

Verslag expertmeeting RMO en RVZ over jeugdzorg 13 mei 2014

Opening

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

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

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

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

In de tweede ronde ligt de focus op de organisatie: de aansluiting tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg en de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. In dit kader is een belangrijke vraag hoe de betrokkenen naar de situatie kijken. Is dat probleemgericht, ofwel: staan analyse en de juiste

¹ De deelnemerslijst is opgenomen in de bijlage

behandeling voorop? Of is dat gezinsgericht, waarbij de inrichting en organisatie van zorg vormkrijgen vanuit de situatie van het gezin, hun hulpvraag, leefwereld en de mogelijkheden in de naaste omgeving? Een ander belangrijk punt is perverse prikkels in het huidige systeem, zoals de dbc's. Deze houden de specialisten in hun spreekkamers en stimuleren hen niet om bijvoorbeeld een bezoek te brengen aan een school als dat nodig is. Hoe werken de verschillende betrokkenen in de toekomst idealiter samen en hoe kan de benodigde verandering vorm krijgen?

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

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

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

Pedagogisch netwerkspecialisten

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

Monitoren en evidencebased werken

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

Specialisten: behandelen en ontzorgen

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

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

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

Discussie met de zaal

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

De decentralisaties zijn inhoudelijk zeer complex. Dat brengt het risico met zich mee dat mensen zich richten op concretere, organisatorische kwesties, zoals financiering en samenwerking. Bovendien zijn dergelijke organisatorische kwesties op een bepaalde manier veilig: door te wijzen op systeemfouten hoeven specialisten niet kritisch te reflecteren op hun eigen werkwijzen. Wanneer

organisatorische kwesties echter de overhand krijgen, verdwijnt de inhoud naar de achtergrond en is de kans groot dat de huidige systeemfouten zich herhalen, omdat onder het nieuwe systeem dezelfde aannames en uitgangspunten schuilgaan als onder het oude systeem.

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

Er worden verschillende kanttekeningen gemaakt.

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

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

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

schoolluitval wordt gedaan. Het is nodig dat dergelijke perverse regels worden opgeruimd, omdat ze het onmogelijk maken om op een andere inhoudelijke manier te werken.

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

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

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

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

Kinderen en jeugdigen met problemen moeten vroeg de juiste hulp krijgen. Lees: niet specialistische, maar de *juiste* hulp. Het is zaak dat hulpverleners samen

definiëren wat goede zorg is. Dat is lastig nu eerstelijns- en tweedelijns hulpverleners en de verschillende specialisten elkaar in de transitie niet hebben gevonden.

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

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

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

Ronde 2: Samenwerking in het veld

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

Specialisten en tweedelijnsinstellingen: niet op voorhand nodig

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

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

Het mantra van de generalist en het wijkteam

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

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

Hulp krijgt vorm vanuit het gezin

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

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

De wijkteams als leerproces

Wijkteams ontwikkelen zich gaandeweg. Het is belangrijk om de ontwikkeling van de teams te beschouwen als een leerproces en van tevoren zo min mogelijk vast te leggen. De spreker benoemt drie vragen die spelen in dat leerproces. Ten eerste, de professionals in de wijkteams zijn generalist in het gezin. Dat betekent dat zij op alle levensgebieden waar vragen zijn zouden moeten kunnen acteren. Eén persoon per gezin, dat is het streven. In de praktijk is het zo ver nog niet, want het vraagt wel heel veel van die generalist. Het is dan ook een leermodel: hoe ver kunnen we hierin gaan? Ten tweede: de generalist in het gezin is specialist in het team. De teams zijn uit veel specialismen samengesteld en er vindt collegiale intervisie plaats, zodat de specifieke kennis van een collega wordt gedeeld met anderen die deze kennis nodig hebben om hun rol in een gezin te vervullen. De vraag is hoe die specialistische kennis in stand wordt gehouden nu mensen werken als generalist. Een derde vraag: wanneer schakelt de generalist specialisten vanuit de tweede lijn in? Sectoraal verschilt dat, maar het hangt ook samen met de houding in de tweede lijn. Helaas wordt daar nog sterk institutioneel gedacht. De generalisten in de wijkteams werken aan herstel van het gewone leven. Als dat herstellen niet lukt, helpt specialistische hulpverlening

ook vaak niet. Vanuit dat weten zouden generalist en specialist moeten samenwerken en zou een specialist zijn mobiele nummer moeten geven aan het wijkteam, of zou hij als het wijkteam daarom vraagt binnen 24 uur aan de keukentafel moeten zitten. Helaas gebeurt dat niet. Specialisten stellen zich dikwijls arrogant op. Terwijl de wijkteams ze hard nodig hebben. Een ander element dat de samenwerking lastig maakt, is dat wijkteams mensen zelf hun stappen laten zetten, ook wanneer een professional de stappen beter en sneller kan maken. Maar het is beter als mensen het zelf leren. De tweedelijns hulpverleners werken zo niet. Zou dat proces van 'op de handen zitten' ook in de tweede lijn kunnen worden toegepast? En hoe ver kun je daarin gaan? Om die vraag te onderzoeken zal de tweede lijn zich kwetsbaar moeten opstellen.

