

Bijlage 1: toelichting doorontwikkeling naar brede basisteams

Bijlage bij raadsvoorstel 'Doorontwikkeling toegang en ambulante hulpverlening voor Volwassenen en Jeugd & Gezin' (december 2019)

1.	Inleiding	4
2.	Principes en achtergrond van de doorontwikkeling.....	5
	2.2 Doorontwikkeling naar gebiedsgerichte opdrachtverlenings- en bekostigingssystematiek	5
3.	Het Nijmeegse stelsel en mogelijke modellen.....	8
	3.1 Het Nijmeegse stelsel	8
	3.2 Mogelijke modellen.....	10
	3.2.1 Het indicatie model	11
	3.2.2 Het brede basisteams model	13
	3.2.3 Het one-stop-shop model	15
4.	Huidige model van Nijmegen en de ervaringen	17
	4.1 Risico's van het indicatiemodel.....	17
	4.2 Huidige Situatie Nijmegen.....	20
	4.2.1 Toegankelijkheid: minder inwoners worden direct geholpen en wachttijden voor het wijkteam	20
	4.2.2 Betaalbaarheid: indiceren kost geld en leidt niet tot meer inzet van de sociale basis	20
	4.2.3 Kwaliteit: beperkt integraal en geen regie	21
	4.2.4 Keuze: naar brede basisteam of huidige indicatiemodel optimaliseren	21
	4.3 Specifieke aanvullingen voor Jeugd	22
	4.3.1 Evaluatie Jeugdwet	22
	4.3.2 Grote tekorten bij de gemeenten.....	23
	4.3.3 Versnippering van hulp	24
	4.3.4 Personele tekorten.....	24
	4.3.5 Onvoldoende aansluiting GGD-Kinderopvang-Jeugdhulp voor 0 tot en met 6 jarigen.....	24
	4.3.6 Onvoldoende aansluiting onderwijs	25
	4.3.7 Onvoldoende aansluiting sociale basis, wijkteam en jeugdhulp.....	26
	4.3.8 Keuze: naar brede basisteam of huidige indicatiemodel optimaliseren (specifiek voor jeugd)	26
5.	De opdracht voor brede basisteams.....	28
	5.1 Uitdagende opdracht voor professionals	28
	5.2 Bekostigingsmodel lump-sum biedt ruimte maar ook begrenzing.....	29
	5.3 Afwegingskader voor indicatiestelling door de brede basisteams.....	31
	5.4 Balans bewaken tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid	32
	5.5 Organisatorische randvoorwaarden	33
	5.5.1 Goede bedrijfsvoering.....	33
	5.5.2 Monitoring.....	34
	5.5.3 Tijd	35
	5.5.4 Sturing vanuit de gemeente.....	35
	5.5.4 Samenvattend: grootste uitdagingen brede basisteams	36
6.	Aparte teams voor Volwassenen en Jeugd & Gezin	37
	6.1 Argumenten voor aparte teams voor Volwassenen en voor Jeugd & Gezin	37

6.2	Plannen voor brede basisteam Volwassenen.....	39
6.3	Plannen voor brede basisteam Jeugd & Gezin	42
7.	Samenvatting.....	45

1. Inleiding

Dit document is de toelichting op het raadsvoorstel 'Doorontwikkeling toegang en ambulante hulpverlening voor Volwassenen en Jeugd & Gezin' (december 2019). Het is het resultaat van een zoektocht bij andere gemeenten, de inventarisatie van inzichten uit landelijke onderzoeken uitgevoerd door kennisinstellingen, en onderzoeken en gesprekken in Nijmegen zelf.

Hoewel deze toelichting veel technische zaken beschrijft zoals als indicatiestelling, het stelsel, de bekostiging en de procedure, moeten we niet uit het oog verliezen waarom we een doorontwikkeling voorstellen. De kern is dat we een sociaal stelsel willen hebben waarbij inwoners dichtbij de leefomgeving en zonder al teveel bureaucratie gewoon krijgen wat nodig is. Nijmegen heeft de ambitie om een Sociale Stad te zijn en te blijven. Een andere inrichting is geen doel op zich, maar is juist faciliterend aan de doelen van het sociaal domein en de leidende principes. De voordelen van de doorontwikkeling zijn dat de inwoner direct hulp krijgt, van vaste gezichten die de leefomgeving kennen en dat er tijd vrijkomt voor meer regie en het verkorten van de wachttijden.

De toelichting start met de principes en de achtergrond van de doorontwikkeling naar gebiedsgerichte-samenwerking en bekostiging (hoofdstuk 2), de mogelijke modellen waarmee het Nijmeegse stelsel kan worden ingericht (Hoofdstuk 3) en de ervaringen met het huidige model van Nijmegen (hoofdstuk 4). Daarna concretiseren we de opdracht voor brede basisteams (Hoofdstuk 5), de argumenten achter aparte teams voor Volwassenen en voor Jeugd & Gezin (Hoofdstuk 6) en de financiële effecten (Hoofdstuk 7).

