in het belang van ouders en kinderen is. Daar waar een huisarts vooral kijkt naar het belang van de patiënt, kijkt de gemeente daarnaast mee vanuit het belang van kostenbeheersing. Die belangenverstrengeling maakt het gesprek over privacy en regie extra gevoelig, zowel voor gezinnen als voor professionals.Vanwege dit spanningsveld met de privacywetgeving is in ieder geval met de zorgaanbieders afgesproken dat de instelling wel voor alle cliënten een perspectiefplan opstelt, maar dat de gemeente deze slechts steekproefsgewijs opvraagt.

6.3 Spanningsveld rond dubbele pet van gemeente

Een ander spanningsveld rondom het perspectiefplan heeft te maken met de zogenoemde 'dubbele pet'. Gemeenten moeten hulpvragers helpen aan passende hulp en moeten tegelijkertijd de kosten daarvan beheersen, terwijl zorgaanbieders financieel afhankelijk zijn van diezelfde gemeenten. Deze constructie maakt het

volgens aanbieders lastig om in volledige onafhankelijkheid het professionele oordeel te laten prevaleren.

Jeugdwerkers kunnen een perspectiefplan afwijzen op basis van onvoldoende kennis. Dat wordt gezien als een kwetsbaarheid. Zorgaanbieders voelen zich regelmatig genoodzaakt om aanvullende uitleg te geven bij perspectiefplannen of behandelvoorstellen, omdat jeugdwerkers deze op inhoud beoordelen maar niet altijd voldoende inhoudelijk betrokken zijn. Dat levert de nodige frustraties op aan de kant van de zorgaanbieders:

"*Als je het met een gemeente hebt over de kosten, wil je dat gesprek het liefst voeren met iemand die inhoudelijk betrokken is. Die inhoudelijke betrokkenheid is er niet altijd. Het is dan heel lastig en soms ook frustrerend om dat uit te leggen*."

Hierbij wordt opgemerkt dat veel consulenten een brede, generalistische opleiding hebben (HBO of WO), terwijl de behandelaars juist gespecialiseerd en klinisch geschoold zijn (WO+). Een concreet voorbeeld illustreert dit:

"*Soms wordt een kind door de gemeente aangemeld met autisme. Dan doen wij een uitgebreide ontwikkelingsanamnese en dan denken wij: het zou ook in de hechting kunnen zitten. Dan vind ik het niet aan de gemeente om op de stoel van de GZ-psycholoog te gaan zitten*."

Tegelijkertijd benadrukken aanbieders het belang van wederzijdse kritische reflectie en dialoog. Dat vraagt wel om een relatie waarin professionele expertise erkend wordt en besluitvorming niet te veel wordt gestuurd door beleid of financiële kaders.

Zorgaanbieders ervaren het in gesprek gaan over de resultaten van een traject met de gemeenten over het algemeen als belastend. Een zorgaanbieder zegt hierover:

"*Daar gaat best veel tijd in zitten. Als hulpverlener heb je daardoor minder tijd om hulp te verlenen. Ik zie medewerkers daar wel op afhaken*."

Zorgaanbieders signaleren daarbij dat consulenten van sommige gemeenten te veel op de inhoud sturen en behandelkeuzes ter discussie stellen. Dit wordt met name opgemerkt voor 1.Hoorn. Dat is voor aanbieders niet alleen belastend, maar zij ervaren dit ook als een aantasting van hun professionele autonomie. Eén zorgaanbieder vat het scherp samen*: "Als ik zou denken dat ik het met een traject C zou redden, dan zou ik een traject C aanvragen. Maar ik vraag traject D aan omdat ik die mate van intensiteit nodig acht."* Een andere zorgaanbieder zegt hierover: *"Het komt weleens voor dat ik moet praten als brugman, dat je een consulent moet overtuigen dat er toch echt een therapie nodig is die een jaar lang duurt."*

Meerdere zorgaanbieders geven aan dat zij het gevoel hebben dat de gemeente op hun stoel gaat zitten, waarbij het de vraag is op welke kennis zij hun oordeel baseren. Er is begrip voor de noodzaak van kostenbeheersing, maar aanbieders pleiten voor meer vertrouwen in hun afwegingen: *"Het is soms net alsof ze je niet vertrouwen."*

6.4 Beheersing van kosten

De gesprekken die wij met zorgaanbieders voerden, leerden dat zorgaanbieders zich bewust zijn van de kosten van trajecten en ook verantwoordelijkheid voelen om die te beheersen. Eén van de zorgaanbieders verwoordde het als volgt: "*Het moet zo kort als mogelijk, zo intensief als nodig.*" Daarbij komt dat zorgaanbieders in het kader van wachttijden en een begrensde capaciteit zelf er ook vaak geen belang bij hebben om hulptrajecten langer te laten duren dan noodzakelijk. Zodra behandeldoelen zijn bereikt, wordt gestuurd op afronding en – waar nodig – doorgeleiding naar lichtere of langdurige vormen van ondersteuning.

Aanbieders zien het als een kerntaak om zorgvuldig om te gaan met publieke middelen. Casussen worden daarom altijd door meerdere professionals beoordeeld, en bij verlengingsverzoeken is een regiebehandelaar betrokken om te toetsen of verlenging inhoudelijk gerechtvaardigd is. Daarnaast wordt actief gemonitord of de ingezette uren binnen het toegekende budget blijven. Wanneer dit dreigt te worden overschreden, wordt het gesprek met behandelaren gevoerd om te analyseren wat er speelt. De meeste zorgaanbieders hanteren een kritische triage op de wachtlijst, waarbij cliënten met eetstoornissen of suïcidale klachten prioriteit krijgen. Bij deze problematiek is het risico op verslechtering tijdens de wachttijd namelijk groot, wat kan leiden tot langere en intensievere behandeltrajecten, en daarmee ook tot hogere kosten.

Op verschillende momenten wordt door zorgaanbieders nagegaan of de gevraagde hulp passend is. Bijvoorbeeld na aanmelding, terwijl patiënten op een wachtlijst staan (wachtlijstscreening), en bij de uiteindelijke intake. Cliënten worden niet aangenomen wanneer de hulpvraag te licht is of niet door het kind zelf wordt gedragen, bijvoorbeeld als ouders zorgen uiten maar het kind zelf geen klachten ervaart.