Discussie met de zaal

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

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

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

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

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

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

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

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

Naast het pleidooi voor meer ruimte voor maatschappelijke organisaties wordt gewezen op het risico dat er naast alle instellingen een nieuwe instelling ontstaat:

het wijkteam. Een andere aanwezige stelt dat wijkteams op een modelmatige manier kunnen gaan werken. Dat zou betekenen dat we een nieuw systeem bouwen met oude fouten en dat we dat reproduceren in 403 gemeenten.

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

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

Een deelnemer werpt tegen dat dit wellicht spannend klinkt, maar oppert dat de vraag wat wel en niet werkt leidend moet zijn in het vormgeven van het systeem, waarbij wordt benut en toegepast wat er al bekend is uit de praktijk en niet wordt begonnen met alles opnieuw ontdekken en gaandeweg leren. Ook wordt opgemerkt dat de tijd (2015) krap is. Idealiter zou het systeem worden opgebouwd vanuit leren vanuit de praktijk, maar er is veel druk vanuit de wet, de raden, het monitoren. De vraag is hoe het leerproces na de transitie vorm krijgt, hoe de veranderingen in de toekomst vorm krijgen en worden gevolgd, en hoe wordt voorkomen dat bij misstanden die onherroepelijk zullen ontstaan in een deel van de gemeenten, de staatssecretaris op het matje wordt geroepen en de transformatie tot staan wordt gebracht.

Samenvatting en afsluiting van de bijeenkomst

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

1. Soms worden de problemen van kinderen en gezinnen complex genoemd en soms enkelvoudig. Complexe problemen kunnen heel zwaar zijn omdat er veel zware elementen inzitten. Maar complexe problemen kunnen ook heel licht zijn. Dan speelt er wel veel, maar zijn er slechts een paar elementen die het werkelijke probleem vormen. In het eerste geval is expertise nodig om er iets van te maken; in het tweede is dat meer discutabel en moeten hulpverleners niet altijd direct hulp verlenen. Of ze moeten wel hulp verlenen, maar andere dan waarvoor zij zijn opgeleid. Hoe maken professionals die omslag in werken?

2. Het onderscheid tussen generalisme en specialisme is een kwestie. Er is een model waarin de generalist hetzelfde doel heeft als de specialist, maar minder kundig is. Er is een ander model waarin de generalist een andere deskundigheid heeft dan specialist. Eerstgenoemde model neemt de context van de zorgvrager in beschouwing.

Ook bij specialisten is onderscheid te maken tussen twee typen: sommige zijn reducerend bezig. Ze focussen op een element, analyseren dat tot de kern en trekken de splinter eruit. Er zijn ook specialisten die oog hebben voor de context en het bredere plaatje waarvan zij deel uitmaken: zij zien wat er in het generalistische team speelt en hoe zij daaraan kunnen bijdragen.

Wat voor generalisten en specialisten willen we in de toekomst, en waar houdt de kundigheid van de één op en begint die van de ander?

3. In het huidige systeem zitten twee fouten: een te zwaar aanbod voor lichte problemen en een te licht aanbod voor zware problemen. Terwijl we druk doende zijn om die fouten te repareren met het nieuwe systeem, wordt achteraf pas duidelijk welk type fout er speelt. Vooraf voorspellen is een stuk ingewikkelder. Hoe gaan we met dit vraagstuk om?
4. De stelsel discussie heeft een enorme zuigkracht. Veel mooie voornemens voor de inhoud lopen stuk op het systeem van bijvoorbeeld financiële prikkels. Het is belangrijk om gewoon te beginnen en niet meegezogen te worden in een systeem discussie. Maar gaat dat ons brengen waar we heen willen?
5. We gaan van oude naar nieuwe paradigma's. Daarbij lopen we tegen cultuurverschillen aan. Het is onvermijdelijk dat hierin karikaturen worden geschetst zoals 'vroeger plaatsten wij iedereen in een categorie en eigen hokje' en 'in de toekomst gaan we goed samenwerken'. Hoe gaan we om met de cultuurverschillen en voorkomen we dat ze ontaarden in patstellingen?

Bijlage: Deelnemerslijst

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

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