2. Principes en achtergrond van de doorontwikkeling

In Interventieplan fase 4 ‘Sociale Stad’ hebben we een doorontwikkeling van de opdrachtverlenings- en bekostigingssystematiek van de gemeente aangekondigd. Met opdrachtverlenings- en bekostigingssystematiek bedoelen we het geheel van opdrachten met bijbehorende bekostiging van interne- en externe partijen om samen een sociale stad te realiseren. De huidige opdrachtverlenings- en bekostigingssystematiek ondersteunt de gewenste transformatie onvoldoende. We hebben de overtuiging dat we de bedoeling beter kunnen realiseren als we de systematiek aanpassen.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de leidende principes voor de sociale stad die kaderstellend zijn voor de doorontwikkeling. Vervolgens gaan we nader in op *wat* we willen veranderen aan de opdrachtverlenings- en bekostigingssystematiek.

2.1 Leidende principes Sociale Stad

Nijmegen wil een Sociale Stad zijn en blijven. Hieronder staan de leidende principes voor de sociale stad die door College en Raad zijn vastgesteld en die als toetscriteria gelden voor interventies in het sociaal domein. Ze komen uit het vigerende beleid (zie Interventieplan 4 paragraaf 3.4.1) en zijn aangevuld (dikgedrukt) met de leidende principes van de Nijmeegse Raad (brief aan college, leidende principes en uitgangspunten stelselherziening juni 2019).

Leidende principes sociale stad

Inhoud:

- **Preventie voor curatie**, van zware zorg naar lichte zorg: waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van het aanbod van vrijwilligersorganisaties, welzijnsvoorzieningen, algemene voorzieningen en groepsactiviteiten.
- Gewoon mee doen voor iedereen: deelname aan het gewone leven uitgaande van ieder zijn eigen mogelijkheden, toewerken naar herstel van een zo normaal mogelijke situatie in het huishouden
- Zelfredzaamheid en sociale steun: versterken eigen regie en autonomie van de inwoners en versterken van het sociale netwerk;
- Veiligheid in huishoudens als harde ondergrens

Vorm:

- **Eén gezin, één plan, één regisseur**: samenwerking met de samenwerkingspartners en afspraken over casusregie en procesregie;
- **Uitvoering dicht bij de leefomgeving**: passende ondersteuning wordt zo dichtbij mogelijk geboden, bij mensen thuis of op vindplaatsen (zoals scholen en wijken) met een vaste contactpersoon;
- Vertrouwen aan professionals

Sturing

- Kwaliteit: kwaliteit van de geleverde ondersteuning onder andere door goede en langdurige **samenwerking** tussen partijen en lange termijn relaties (**keuze voor zo min mogelijk marktwerking en concurrentie**)
- Toegankelijkheid: route naar hulp en wachttijden
- Betaalbaarheid: beheersingsmaatregelen om binnen financiële kaders te blijven, **kostenbewustzijn realiseren met een passende financieringsvorm**
- Lerend stelsel: experimenteren, evalueren en leren **met data**

2.2 Doorontwikkeling naar gebiedsgerichte opdrachtverlenings- en bekostigingssystematiek

We hebben de huidige opdrachtsverlenings- en bekostigingssystematiek tegen het licht gehouden en denken dat we deze moeten doorontwikkelen. We willen naar een sociaal stelsel waarbij inwoners dichtbij de leefomgeving en zonder al teveel bureaucratie gewoon krijgen wat nodig is. Gebiedsgerichte samenwerking en –bekostiging

faciliteert het bouwen van een voorziening in de wijk waar vanuit de hulp direct geboden kan worden aan de inwoners. Door gebiedsgerichte samenwerking en –bekostiging zetten we weer stap in de realiseren van onze principes.

1. Ondersteuning bieden dichtbij de leefwereld van inwoners

Als je wil inzetten op zo min mogelijk medicaliseren en zoveel mogelijk herstel van het ‘normale leven’, dan moet je werken op die plekken waar het normale leven plaatsvindt: gezin, straat, school, clubs, werk, internet, huisarts. Professionals die verbonden zijn aan een stadsdeel krijgen beter zicht op de lokale problematiek, kansen en krachten. Door middel van een gebiedsanalyse kan inzicht worden gekregen in de problematiek in een wijk of op een school. De organisatievorm en achtergrond van professionals kan hierop worden afgestemd. Daarmee kan voor elke doelgroep de ondersteuning op die plek en die manier worden gerealiseerd die het dichtst bij de leefwereld staat. Voor jongeren bijvoorbeeld is de leefwereld minder het stadsdeel en meer de onderwijsinstelling waar ze opgeleid worden. Gebiedsgerichte samenwerking kan dus ook gericht zijn op vindplaatsen, zoals Voortgezet Onderwijs of MBO-locaties.

2. Netwerkvorming tussen professionals en ruimte voor professionals

Langs elkaar heen werken door zorgverleners doet afbreuk aan de kwaliteit van zorg en geeft stress aan de inwoner. Niets voor niets streven we naar één gezin, één plan, één regisseur. Professionals moeten de hulp op elkaar afstemmen. Daarvoor moeten ze elkaar kennen en weten te vinden. Een stadsdeel (gebied) is een mooie schaal voor samenwerking, omdat het dan mogelijk is voor professionals om elkaar persoonlijk te leren kennen en relaties op te bouwen. Vaste gezichten zijn van belang voor snelle lijnen. Een team dat gevestigd is op een locatie in de wijk bevordert de verbinding met de verschillende disciplines zoals de huisarts, de intern begeleider van de basisschool en de medewerker van de woningbouwcorporatie. Bovendien is met gebiedsgericht werken directer contact met inwoners mogelijk. Voor jongeren is de logische locatie voor professionals om elkaar te ontmoeten vooral het onderwijs en soms het stadsdeel (in verband met overlast bijvoorbeeld). Voor huishoudens met zwaardere problematiek zijn er stedelijke netwerken, zoals het Veiligheidshuis en de Regieteams waar professionals samenwerken onder aansturing van een gemeentelijke procesregisseur.