Een ander concreet voorbeeld van kostenbeheersing door zorgaanbieders betreft situaties waarin gezinnen aangeven in de zomerperiode geen hulp nodig te hebben. In zulke gevallen gaan aanbieders opnieuw met ouders in gesprek om gezamenlijk te beoordelen of voortzetting van het traject nog nodig is. Wanneer blijkt dat de hulpvraag tijdelijk wegvalt – bijvoorbeeld doordat de stress vooral samenhangt met de schoolsituatie – wordt afgesproken om het traject af te ronden en pas opnieuw te starten indien nodig. Zoals een aanbieder het verwoordt: *"Als je 6 à 7 weken lang geen hulp nodig hebt, hebben wij onszelf overbodig gemaakt."* Op deze manier wordt zorgvuldig omgegaan met de inzet van hulp en middelen.

In het kader van kostenbeheersing benadrukken een aantal zorgaanbieders het belang van **normalisering** en terughoudendheid bij het inzetten van jeugdhulp. Zij vinden het belangrijk dat niet elk probleem automatisch leidt tot een hulptraject, maar dat ook ruimte blijft voor veerkracht en ontwikkeling zonder professionele tussenkomst. Een aanbieder verwoordt dit als volgt: *"We behandelen niet op geluk. Dat het af en toe niet goed met je gaat, dat is het leven. Daar hoef je geen hulp voor te zoeken."* Er klinkt een pleidooi voor een realistischer blik op psychosociale problemen, waarin ruimte is voor het leren omgaan met problemen in plaats van ze 'op te lossen'. Om deze visie uit te dragen, bieden sommige organisaties een

telefonisch spreekuur aan, waarin ouders en verwijzers worden geholpen om te duiden of een situatie zorgelijk is of past binnen normale ontwikkelingsfasen. Een voorbeeld dat hierbij werd genoemd: een kind dat na een traumatische gebeurtenis tijdelijk weer bij de ouders in bed wilde slapen en in bed plaste. Hoewel hiervoor doorverwijzing werd overwogen door de jeugdwerker, zag de zorgaanbieder dit als een gezonde reactie op een ingrijpende ervaring. Door dergelijke signalen niet direct te medicaliseren, maar te erkennen als normale reacties op stressvolle omstandigheden, wordt onnodige inzet van hulp voorkomen. Tegelijkertijd wordt erop gewezen dat jonge, minder ervaren consulenten in het voorveld soms geneigd zijn om snel in actie te komen, vanuit een oprechte wens om te helpen. Zorgaanbieders pleiten daarom voor meer bewustwording en scholing in het onderscheiden van hulpvragen die professionele interventie vereisen en situaties waarin ondersteuning vanuit het eigen netwerk of tijd en rust voldoende kan zijn.

6.5 Risico op stapeling lichte hulp

In het verlengde van pogingen om de kosten van de jeugdhulp beheersbaar te houden, wijzen zorgaanbieders bij de huidige eerste en anderhalvelijnshulp van de gemeente op een belangrijk risico: het risico op stapeling van licht aanbod, waardoor gezinnen te laat de juiste, specialistische hulp bereiken. Verschillende aanbieders herkennen het beeld dat gemeenten hun eerstelijnshulp soms te veel oprekken en zelf ‘een soort van’ tweedelijnshulp gaan bieden.

Zorgaanbieders signaleren dat sommige jeugdigen of gezinnen eerst meerdere laagdrempelige interventies doorlopen – zoals cursussen of steuntrajecten – zonder dat de onderliggende problematiek effectief wordt aangepakt. Wanneer deze hulpvragers uiteindelijk alsnog bij de specialistische hulp terechtkomen, zijn de klachten vaak verergerd en is de situatie complexer geworden. In die gevallen kost het herstel meer tijd en inzet, terwijl eerdere toeleiding tot passende hulp dat had kunnen voorkomen.

Volgens aanbieders hangt dit risico deels samen met de beperkte ervaring van sommige jeugdwerkers. Vooral bij jonge of onvoldoende geschoolde medewerkers bestaat het gevaar dat signalen van een psychiatrische stoornis niet tijdig worden herkend. Zoals één aanbieder het verwoordt: *"Zachte heelmeesters maken stinkende wonden, en die komen wij dan tegen."* Hoewel het in de meeste gevallen goed gaat, blijft het volgens aanbieders een aandachtspunt dat vraagt om zorgvuldige triage en tijdige opschaling.

Zorgaanbieders zien duidelijk dat alle gemeenten hun betrokkenheid bij hulptrajecten willen vergroten en hulpvragers eerst via de eerstelijn willen begeleiden, om te bepalen of lichte hulp volstaat. Zorgaanbieders zijn hier echter kritisch op. Zij zien weinig tot geen cliënten die ten onrechte in de tweede lijn zitten. Zij verwachten daarom dat met de nieuwe werkwijze de instroom naar de tweede lijn waarschijnlijk niet zal afnemen: *“Je ziet waarschijnlijk eerder het omgekeerde, namelijk dat mensen te lang in de eerste lijn hebben gezeten, en dat er gaandeweg*

steeds meer problemen naar boven komen en dat naarmate je langer wacht met doorverwijzen er zwaardere hulp nodig is."

6.6 Samenvatting

De relaties tussen de jeugdwerkers van de gemeenten en de zorgaanbieders zijn doorgaans positief, maar aanbieders ervaren knelpunten wanneer gemeenten inhoudelijk ingrijpen in trajecten of dubbele intakes veroorzaken. Het ontbreken van structurele procesregie en beperkte gemeentelijke capaciteit maakt dat aanbieders de regierol noodgedwongen overnemen, met risico's en extra werklast tot gevolg. Verschillen in gemeentelijk beleid en interpretatie leiden volgens aanbieders tot ongelijkheid voor gezinnen.

Het perspectiefplan wordt door zorgaanbieders gezien als een verplicht document voor financiering, met weinig meerwaarde naast het behandelplan en aanzienlijke extra administratieve lasten. Professionals ervaren dat het plan vaak onrealistische resultaatverwachtingen schept en regelmatig in strijd komt met hun beroepscode en privacyregels, vooral bij complexe casussen.

Gemeenten hebben zowel de taak om passende hulp te bieden als om kosten te beheersen, terwijl aanbieders financieel afhankelijk zijn. Dit creëert spanning en ondermijnt volgens aanbieders hun professionele autonomie. Jeugdwerkers beoordelen perspectiefplannen soms zonder voldoende specialistische kennis. Dit leidt soms tot frustratie en tot situaties waarin aanbieders hun professionele keuzes moeten verdedigen of langdurig overtuigen. Zorgaanbieders zien de meerwaarde van kritische reflectie, maar benadrukken dat samenwerking gebaseerd moet zijn op erkenning van expertise en vertrouwen.