3. Gebruik maken van de informele kracht in de gemeenschap

Sociale steun is een cruciale factor in herstel en behoud van kwaliteit van leven. Als de draagkracht van inwoners wordt overvraagd, ligt sociaal isolement op de loer. Goede professionals zoeken mee naar steun in de eigen omgeving en helpen inwoners om weer betekenisvolle, duurzame relaties op te bouwen. Met inzet van deze hulpbronnen versterkt de draagkracht. Als je wil inzetten op zo min mogelijk medicaliseren en zoveel mogelijk herstel van het ‘normale leven’, moet je goed weten wat er aan sociale steun, informele kracht, collectieve- en preventieve voorzieningen te vinden is in de omgeving van de inwoner. Dat betekent wegwijs worden in de sociale kaart en de informele krachten leren kennen in de samenleving. Dit is makkelijker voor professionals als zij gebiedsgericht werken.

4. Financiële voorspelbaarheid en populatiegerichte bekostiging

Op dit moment ontvangen veel inwoners een maatwerkvoorziening die is ingekocht bij zorgaanbieders. De bekostiging is wat we noemen inspanningsgericht ofwel price x quantity (prijs x hoeveelheid). We betalen per type zorg en per tijdseenheid een afgesproken tarief. Het risico van deze bekostigingssystematiek is dat het loont om door te gaan met hulp verlenen en het loont om cliënten te werven. Dit noemen we de ‘pxq prikkel’. Het loont dus niet om minder te doen. Het loont ook niet om een andere oplossing voor te stellen die beter past bij de inwoner. Ook loont het niet om samen te werken met andere partijen. pxq is een individu-gericht bekostigingsmodel en draagt niet bij aan het een wijkgericht zorg- en ondersteuningsaanbod¹. Samenwerken en collectieve voorzieningen worden meer gefaciliteerd bij een vast budget oftewel lump-sum bekostiging. Met een lump-sum bekostiging kan een integraal voorzieningenaanbod voor een totale populatie gerealiseerd worden. Een lump-

¹ <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/domeinoverstijgende-financiering.pdf>

sum kan bijvoorbeeld verdeeld worden over de stadsdelen, zodat de omvang ervan passend is voor de populatie van de verschillende stadsdelen. Het vergezicht is populatiegerichte zorg: een vast budget voor een integraal voorzieningenaanbod dat de vraag van mensen volgt (in plaats van systeemkaders) en waarin preventie en meedoen leidend zijn (in plaats van ziekte en zorg). Deze vorm van financiering met een vast budget past traditioneel meer bij welzijn, maar een deel van de ambulante zorg zou ook op deze manier gefinancierd kunnen worden. In theorie stimuleert deze vorm van bekostigen het ontwikkelen van preventieve en creatieve oplossingen het meest. Dit omdat het budget begrensd is. De professional zal bijvoorbeeld sneller groepsbegeleiding gaan bieden of de hulp op waakvlam zetten of oplossingen in de sociale basis zoeken of eerst de armoede oplossen. Een lump-sum stimuleert dus het kostenbewust handelen. Voor professionals geeft een vast budget juist ruimte voor maatwerk en samenwerking, omdat het niet met zorgtypes en per individu vastgestelde indicaties werkt.

Bovenstaande argumenten voor gebiedsgerichte samenwerking en –bekostiging worden in dit document verder uitgewerkt in een voorstel voor brede basisteams.

3. Het Nijmeegse stelsel en mogelijke modellen

Bij de inrichting van het sociaal domein kan gekozen worden voor verschillende modellen. In dit hoofdstuk gaan we eerst kort in op de visie op het Nijmeegse sociale stelsel. Vervolgens lichten we de verschillende modellen toe.

3.1 Het Nijmeegse stelsel

Nijmegen heeft de ambitie om een Sociale Stad te zijn en te blijven. Het Nijmeegse stelsel is de sociale infrastructuur van onze stad met alle partijen die samen vorm geven aan ons sociale karakter. Het bestaat uit 3 lagen met hun eigen partijen en doelen (zie ook : Interventieplan fase 4).



1. **Doel:** een inclusieve en veerkrachtige stad met een **sterke sociale basis**²:
 - a. sterke sociale cohesie en maatschappelijke participatie in buurten/wijken;
 - b. sociale steun en inclusie voor inwoners;
 - c. sociaal-economische zekerheid op orde;
 - d. veilig.
2. **Doel: ondersteuning is dichtbij** beschikbaar. Deze wordt vorm gegeven door de STIPS en wijkteams, huisartsen, gezondheidscentra, inkomensondersteuning enz. Ondersteuning dichtbij houdt in:
 - a. eerstelijns hulp zo dichtbij mogelijk beschikbaar zoals thuis, op school en in de wijk;
 - b. oplossingen die zich richten op meedoen in het 'normale leven' over de volle breedte van gezondheid, tot relaties, werk, inkomen, wonen, onderwijs en participatie;
 - c. hulp die is gericht op het versterken van de eigen regie en de kracht van het sociale netwerk;
 - d. goede preventie en lichte zorg zodat grotere problemen voorkomen worden.
3. **Doel: beschikbaarheid van aanvullende zorg** met het juiste specialisme waar dat nodig is.
 - a. zorg die snel beschikbaar is, zo dichtbij mogelijk maar stedelijk en regionaal waar nodig (denk aan residentiële voorzieningen);
 - b. van goede kwaliteit: de juiste zorg, niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk;
 - c. afgestemd op de persoonlijk doelen en het hele systeem rond de inwoner en afgestemd op alle andere ondersteuning en zorg in het huishouden.

² De sociale basis bestaat uit: de informele component (de individuele inwoners en hun collectieve verbanden zoals vrijwilligerswerk), de algemene voorzieningen (zoals onderwijs en bibliotheek), en het preventieve deel (zoals het consultatiebureau en andere organisaties die problemen moeten voorkomen). <https://www.movisie.nl/publicatie/sociale-basis-terug-weggeweest>

Het Nijmeegse stelsel gaat uit van de overtuiging dat er minder problemen zullen ontstaan als de sociale basis (onderwijs, werk, inkomen, wonen, verbinding) op orde is. Met een sterke sociale basis lukt het de meeste mensen om een prima leven te leiden en om te gaan met de hobbels in het leven. Dit neemt niet weg dat er altijd mensen zijn die meer ondersteuning en zorg nodig hebben om hobbels te nemen en hun basis op orde te krijgen. Voor deze mensen is de overheid aan zet, door het bieden van eerstelijns ondersteuning en aanvullende zorg. In het medische domein is een verschuiving gaande om de zorg dichtbij de inwoner te brengen onder het motto: de juiste zorg op de juiste plek³. Deze beweging benadrukt het belang van een krachtige eerstelijns die niet wordt gehinderd door bureaucratische financiering. Dit is ook precies de gedachte achter de brede basisteams.

De gemeenten van Nederland vormen het sociale stelsel samen met de inwoners en partijen in de stad. De inrichting van het stelsel verschilt per laag.

1. De aanvullende zorg (Wmo en Jeugdwet) wordt door de meeste gemeenten ingekocht met verschillende inkoopvormen⁴. Deze zorg wordt voor de gemeente Nijmegen grotendeels (boven)regionaal ingekocht. De zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en de zorgverzekeringswet (Zvw) wordt niet ingekocht door de gemeente. Met deze zorg moet natuurlijk wel verbinding worden gemaakt.
2. De ondersteuning dichtbij geven gemeenten veelal vorm met wijkteams. De vormgeving kent vele verschijningen, van volledig gemeentelijk, tot een netwerk van gemeente en zorgpartners, tot nieuwe stichtingen en andere organisatievormen⁵. De ondersteuning dichtbij omvat natuurlijk ook het Werkbedrijf en de Financieel Adviseur in de wijk.
3. Kenmerkend voor de sociale basis is dat het een breed palet aan inwonersverbanden en organisaties is die op onderdelen worden gesubsidieerd. Denk aan welzijn, sport, cultuur, onderwijs en gezondheid.

³ <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl>

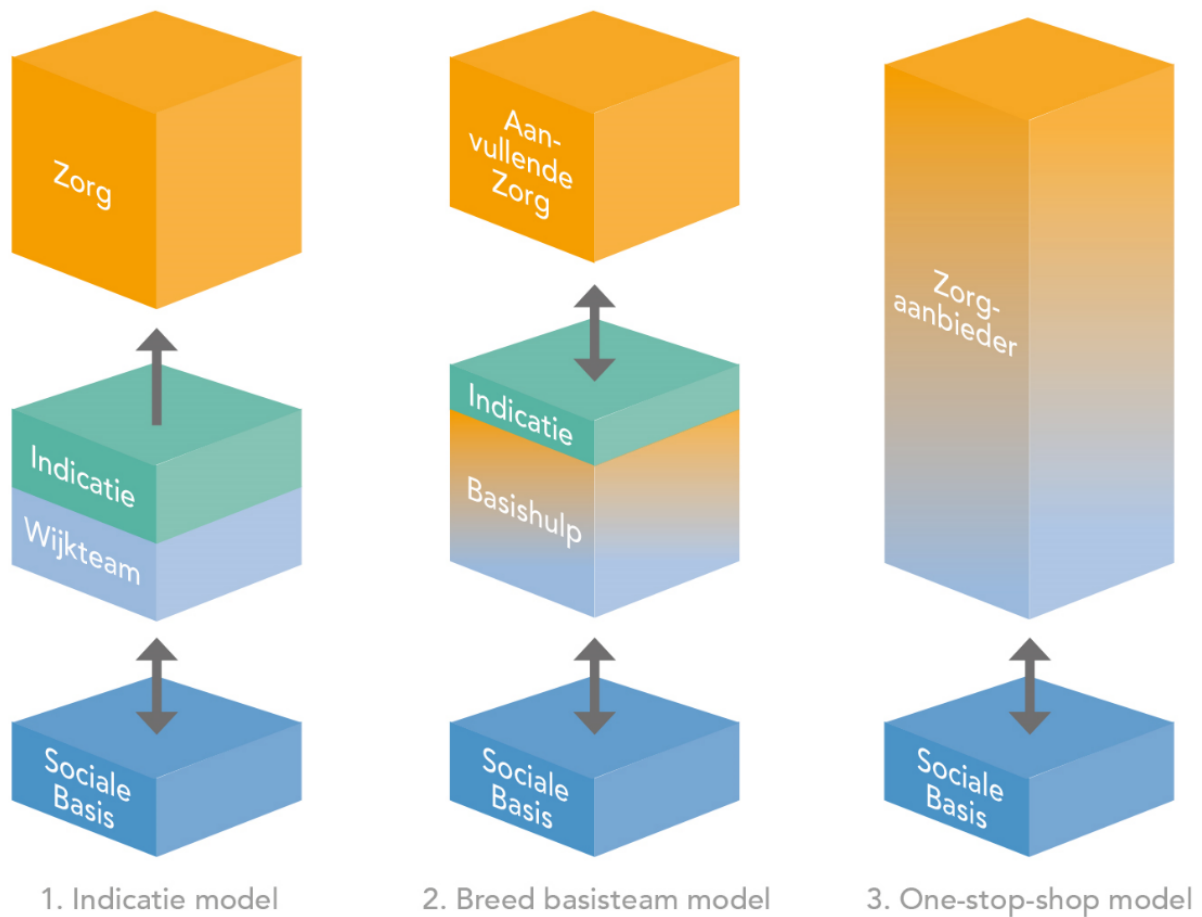
⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/12/monitor-gemeentelijke-zorginkoop-2018>