Zorgaanbieders voelen zich naar eigen zeggen verantwoordelijk voor doelmatige inzet van middelen. Zij verwijzen daarbij ook naar hun medisch-ethische beroepseer. Zij sturen op doelgerichte trajecten en beëindigen hulp zodra behandeldoelen zijn bereikt of de hulpvraag tijdelijk wegvalt. Kostenbeheersing is o.a. ingebed via triage en multidisciplinaire toetsing. Er wordt kritisch gekeken of de gevraagde hulp passend en noodzakelijk is, met prioriteit voor acute problematiek. Aanbieders pleiten voor meer erkenning en scholing van consulenten in het onderscheiden van normale problematiek en echte zorgvragen.

Aanbieders signaleren dat gezinnen soms te lang in laagdrempelige trajecten blijven, waardoor specialistische hulp vertraagd wordt ingezet en problematiek verergert. Onvoldoende ervaring bij jeugdwerkers kan ertoe leiden dat signalen van ernstige problematiek niet tijdig worden herkend. Aanbieders zien nauwelijks cliënten die onterecht in de tweede lijn zitten en vrezen dat de nieuwe werkwijze niet leidt tot minder instroom, maar juist tot zwaardere en duurdere trajecten door vertraagde doorverwijzing.

7 Conclusies regionaal

7.1 Algemeen beeld

Ondanks het gezamenlijke beleidskader doen de gemeenten het op hun eigen manier

Het bieden van passende jeugdhulp is een zware gemeentelijke opgave. De gemeente is er verantwoordelijk voor dat jeugdigen en gezinnen met vragen en problemen passend worden geholpen en moet tegelijkertijd goed letten op de kosten. De afgelopen tien jaar hebben geleerd dat deze kosten snel uit de hand lopen. Een gemeente moet daarom elke hulpvraag goed wegen. Steeds weer opnieuw moet een gemeente kijken welke hulp passend (doeltreffend) en kostenefficiënt (doelmatig) is. Kijkend naar de processen die de zes gemeenten hiervoor hebben ingericht vallen in de eerste plaats de verschillen op. Ondanks hun identieke opgave, heeft elke gemeente het proces van intake tot aan doorverwijzing anders georganiseerd.

Op basis van dit onderzoek kan niet eenduidig worden bepaald welke manier van organiseren het beste is. Wel is het volgende duidelijk geworden:

- In Opmeer, Stede Broec en Hoorn staan de eerstelijnshulp het best in positie. De organisatie (lokale team) die de doorverwijzingen doet, biedt zelf ook eerstelijnshulp.

- Wijkteam Opmeer en ‘Ons Stede Broec’ kennen de kortste wachttijden voor een intakegesprek. De intake heeft in deze gemeenten ook de laagste drempel. Een hulpvrager heeft bij eerste binnenkomst al direct contact met een hulpverlener.

- Team Jeugd in Medemblik en de Afdeling Jeugd van de SED-organisatie kennen lange wachttijden. Het kan zes/zeven maanden duren voordat een inwoner met een hulpvraag langs kan komen voor een intakegesprek.

- Hoorn is het verst gevorderd in de samenwerking met huisartsen.

- In Enkhuizen en Drechterland zijn de trajecten met betrekking tot meervoudige problematiek goed belegd. Stadsteam Enkhuizen en Team Inzet Drechterland concentreren zich met hun 'anderhalvelijns hulp’ op gezinnen met meervoudige problematiek, die de hulp het meest nodig hebben. Tegelijkertijd is in deze gemeenten onduidelijk waar inwoners met lichte hulpvragen terecht kunnen. De uitvoering van eerstelijnshulp is versnipperd, en er zijn leemtes.

- Opmeer is de enige gemeente waarin het hele proces van intake tot aan beschikking bij één organisatieonderdeel is belegd, waarbij de hulpvrager in principe van intake tot aan eventuele beschikking door dezelfde consulent wordt geholpen/begeleid. Het heeft als voordeel dat een hulpvrager tijdens het proces niet steeds met andere hulpverleners te maken heeft.

- In Medemblik is de inrichting van het proces in ontwikkeling. Belangrijk aandachtspunt daarbij zijn de wachttijden voor een intakegesprek.

Een doorverwijzing voor specialistische zorg is doorgaans goed onderbouwd

Voor alle zes de gemeenten geldt dat een inwoner die zich bij het lokale team/gemeente meldt niet zomaar naar specialistische hulp wordt doorverwezen. Het proces dat binnen de gemeentelijke organisatie of de organisatie van het lokale team is ingericht zorgt ervoor dat per hulpvrager kritisch wordt gekeken en elke doorverwijzing uiteindelijk is onderbouwd met een perspectiefplan. Tevens geldt dat een advies voor doorverwijzing binnen lokale teams/de gemeentelijke organisatie vrijwel altijd collegiaal wordt getoetst.

Beleidsregels zijn onduidelijk over hoe af te stemmen met huisartsen

Een algemeen belangrijk aandachtspunt zijn de doorverwijzingen die huisartsen doen. Een gemeente heeft op patiëntniveau geen zicht op de afwegingen die in de spreekkamer worden gemaakt, maar is wel verantwoordelijk voor de doelmatigheid van specialistische jeugdhulp die op basis van die afwegingen kan worden ingezet. Gemeenten worstelen hier mee. De gemeentelijke beleidsregels zijn hierover weliswaar in juli 2025 aangepast, maar nog steeds is onduidelijk hoe de gemeenten grip kunnen krijgen op de jeugdzorg die via huisartsen wordt geboden, zonder inbreuk te maken op de vertrouwelijkheid van de spreekkamer. Het blijft onduidelijk hoe een gemeente precies een oordeel kan geven over een perspectiefplan dat zij zelf niet heeft opgesteld en waarvan zij de hulpvrager niet zelf heeft gesproken.

Gemeenten zoeken nu wel in toenemende mate naar afstemming met de huisartsen. De inzet is dat huisartsen vaker doorverwijzen naar het lokale team in plaats van direct naar een specialistische zorgaanbieder. Dit heeft echter pas een kans van slagen als overal de wachttijden voor de gemeentelijke eerstelijn zijn teruggebracht. De noodzaak om huisartsen vaker te laten doorverwijzen naar de gemeentelijke eerstelijn is ook al onderstreept in het ‘Advies Hervormingsagenda Jeugd Westfriesland (11 juni 2025). Daarnaast probeert men het beroep op de specialistische jeugdhulp te verlichten door de inzet van praktijkondersteuners. De zes gemeenten verschillen duidelijk van elkaar in de mate waarin zij hierin zijn gevorderd. Gemeente Hoorn is hierin het verst.