⁵ <https://www.movisie.nl/publicatie/sociale-wijkteams-opnieuw-uitgelicht>

3.2 Mogelijke modellen

Veel gemeenten hebben sinds de decentralisatie in 2015 hun inrichting van het sociaal domein doorontwikkeld. Op basis van onderzoek naar de inrichting van het sociaal domein in andere gemeenten zijn er 3 modellen gedestilleerd:

1. Het indicatie model
2. Het breed basisteam model
3. Het one-stop-shop model



In de volgende paragrafen worden de modellen afzonderlijk toegelicht. Bij elk model bespreken we de volgende thema's: toepassingsgebied, keuzevrijheid, bekostiging, gebiedsgerichte samenwerking, financiële beheersing en ervaringen uit het land.

3.2.1 Het indicatie model

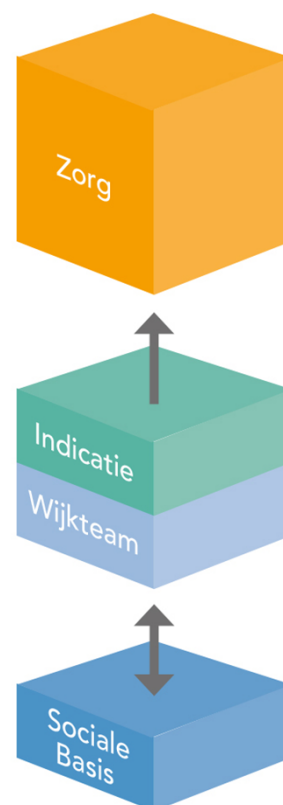
Dit is het huidige model van het stelsel van Nijmegen en heel veel andere gemeenten in Nederland. Het wijkteam of een andere indicatiesteller voert het gesprek en geeft de inwoner als dat nodig is een indicatie voor zorg. De zorgaanbieder kan vervolgens aan de slag als de inwoner een indicatie heeft. Voor de inwoner betekent dit model dat hij met minimaal 2 partijen te maken heeft: het wijkteam/de indicatiesteller en de zorgaanbieder(s). Dit model is in Nijmegen in 2015 gekozen vanuit de overtuiging dat er een onafhankelijke indicatiesteller nodig was om grip te houden op de zorgkosten. En in de wet stond beschreven hoe een goede indicatiestelling eruit moest zien: verduidelijking van de hulpvraag, vaststellen waar de hulpvraag vandaan komt, vaststellen welk aard en welke omvang van ondersteuning of zorg nodig is en tot slot vaststellen wat het samenhangend ondersteuningsaanbod is dat de inwoner nodig heeft.⁶

In dit model bestaat het proces uit een indicatiestelling (keukentafelgesprek) en de levering van een maatwerkvoorziening (zorg). De gemeente heeft de indicatiestellende taak voor maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdhulp (Jeugdwet) belegd bij de wijkteams en regieteams. Naast de wijk- en regieteams zijn er voor jeugdhulp in de wet ook nog andere indicatiestellers benoemd⁷. De indicatiestellers worden ook wel verwijzers of toeleiders genoemd. Indicatiestellers zijn onafhankelijk van de zorgaanbieders en kennen de weg in het brede zorgaanbod. Het zorgaanbod is ingekocht bij meerdere zorgaanbieders middels diverse aanbestedingen. Er zijn voor de gemeente Nijmegen ongeveer 120 jeugdhulpaanbieders, 40 aanbieders maatschappelijke ondersteuning (begeleiding, dagbesteding) en 19 aanbieders huishoudelijke hulp gecontracteerd. Daarnaast zijn er nog PGB aanbieders.