7.2 Toegankelijkheid

Wachttijden voor intake zijn bij enkele gemeenten veel te lang

Voor alle gemeenten geldt dat zij een duidelijk (online) loket, telefoonnummer of e-mailadres hebben waar inwoners zich kunnen melden met jeugdhulp gerelateerde vragen. Inwoners weten hun weg ernaartoe goed te vinden. Dat eerste contact vindt ook altijd direct plaats zonder noemenswaardige wachttijd. Dat contact is altijd met een jeugdconsulent die daarvoor is opgeleid (op HBO of universitair niveau) en/ of SKJ-geregistreerd is. Er wordt daarbij meteen een inschatting gemaakt van de ernst en urgentie van de vraag. Mensen met lichte vragen krijgen direct het advies de

mogelijkheden van het voorveld te verkennen voor zover zij dat nog niet hebben gedaan; mensen met zwaardere vragen worden uitgenodigd voor een intakegesprek of vraagverhelderend gesprek. Vanaf dit punt lopen de trajecten van de gemeenten uiteen, evenals de wachttijden. De wachttijden zijn op dit moment het langst bij de gemeente Medemblik en de Afdeling Jeugd van de SED-organisatie. Hulpvragers moeten daar op dit moment gemiddeld zeven maanden (Medemblik) of zes maanden (SED-organisatie) wachten voor een intake met een jeugdwerker. In Hoorn is de wachttijd meerdere weken tot soms enkele maanden. Inwoners van Stede Broec die zich bij het lokale team melden (Ons Stede Broec), kunnen doorgaans direct terecht voor een intakegesprek. Hetzelfde geldt voor inwoners van Opmeer, al heeft het wijkteam daar de laatste tijd moeite om iedereen direct te helpen en komt het voor dat mensen soms een of twee weken moeten wachten.

7.3 Doelmatigheid en doeltreffendheid

Niet altijd is duidelijk wat van eerstelijnshulp door lokaal team verwacht kan worden

Op zowel landelijk, regionaal als gemeentelijk niveau wordt een stevige eerstelijnshulp gezien als de belangrijkste voorwaarde voor de beheersing van de jeugdhulp. De opstellers van de Hervormingsagenda Jeugd, de deskundigen van de commissie Van Ark én de portefeuillehouders jeugd van de zes gemeenten, zitten op dit punt onmiskenbaar op één lijn. Desondanks is niet eenduidig wat de gemeenten onder eerstelijnshulp verstaan. Gemeenten verschillen van elkaar in hoever zij gaan in hun hulpverlening. De lokale teams van Opmeer en Stede Broec gaan het verst. Zij hanteren het uitgangspunt dat hulpvragers in beginsel altijd door het lokale team worden geholpen tenzij de veiligheid in het geding is. Hun hulpverlening heeft soms het karakter van een therapie of behandeling, en zij begeven zich daarmee op onderdelen op het terrein van de specialistische hulp. Voor deze gemeenten is het belangrijk om expliciet voor ogen te hebben waar zij verantwoordelijkheid voor nemen, dat tijdig wordt doorverwezen als problemen aanhouden of verergeren en dat ook duidelijk is hoe zij de kwaliteit van hulp borgen.

Verder is met betrekking tot de eerstelijnshulp duidelijk geworden dat deze op verschillende manieren een plek heeft gekregen in het proces van intake tot doorverwijzing. In Hoorn, Opmeer en bij Ons Stede Broec zijn eerstelijnshulp en het doorverwijzen (het opmaken van een perspectiefplan) naar tweedelijnshulp bij één organisatie ondergebracht. De eerstelijnshulp is daardoor altijd dichtbij en kan zonder overdracht of doorverwijzing worden ingeschakeld. In Medemblik wordt de eerstelijnshulp buiten het jeugdteam uitgevoerd (onder andere door Team Preventie) In Enkuizen en Drechterland is het onduidelijk waar nu precies de eerstelijnshulp is neergelegd. Deze hulp is versnipperd over verschillende instanties en kent leemtes. Het is onduidelijk waar inwoners met lichte zorgvragen terecht kunnen.

Procesregie wordt lang niet altijd gevoerd als dat nodig is

Naast een sterke eerstelijnshulp, wordt landelijk, regionaal en ook binnen de afzonderlijke gemeenten onderkend dat procesregie een belangrijke voorwaarde is voor een passende en beheersbare hulp. Niet alleen dienen gemeenten hun hulpvragers naar passende hulp te leiden, zij dienen tijdens het traject ook een vinger aan de pols te houden: om na te gaan of de hulp adequaat en volgens het perspectiefplan wordt uitgevoerd, en ook hoe de hulp zich verhoudt tot eventuele andere problemen in een gezin. Procesregie vergt echter capaciteit, die bij de lokale teams duidelijk ontoereikend is. In de praktijk vindt procesregie daarom voornamelijk plaats bij hulpvragers met meervoudige problematiek, maar ook hier ontbreekt regelmatig de procesregie vanuit de gemeente. De norm over het 'principe één gezin, één plan, één regisseur' wordt (regelmatig niet gehaald. Het betreffen hulpvragen die niet op zichzelf staan maar samenhangen met andere problemen in het gezin. Door zowel de lokale teams als de zorgaanbieders wordt dat als een probleem gezien.

Er zouden meer trajecten gebaat zijn bij een procesregisseur. Het komt regelmatig voor dat een procesregisseur vanaf het begin ontbreekt. Dit zijn vooral de trajecten die op basis van een doorverwijzing door de huisarts zijn gestart. Het zijn trajecten waar de rol van de gemeente zich beperkt tot het afgeven van de beschikking en het lokale team nooit inhoudelijk bij betrokken is geweest. Ook zijn er trajecten waaraan weliswaar een procesregisseur is gekoppeld maar waar de betrokkenheid in de praktijk te beperkt is. Veel genoemde oorzaken zijn het gebrek aan tijd om hulpvragers actief te volgen, onderbezetting (te weinig personele capaciteit) en personeelsverloop. Het probleem is met name door zorgaanbieders aangekaart. Wanneer zij rond de hulp aan een kind achterliggende problemen constateren (bijvoorbeeld een onveilige thuissituatie, problematische schulden of verslavingsproblemen bij een andere gezinslid), is het belangrijk dat er een procesregisseur betrokken is die de juiste ondersteuning kan organiseren.

Gemeentelijke afstemming met huisartsen komt nog niet goed van de grond

Een belangrijk aandachtspunt zijn de doorverwijzingen via huisartsenpraktijken. Op dit moment wordt regionaal ongeveer een derde van alle specialistische jeugdhulp verleend op basis van een doorverwijzing van de huisarts of diens praktijkondersteuner.

Zonder afbreuk te doen aan de verantwoordelijkheid van de huisartsen proberen gemeenten huisartsen te motiveren om vaker de mogelijkheden van gemeentelijke eerstelijnshulp in hun gesprekken met patiënten te betrekken. De gemeenten proberen daarom samen te werken met hun huisartsen (zie ook de rapportage Advies Hervormingsagenda Jeugd Westfriesland, d.d. 11 juni 2025, p. 16, maatregel 2A: Verbind de huisartsen aan het lokale team). Gemeente Hoorn is hier het verst mee. Vanuit 1.Hoorn is een orthopedaoog vrijgemaakt die bij elke huisartsenpraktijk enkele uren per week spreekuur heeft. In Gemeente Opmeer verloopt de samenwerking ook goed. Er is periodiek overleg met de huisartsen en er vindt ook op

het niveau van afzonderlijke hulptrajecten overleg plaats. In Medemblik werkt men nu actief aan verbetering. Vorig jaar is onderzocht hoe de samenwerking met huisartsen kan worden verbeterd. Om geconstateerde barrières aan te pakken is een samenwerkingsagenda opgesteld, welke de komende jaren wordt uitgevoerd. In de SED-gemeenten is de samenwerking nog niet van de grond gekomen. Huisartsen en gemeenten hebben elkaar tot nu toe nog niet goed gevonden.

Spanning tussen de wens van resultaatgericht werken en de realiteit van de hulpvrager

Dat zorgaanbieders de betrokkenheid van een procesregisseur regelmatig missen neemt niet weg dat zij wel een groeiende bemoeienis vanuit de gemeente ervaren. Deze bemoeienis beperkt zich volgens hen echter te veel tot geld. Over een brede linie van zorgaanbieders wordt ervaren dat gemeenten steeds vaker vragen stellen over kosten, nut en noodzaak van trajecten. Zo nu en dan leidt het tot onplezierige gesprekken waarbij zorgaanbieders soms het gevoel krijgen dat hun deskundigheid, betrouwbaarheid of integriteit in twijfel wordt getrokken. In dit kader wordt ook gewezen op het principe van resultaatgericht werken en hoe dat een plek heeft gekregen in het perspectiefplan. Gemeenten kiezen daarmee voor een positivistische benadering, namelijk dat problemen - hoe groot en complex ook - binnen een gestelde termijn opgelost kunnen worden met een behandeling. Het perspectiefplan wordt echter door zorgaanbieders gezien als een verplicht document voor financiering, met weinig meerwaarde naast het behandelplan en aanzienlijke extra administratieve lasten. Zorgaanbieders ervaren dat het plan vaak onrealistische resultaatsverwachtingen schept en regelmatig in strijd komt met hun beroepscode en privacyregels, vooral bij complexe casussen. Dit signaal vraagt om nader vervolgonderzoek.

7.4 Rechtmatigheid

Gemeenten moeten ervoor zorgen dat de middelen voor jeugdhulp rechtmatig worden ingezet. Dit rechtmatigheidsbegrip is drieledig. In de eerste plaats moet erop worden toegezien dat de jeugdigen/gezinnen de hulp geleverd krijgen waar ze wettelijk en volgens de lokale beleidsregels recht op hebben. In de tweede plaats houdt het in dat de hulp wordt geleverd volgens de afspraken die in contracten met aanbieders zijn vastgelegd. In de derde plaats moet worden gecontroleerd of de declaraties en facturen van zorgaanbieders daarmee juist en rechtmatig zijn.

Met betrekking tot het recht op hulp (het eerste aspect) speelt de jeugdconsulent een cruciale rol. Deze moet bepalen of de inzet van (specialistische) hulp nodig is. Zoals eerder aangeven waren alle jeugdconsulenten met wie wij in het kader van dit onderzoek spraken zich bewust van het belang om elke hulpvraag zorgvuldig te wegen. In beginsel geldt voor elke doorverwijzing die een lokaal team doet dat er een perspectiefplan aan ten grondslag ligt waarin nut, noodzaak, doelen zijn beschreven. Aandachtspunt op dit onderdeel zijn de doorverwijzingen die de

huisarts en diens eventuele praktijkondersteuner doet. Er is op dit moment geen zicht op of huisartsen daarbij voldoende alternatieven vormen van jeugdhulp meenemen die het voorveld kan bieden. Van de zes gemeenten is het vooralsnog alleen Hoorn die hier actief mee bezig is en de huisartsen daarbij ook ondersteunt.

Met betrekking tot het toezicht op een correcte uitvoering van het perspectiefplan, geldt voor alle gemeenten dat de personeelscapaciteit begrensd is. Dit toezicht vereist inhoudelijke kennis over hulpvrager en het traject. Idealiter zou aan elke hulpvrager met een doorverwijzing een procesregisseur moeten zijn gekoppeld die vanaf het opstellen van het perspectiefplan betrokken is. In de praktijk blijkt dat niet haalbaar. Lokale teams/gemeenten maken daarom keuzes, die erop neer komen dat procesregie vrijwel alleen wordt gevoerd op hulptrajecten die samenhangen met meervoudige problematiek. Enkelvoudige zaken worden niet of beperkt gevolgd. Doorgaans beperkt de controle zich op trajecten waarvoor op een gegeven moment een verlenging van het hulptraject wordt aangevraagd.

Met betrekking tot de financieel-administratieve controle speelt in de eerste plaats de regionale netwerkorganisatie een rol. Deze vraagt de aanbieders jaarlijks om een productieverantwoording waarmee uitgevraagd wordt welke hulp is geleverd, aan hoeveel cliënten, hoeveel uren daaraan zijn besteed, wanneer dat is gebeurd, en door welke typen van professionals. Voor grotere aanbieders met een omzet van meer dan 125.000 euro, geldt tevens de verplichting om jaarlijks een accountantsverklaring te overleggen. Daarnaast voeren gemeenten zelf controles uit. De gemeenten verschillen in de mate waarin zij dit doen. De SED-gemeenten gaan hierin het verst: van de trajecten waarvan de uitvoering van het perspectiefplan niet is gecontroleerd, willen zij alsnog 80% controleren door de afdeling control. Met een steekproef worden de betrokken zorgaanbieders gevraagd om inzicht in de prestatielevering. Gemeente Medemblik implementeert op dit moment deze werkwijzen in de eigen organisatie.

7.5 Aanbevelingen regionaal niveau

Naast de aanbevelingen die op basis van dit onderzoek per gemeente zijn gedaan (zie de samenvattende conclusies aan het begin van dit rapport), komen wij tot de volgende regionale aanbevelingen:

- Laat regionale afspraken doorwerken in lokaal beleid. Zorg ervoor dat dat de lokale verordening en de beleidsregels worden afgestemd op de regionale afspraken. Overweeg om met de zeven gemeente (inclusief Koggenland) te komen tot dezelfde lokale beleidsregels en verordeningen.
- Onderzoek op regionaal niveau hoe de kosten van jeugdzorg beter geraamd kunnen worden. Vijf gemeenten laten budgetoverschrijdingen zien. In drie gemeenten zijn de overschrijdingen fors.
- Onderzoek op regionaal niveau hoe de wachttijden voor een intakegesprek voor hulpvragers kunnen worden teruggebracht. Wat kan geleerd worden van de lokale teams die geen of een heel beperkte wachttijd hebben?