Het indicatiemodel **past** goed als de hulpvraag enkelvoudig is, of in ieder geval duidelijk categoriseerbaar. Dyslexie en hulpmiddelen passen goed in dit model. Het model past ook goed als er een toegangspoort nodig is omdat de zorg schaars of duur is. Bijvoorbeeld bij beschermd wonen of jeugdhulp met verblijf. Het model past minder goed als het probleem van de inwoner niet in een duidelijk hokje past en zich over meerdere leefdomenien uitstrekt. Hiervoor is meer tijd nodig om contact te maken en het vraagstuk uiteen te rafelen. Het past ook niet goed bij inwoners die levenslang ondersteuning nodig hebben. Zij moeten om de zoveel jaar een nieuwe indicatie aanvragen terwijl allang duidelijk is dat de hulp nodig zal blijven in meer of mindere mate.

Voor inwoners is **keuzevrijheid** van belang. De keuzevrijheid is in dit model ingevuld als de wettelijke keuzevrijheid tussen zorgaanbieders, eventueel betaald middels PGB mits de inwoner PGB vaardig is en de aanbieder voldoet aan de kwaliteitseisen. De verwijzer ondersteunt de inwoner in het maken van de keuze omdat zij het zorgaanbod goed kennen.

De **bekostiging** van zorgaanbieders is pxq oftewel de geleverde zorg aan inwoners wordt per tijdseenheid betaald. Het voordeel van deze bekostigingsvorm is dat hij 'meeveert' met de omvang van zorg die nodig is gezien de zwaarte van de cliënt. Het risico is wel dat het loont om, ook als is dat niet meer nodig, door te gaan met hulp verlenen en om cliënten (agressief) te werven. Dit noemen we de pxq prikkel. Een ander risico is dat het model



1. Indicatie model

⁶ De Wmo 2015 behandelt in paragraaf 2.3.2 het onderzoek dat gemeenten moeten doen als een cliënt zich meldt met een hulpvraag. In de Jeugdwet ontbreekt een dergelijke paragraaf, maar heeft de Centrale Raad van Beroep aangegeven hoe dit onderzoek eruit moet zien als een jeugdige (of zijn ouders) zich meldt bij de gemeente met een hulpvraag.

⁷ Huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en gezinsvoogden van de jeugdbescherming/reclassering. Al deze toeleiders opereren onafhankelijk van de gemeenten.

werkt met zorgtypes of producten en daarmee aanbodgericht werkt. Bij de indicatiestelling wordt vooral gekeken welk zorgaanbod past bij de vraag van de inwoner. Preventiemogelijkheden en andere creatieve oplossingen staan daardoor op het tweede plan.

Het model vraagt om een kritische opstelling van de wijkteams, omdat de toeleiding de belangrijkste “knop” is om het zorgvolume en daarmee de kosten te beheersen en om de pxx prikkel tegenwicht te bieden. Dit leidt vaak tot moeilijke gesprekken tussen wijkteams, inwoners en zorgaanbieders.

De **gebiedsgerichte samenwerking** wordt in dit model vooral ingevuld door de wijkteams en de STIPS en sinds 2019 de ontwikkeling van de stadsdeelagenda's van de W2. Ook de zorgaanbieders zijn gevraagd om hun werkers te koppelen aan de delen. Dit komt echter amper van de grond, waardoor de aansluiting met de sociale basis (nog) niet gemaakt wordt. Ook gezamenlijke acties voor inwoners zijn lastig te organiseren door de verschillende financieringsstromen en doordat de professionals van zorgorganisaties niet gekoppeld zijn aan een vaste wijk.

De **financiële beheersing** ontstaat door grip op de indicaties. Dat is de knop waarmee de zorgkraan wordt open- en dichtgedraaid. Voor Wmo-voorzieningen worden de indicaties gesteld door de wijkteams en regieteams. De gemeente is daar respectievelijk opdrachtgever en uitvoerder van en kan zo sturen op de indicatiestelling. Naast de sturing op de indicatiestelling wordt ook gestuurd op de zorgaanbieders middels contractmanagement. In onze regio is daar het Regionaal Ondersteunings Bureau (ROB) voor ingericht. Het ROB organiseert de aanbestedingen, sluit contracten en voert kritische gesprekken met zorgaanbieders over de tarieven, plafonds en de omvang van zorgtrajecten. Door uitstekende monitoring is er actueel zicht op de productie door de zorgaanbieders en kan de contractmanager tijdig in gesprek gaan. Hij kan echter niet terugdraaien wat er aan zorg is geïndiceerd, die moet gewoon betaald worden.

Ervaringen uit het land.

De meeste gemeenten hanteren dit model. Wat verschilt tussen de gemeenten is de plek waar de indicatiestelling is belegd: van gemeentelijke uitvoering, tot extern wijkteam en hybride varianten daartussenin. Veel gemeenten zijn hun opdrachten op indicatiestelling aan het aanscherpen en evalueren ook de organisatievorm van de wijkteams. De tekorten op jeugdhulp maken dit een zeer urgent punt. Onder druk van financiën zie je gemeenten inzetten op veel stringenter indicatiestelling. Eindhoven bijvoorbeeld haalt de indicatiestelling uit de wijkteams om het zelf te gaan doen. Inwoners moeten dan van wijkteam naar gemeente naar zorgaanbieder. Dit is een extra drempel voor inwoners en het tegenovergestelde van doorpakken en snel helpen. Deze beweging wordt vooral gemaakt om meer grip te krijgen op de indicaties en daarmee op de zorgkosten.

Specifieke situatie jeugd: wettelijke toeleiders werken altijd conform het indicatiemodel

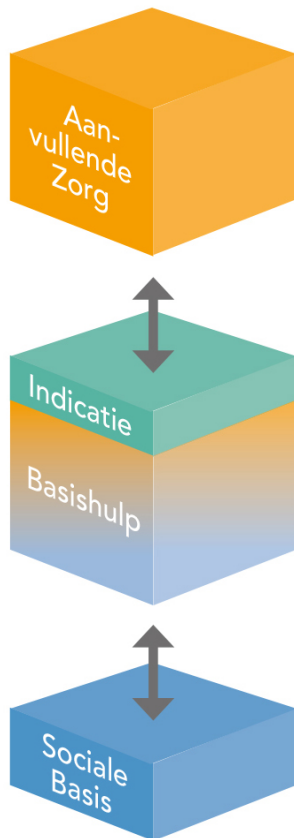
Wat jeugd betreft zijn er diverse wettelijke toeleiders⁸ (indicatiestellers) naast de wijkteams en regieteams. De wettelijke toeleiders hebben het wettelijke mandaat om toe te leiden. Er zijn veel wettelijke toeleiders in Nijmegen. Zo gaat het bijvoorbeeld al om 100 huisartsen. Bij de gemeente is er zeer beperkt zicht op hoe deze toeleiders hun afweging maken om aanvullende zorg in te zetten en welke inwoners zij wel en niet zien. Daarnaast geven de wettelijke verwijzers een open einde indicatie af zonder begrenzing in uren. De grip op de omvang van indicaties naar zorg is voor jeugdhulp dus veel beperkter dan voor de Wmo. De enige mogelijkheid om meer grip te krijgen op de wettelijke toeleiders is investeren in contact en samenwerking. Bij de huisartsen zijn praktijkondersteuners (POH) aan de slag om de GGZ-vraagstukken van ouders en kinderen op te pakken en daarmee minder doorverwijzingen naar de zwaardere trajecten te realiseren. Voor jeugdhulp met verblijf is er een casusoverleg. De grootste winst voor de jeugd is echter te halen in preventief werken op de vindplaatsen, zoals de kinderopvang en het onderwijs, zodat problemen überhaupt niet ontstaan of hanteerbaar blijven. In het model brede basisteams krijgen professionals die preventieve taak. De huidige wijkteams hebben deze taak nu niet, deze is belegd op andere plekken.

⁸ Voor jeugdhulp zijn de grootste toeleiders de huisartsen, vooral naar de jeugd-GGZ die zij van oudsher goed kennen. Andere toeleiders zijn de jeugdartsen, kinderartsen en gezinsvoogden van de jeugdbescherming/reclassering. Al deze toeleiders opereren onafhankelijk van de gemeenten.

3.2.2 Het brede basisteam model

In dit model worden twee typen zorg onderscheiden, namelijk basishulp en aanvullende zorg .

1. De basishulp wordt geboden door brede basisteam. De basisteam staan dichtbij de inwoner en bieden een passend en samenhangend ondersteuningsaanbod. De basishulp moet 80%⁹ van de inwoners met begeleidingsvragen kunnen helpen.
2. De aanvullende zorg wordt geboden door zorgaanbieders en komt in beeld als de inwoner specifieke zorg nodig heeft.



2. Breed basisteam model

Daardoor ontstaat er ruimte om eerst goed contact te maken en aan de vertrouwensrelatie te werken¹² zodat het probleem ontrafeld kan worden. De inwoner hoeft niet eerst door een indicatieproces om de juiste zorgcategorie te bepalen.

Het brede basisteam is een multidisciplinair team met de juiste expertise in huis om direct hulp te bieden. Voor deze hulp is geen beschikking nodig (dat heet in juridische termen een algemene voorziening¹⁰) en dat geeft de professional flexibiliteit om te doen wat nodig is. Het brede basisteam kan nog steeds toeleiden naar aanvullende zorg als de basishulp niet voldoet (met een maatwerkvoorziening). Het voordeel voor de inwoner is dat hij direct hulp kan krijgen zonder indicatie. Zeker voor inwoners die levenslang hulp nodig hebben vanwege een blijvende beperking is het een voordeel dat niet om de zoveel tijd een nieuwe indicatie moeten halen. Het basisteam biedt hen langdurig begeleiding die kan wisselen in intensiteit van waakvlam tot crisis zonder herindicaties¹¹.

De **gebiedsgerichte samenwerking** ontstaat in dit model door de basisteam op locatie te laten werken in de stadsdelen en vindplaatsen. Zo ontstaan vaste gezichten voor de inwoners. De medewerkers hebben specifieke expertises die passen bij de couleur locale en de vraagstukken van de populatie in het stadsdeel of de vindplaats. Bijvoorbeeld kennis over psychische problematiek, culturele achtergronden of armoede. In dit model werken meer zorgprofessionals gebiedsgericht dan in model 1. Dit team kan dan ook meer investeren in de samenwerking met de lokale partners zoals huisartsen, scholen, woningbouwcorporatie en welzijnswerkers.

Dit **model past bij meervoudige hulpvragen op verschillende leefdoelgebieden** die ook nog eens samenhangen denk aan psychische problemen als gevolg van armoede. Er moet sowieso kennis in het basisteam zijn van het leefdoelgebied financiën, omdat financiële stress vaak ten grondslag ligt aan vele hulpvragen. In het brede basisteam is de hulp direct beschikbaar.