- Versterk de verbinding tussen huisartsen en de lokale teams. Huisartsen weten het voorveld en de gemeentelijke eerstelijn nog niet altijd goed te vinden. Voor de gewenste toename van doorverwijzingen van huisarts naar lokale team is het nodig dat huisartsen weten wat de eerstelijnshulp inhoudt en ook weten wat een patient daar kan verwachten. Ook moeten in enkele gemeenten (Medemblik, Enkhuizen en Drechterland) de wachttijden fors worden teruggebracht. Verken met huisartsen in dit kader o.a. de mogelijkheid om de POH-functie binnen een huisartsenpraktijk te stimuleren of te ondersteunen.
- Zorg ervoor dat bij meervoudige problematiek vanuit het lokale team altijd een regisseur betrokken is bij het gezin die door een specialistische zorgaanbieder kan worden benaderd als er actie nodig is om achterliggende problemen aan te pakken. Dit is weliswaar staand beleid, in de praktijk lukt het lokale teams echter niet altijd de regierol goed te spelen.
- Monitor het zorgaanbod: voor sommigen vormen van specialistische hulp zijn er lange wachtijden. Voorbeelden daarvan zijn diagnostiek en behandeling voor jongeren met vragen rondom gender en eetstoornissen (enkel voor deze doelgroepen), verslavingsproblemen, en zorg met verblijf. Maak in regionaal verband afspraken met zorgaanbieders om de wachttijden terug te brengen.

Bijlage 1: Geïnterviewden

In de periode maart tot en met augustus 2025 spraken wij verspreid over de regio met verschillende mensen die betrokken zijn bij de beleidsontwikkeling, aansturing en uitvoering van de jeugdhulp. Tevens spraken wij met 10 gezinnen die hulp hebben ontvangen.

Stafmedewerkers: managers en beleidsadviseurs

Functie	Gemeente
Strategisch adviseur	Hoorn
Beleidsadviseurs	Hoorn
Strategisch manager sociaal domein	Medemblik
Beleidsmedewerker Jeugd en Preventie	Opmeer
Manager SED-organisatie	SED
Beleidsadviseur SED-organisatie	SED
Interim domeindirecteur Afdeling Samenleving	SED
Interim afdelingshoofd Jeugd en Minima	SED
Opgavenmanager doorontwikkelaar sociaal domein	SED
Programmamanager 'zorg in de regio Westfriesland'	Regionale samenwerking Westfriesland
Inkoopmanager regionale inkoopsamenwerking (Manager NWO)	Zorg in de regio Westfriesland

Huisartsen en praktijkondersteuners

Functie	Gemeente
Praktijkhoudend huisarts	Opmeer
Praktijkhoudend huisarts	Medemblik
Praktijkhoudend huisarts	Stede Broec
POH-Jeugd	Stede Broec, Enkhuizen, Medemblik, Hoorn
POH-Jeugd	Drechterland
Huisarts	Hoorn
POH-jeugd	Hoorn
Huisartsen (duo-interview binnen één praktijk)	Drechterland

Consulenten gemeenten/lokale teams

Functie	Gemeente
Jeugdconsulent	Opmeer
Jeugdconsulent	Opmeer
Jeugdconsulent	Opmeer
Maatschappelijk werker	Stede Broec
Maatschappelijk werker	Stede Broec
Jongerenwerker	Stede Broec
Medewerker Stadsteam	Enkhuizen

Jeugd- en Gezinscoach	Enkhuizen
Medewerker Stadsteam	Enkhuizen
Hulpverlener Team Inzet	Drechterland
Hulpverlener Team Inzet	Drechterland
Gedragswetenschapper Team Inzet	Drechterland
Hulpverlener Team Inzet	Drechterland
Jeugdhulpverlener	Medemblik
Jeugdhulpverlener	Medemblik
Jeugdhulpverlener	Medemblik
Jeugd- en gezinswerker	Hoorn
Opvoedadviseur	Hoorn
Opvoedadviseur	Hoorn
Jeugd- en gezinswerker	Hoorn
Gedragsdeskundige	SED-organisatie
Jeugdconsulent	SED-organisatie

Gecontracteerde zorgaanbieders

	Functie	Type zorg
Aanbieder 1	Zorgverlener en bestuurder	Jeugd GGZ
Aanbieder 2	Manager en zorgverlener	Jeugd GGZ
Aanbieder 3	Twee praktijkhouders/regiebehandelaren	Gezinsbegeleiding
Aanbieder 4	Directeur en zorgverlener	Jeugd GGZ
Aanbieder 5	Zorgbemiddelaar en gedragsdeskundige	Jeugd GGZ
Aanbieder 6	Contractmanager en zorgverlener	Jeugd GGZ en zorg met verblijf
Aanbieder 7	Zorgverlener en teammanager	Zorg met verblijf

Gezinnen die hulp (hebben) ontvangen

	Geïnterviewd gezinslid	Gemeente
Gezin 1	Moeder	Hoorn
Gezin 2	Moeder	Hoorn
Gezin 3	Moeder	Opmeer
Gezin 4	Moeder en vader	Opmeer
Gezin 5	Moeder en dochter	Enkhuizen
Gezin 6	Moeder en zoon	Enkhuizen
Gezin 7	Moeder, dochter en kleinzoon	Drechterland
Gezin 8	Vader	Medemblik
Gezin 9	Moeder	Medemblik
Gezin 10	Moeder	Medemblik

Bijlage 2: Begrippenlijst

GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst, overheidsinstantie die zich bezighoudt met de publieke gezondheidszorg. De GGD beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van inwoners, en werkt aan een gezonde en veilige leefomgeving. [46]
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg. Zorg die zich richt op het voorkomen, behandelen en begeleiden van mensen met psychische aandoeningen. De GGZ omvat een breed scala aan zorgvormen, van lichte ondersteuning tot intensieve behandeling, en is gericht op het bevorderen van de geestelijke gezondheid en het welzijn van mensen.[47]
GR	Gemeenschappelijke regeling. Een gemeenschappelijke regeling is een besluit waarin bestuursorganen van gemeenten, provincies, waterschappen of andere openbare lichamen afspraken maken over samenwerking bij het behartigen van bepaalde belangen. Dit kan leiden tot de oprichting van een nieuw bestuursorgaan.[48]
Lokaal team	Een lokaal team, ook wel bekend als wijkteam of sociaal team, is een professioneel team dat inwoners van een gemeente ondersteunt bij vragen en zorgen op verschillende gebieden. Deze teams bestaan uit diverse professionals met uiteenlopende expertises, zoals maatschappelijk werkers, orthopedagogen, en andere specialisten. Ze bieden geïntegreerde en toegankelijke hulp en verwijzen indien nodig door naar specialistische (tweedelijns) hulp[49].
MDO	Multidisciplinair overleg: een overleg waarbij professionals met verschillende achtergronden en expertise samenwerken om complexe problemen op te lossen of de beste zorg te bieden.
POH	Een POH, ofwel Praktijkondersteuner, is een professional in de huisartsenpraktijk die de huisarts ondersteunt bij de zorg voor patiënten. Er zijn verschillende soorten POH'ers, zoals de POH-S (Somatiek), die zich richt op chronische aandoeningen, en de POH-GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg), die mensen met psychosociale klachten helpt en de POH Jeugd, die ondersteunt bij jeugd en gezinsproblemen. De POH heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de taken die hij of zij uitvoert, maar de huisarts blijft eindverantwoordelijk voor de patiëntenzorg.[50]
Praktijkhouder	Een praktijkhoudend huisarts is een huisarts die een eigen huisartsenpraktijk runt en daarvoor verantwoordelijk is. Dit

[46] GGD GHOR Nederland

[47] Ministerie van VWS

[48] Overheid.nl

[49] Platform Sociaal Domein

[50] Landelijke Huisartsenvereniging

	betekent dat de huisarts niet alleen medische zorg verleent aan patiënten, maar ook de praktijkorganisatie, personeel, financiën en andere zakelijke aspecten beheert. [51]
SED	Gemeentelijke samenwerkingorganisatie van de gemeenten Stede Broec, Enkuizen en Drechterland.
Treeknormen	Deze door veldpartijen opgestelde normen geven aan wat als een maximaal aanvaardbare wachttijd in de zorg wordt gezien.
Veilig Thuis	Veilig Thuis is een advies- en meldpunt voor iedereen die te maken heeft met huiselijk geweld en/of kindermishandeling. Het is er voor slachtoffers, plegers, bezorgde omstanders en professionals. Mensen kunnen er terecht voor advies, ondersteuning en het melden van vermoedens van geweld. [52]
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten. Belangenorganisatie en kennisplatform voor alle Nederlandse gemeenten. De VNG behartigt de belangen van gemeenten op zowel nationaal als internationaal niveau en biedt ondersteuning en advies aan gemeenten. [53]
Wlz	De Wet langdurige zorg (Wlz) is de wet die bedoeld is voor mensen die blijvend intensieve zorg of toezicht nodig hebben. Deze zorg is zo intensief dat men 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig heeft en zelfstandig niet meer kan functioneren. De Wlz is er voor mensen met een zware lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking, ernstige psychische stoornis of ouderen met vergevorderde dementie of somatische problemen.[54]
Wmo	Wet maatschappelijk ondersteuning. Deze wet heeft als doel mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen en te laten participeren in de samenleving, ondanks bijvoorbeeld een beperking, ouderdom of chronische ziekte. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze wet.[55]
Zvw	De Zorgverzekeringswet (Zvw) de wet die verplichte basiszorg regelt. Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht om een basiszorgverzekering af te sluiten. De Zvw bepaalt welke zorg tot het basispakket behoort en dus vergoed wordt door de zorgverzekeraars.[56]

[51] Landelijke Huisartsenvereniging

[52] Veilig Thuis

[53] VNG

[54] CIZ

[55] Stimulansz

[56] Ministerie van VWS

Bestuurlijke reactie College B&W gemeente Opmeer

Rekenkamer Medemblik -Opmeer

Ons kenmerk	25.0016156
Zaaknummer	Z25002798
Datum	10 december 2025
Afdeling	Zorg & Welzijn

Onderwerp: Reactie Rapport Rekenkameronderzoek Jeugdhulp

Geachte heer/mevrouw,

Allereerst willen wij u bedanken voor uw uitgebreide rapportage en uw aanbevelingen specifiek voor gemeente Opmeer en regionaal in West-Friesland met betrekking tot de jeugdhulp. Het was geen gemakkelijke opdracht in een tijd waarin veel veranderingen als een rode draad het proces doorkruisen.

Om een heldere reactie op uw aanbevelingen te geven, reageren wij per aanbeveling, gesplitst in twee delen. De lokale aanbevelingen voor gemeente Opmeer en regionale aanbevelingen voor West-Friesland.

Aanbevelingen voor Opmeer

Wij herkennen de aanbevelingen voor Opmeer. Dat is ook de reden waarom wij eerder dit jaar een start hebben gemaakt met het uitwerken van één van de doelen vanuit de hervormingsagenda, het versterken van het lokale team. Na het regionaal adviesrapport Hervormingsagenda Jeugd is er in juni 2025 een projectleider gestart met als opdracht, het maken van een analyse binnen het lokale team van Opmeer op basis van de opgaven uit de Hervormingsagenda Jeugd. Naar aanleiding daarvan is het rapport Stevig Lokaal Team gemeente Opmeer opgeleverd en op 11 november 2025 vastgesteld door het college. De gemeenteraad is hierover geïnformeerd op 19 november 2025. De implementatie van het rapport wordt vanaf december verder doorontwikkeld. Het rapport bevat zeven aanbevelingen die grote overlap hebben met de aanbevelingen uit uw rapport.

1. **Basisdienstverlening wijkteam**

In het rapport van Stevig Lokaal Team gemeente Opmeer (hoofdstuk 5.3) wordt duidelijk welke verschillende rollen er zijn binnen het wijkteam, het Integraal Voorportaal, Triage en Regie. Hiermee hebben we een eerste stap gemaakt in de verduidelijking van wat de eerstelijnshulp en basisdienstverlening inhoudt.

Klaproos 1 | 1716 VS Opmeer | Postbus 199 | 1715 ZK Spanbroek | telefoon: 0226 - 363 333 | fax: 0226 – 363 330
e-mail: gemeente@opmeer.nl | www.opmeer.nl | KvK nummer 37159195| IBAN NL94 BNGH 028.50.06.584

2. **Grens eerstelijns en specialistische hulp**

Onderdeel van het verduidelijken van de rollen in het wijkteam is het scherper afbakenen van de vorm van ondersteuning die het wijkteam zelf levert ten opzichte van de ingekochte en specialistische behandeling die door de zorgaanbieders wordt geleverd en het beter borgen van de kwaliteit daarvan.

3. **Contact huisartsen**

Deze aanbeveling nemen we geheel over. Een periodieke casus overstijgend overleg is de basis voor verdiepende samenwerking met huisartsen. Dit is ook een opgave binnen de hervormingsagenda jeugd, wat binnen het regionale adviesrapport is beschreven als lokale verantwoordelijkheid.

4. **Doelmatigheid zorg na doorverwijzing huisartsen**

We herkennen de zorgen en willen hier graag ook werken aan deze aanbeveling. De uitwerking kan plaatsvinden wanneer de aanbeveling over het hernieuwen van het contact en de afstemming met de huisartsen is opgepakt.

5. **Regionaal beleidskader**

In de regio streven we gezamenlijk naar uniformiteit, waarbij we oog houden voor de coulour local.

6. **Integrale intake/hulpverlening**

Dit is reeds vastgelegd in rapport Stevig Lokaal Team, wat is vastgesteld door het college op 11 november 2025. We nemen deze aanbeveling daarom mee in het implementatieplan van de Stevig Lokale Teams.

Regionale aanbevelingen

We herkennen het beeld dat de Rekenkamer schetst van verschillen tussen de Westfriese gemeenten in de inrichting van de jeugdhulp. Tegelijkertijd benadrukken wij dat deze verschillen niet altijd als knelpunt hoeven te worden gezien. Iedere gemeente heeft binnen het regionale kader de ruimte om het lokaal zo in te richten dat dit aansluit bij de lokale maatschappelijke opgave en schaalgrootte.
We waarderen de regionale aanbevelingen van de Rekenkamer. Deze sluiten goed aan bij de ontwikkelingen die reeds in gang zijn gezet en helpen om de gezamenlijke koers verder te versterken. Hieronder volgt een reactie per regionale aanbeveling uit het rapport.

1. **Afstemming regionaal beleid**

Wij ondersteunen de aanbeveling om regionale afspraken te laten doorwerken in lokaal beleid. In de regio Westfriesland werken wij intensief samen aan gezamenlijk jeugdhulpbeleid. Naar aanleiding van de regionale inkoop jeugd 2025 zijn de verordeningen per 1 juli 2025 opnieuw met de zeven Westfriese gemeenten afgestemd en uniform opgesteld. In de toekomst blijven wij

inzetten op uniformiteit, eenduidigheid en afstemming tussen zeven gemeenten daar waar dit bijdraagt aan de dienstverlening aan onze inwoners.

2. Onderzoek kostenraming regionaal

De raming van jeugdhulpkosten vraagt blijvend aandacht. Binnen het regionale partnerschap werken wij met de regionale Netwerkorganisatie Zorg in regio Westfriesland aan een gezamenlijke systematiek voor kostenprognose, monitoring en sturing. Het strategisch partnerschap met gecontracteerde jeugdhulpaanbieders is hier onderdeel van. Deze informatie levert inzicht in de jeugdzorgkosten die bijdragen aan de lokale begrotingsopgave.

3. Onderzoek wachttijden gemeenten regionaal

Vanuit de regio herkennen wij de wachttijden bij verschillende lokale teams. Binnen de bestaande regionale overlegstructuur is ruimte om kennis en ervaring te delen. Momenteel werken wij aan het structureel terugdringen van de wachttijden. Landelijke programma's – zoals de Hervormingsagenda Jeugd en het Toekomstscenario – gaan bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden. Hierbij onderzoeken we de mogelijkheden van het samenbrengen van expertise, het toenemend preventieve belang van voorliggende voorzieningen en ook het toevoegen van expertise aan de lokale toegangen. We blijven monitoren wat de effecten hiervan zijn op de wachttijden.

4. Versterk verbinding met huisartsen

De verbinding met de huisartsen is zowel lokaal als regionaal van belang. De afgelopen periode is er regionaal geïnvesteerd in de samenwerking met de huisartsen. Hierbij werken we samen met de Koepelorganisatie Huisartsen in West-Friesland en zetten ook in op een versterking van deze samenwerking. Het intensiveren van de samenwerking tussen huisartsen en de lokale teams, zowel lokaal als regionaal, sluit aan bij de uitgangspunten van de Hervormingsagenda Jeugd.

5. Procesregie bij meervoudige problematiek

Wij onderschrijven het belang van consequente procesregie bij meervoudige problematiek. In de regionale inkoop jeugd 2025 zijn uniforme afspraken gemaakt tussen de Westfriese gemeenten over de wijze en intensiteit van regievoeren. Deze rol wordt structureel geborgd binnen de lokale teams en gemeentelijke toegang. Daarnaast kan er bij stagnatie gebruik worden gemaakt van het Regionaal Expertise Team (RET).

6. Monitoring van wachttijden jeugdzorgaanbieders

De constatering dat er bij bepaalde vormen van (hoog) specialistische hulp sprake is van lange wachttijden, herkennen wij. Voor deze vormen van hulp geldt dat de wachttijden in onze regio overeenkomen met het landelijk beeld. Het monitoren en terugbrengen van de wachttijden is een gezamenlijke opgave van de zeven Westfriese gemeenten, de Netwerkorganisatie Zorg in Regio Westfriesland en de gecontracteerde jeugdhulpaanbieders. Er zijn verschillende ontwikkelingen die hieraan bijdragen, zoals de ingang van de nieuwe inkoop van de Jeugdhulp per 1 juli 2025, de vernieuwde beschikbaarheidswijzer en het strategisch partnerschap met de hoog

specialistische jeugdhulpaanbieders. Aanvullend hierop blijven we waar mogelijk bijsturen op het terugbrengen van de wachttijden.

Vragen
Hebt u vragen, dan kunt u contact opnemen met L. Leegwater, telefoon 0226 – 36 3333 of via gemeente@opmeer.nl.

Hoogachtend,
Burgemeester en wethouders,





B.J. Göransson – van Kerkwijk
Gemeentesecretaris

H.M. Wiersema
Waarnemend burgemeester

Wij werken op afspraak
Hebt u een product of dienst nodig van de gemeente? Maak een afspraak via www.opmeer.nl



Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de hulp aan jeugdigen en gezinnen. Dit is vastgelegd in de Jeugdwet. Met dit onderzoek is nagegaan hoe deze hulp wordt uitgevoerd in de gemeenten Drechterland, Enkhuizen, Hoorn, Medemblik, Opmeer en Stede Broec. Daarbij is met name gekeken naar de rol van de lokale teams. Voor dit onderzoek is onder meer gesproken met beleidsadviseurs, consulenten, huisartsen, specialistische zorgaanbieders en gezinnen die een beroep deden op de jeugdhulp.

Guido Brummelkamp
Sylvana Robbers
Floor Bevaart

november 2025