“Wijkteams werken meer met complexe moerassige vragen waarin de effectieve interventies onvoldoende helpen en waarbij zij met hun vakmanschap de complexiteit van de vraag moeten aangaan en met de cliënt of burger moeten gaan exploreren wat werkt”¹³.

⁹ 80% is een toekomstperspectief, het percentage zal moeten groeien.

¹⁰ Een algemene voorziening is een vrij toegankelijke voorziening die maatschappelijke ondersteuning kan bieden. Voorwaarden zijn dat de voorziening daadwerkelijk compensatie biedt voor de beperkingen die een cliënt ervaart en er geen toetredingsdrempels zijn.

¹¹ <https://www.vanuitautismebekeken.nl/maatschappelijke-businesscase-levensbrede-aanpak-bij-autisme>

¹² <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>

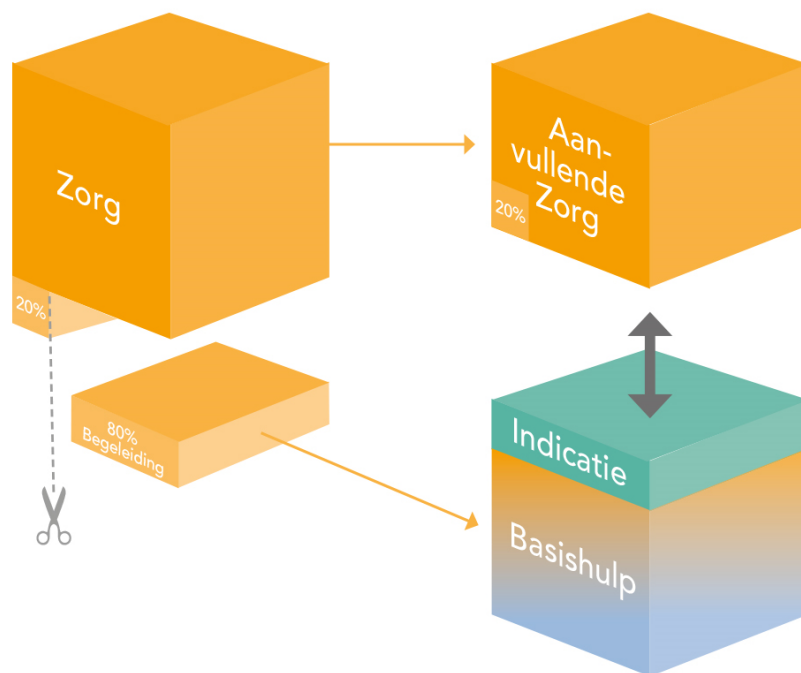
¹³ <https://www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-van-het-NJi/Samen-lerend-doen-wat-werkt>

“Zorg en ondersteuning worden in toenemende mate gekenmerkt door complexiteit. Patiënten en cliënten hebben vaak meerdere zorgvragen tegelijkertijd, deze zijn sterk afhankelijk van iemands persoonlijke situatie en kunnen ook in de tijd veranderen.”¹⁴

Bij meervoudige vragen is het belangrijk om het probleem goed te ontrafelen. Als de inwoner echter een enkelvoudig probleem heeft, werkt het veel efficiënter om wel met indicaties te werken (eventueel in een apart loket). Niet alle vragen vereisen een uitgebreid keukentafelgesprek.

Afbakening

Niet alle zorg worden belegd in de brede basisteams, het gaat om ambulante zorg en dan vooral om *begeleiding*, en niet alle begeleiding. De ambitie is dat we 80% van de cliënten voor begeleiding gaan bedienen in het brede basisteam. Het basisteam wordt dus een eerstelijns voorziening. De eerstelijns is een andere soort zorg dan de tweedelijns/aanvullende zorg: in de eerstelijns kan 80% van de inwoners geholpen worden met kennis over veelvoorkomende problemen, in de tweedelijns kan 20% van de inwoners geholpen worden voor een breed scala aan minder voorkomende problemen. De precieze knip tussen basisteam en zorgaanbieders moet zich uit kristalliseren maar zit in zaken als intensiteit, benodigde deskundigheid (veelvuldig nodig of specifiek en schaars), planbaarheid, locatie en veiligheidsmaatregelen. Het is dus niet zo dat de aanvullende zorg specialistischer is: een specialisme dat veelvuldig nodig is zoals bijvoorbeeld kennis over psychische kwetsbaarheid, moet ook in het basisteam beschikbaar zijn. Een specialisme dat weinig voorkomt is een niche en hoort in de tweedelijns bij de aanvullende zorg.



Voor inwoners is **keuzevrijheid** van belang. De keuzevrijheid is in dit model hybride ingevuld: in de eerstelijns (bij het brede basisteam) is er geen keuze tussen zorgaanbieders, maar wel een keuze tussen professionals. Voor het resultaat van de hulp is de klik met de professional essentieel en de inwoner kan altijd voor een andere professional kiezen. Als het basisteam op basis van onderzoek concludeert dat een inwoner een maatwerkvoorziening nodig heeft, heeft de inwoner de wettelijke keuzevrijheid tussen zorgaanbieders¹⁵, eventueel betaald middels PGB mits de inwoner PGB vaardig is en de aanbieder voldoet aan de kwaliteitseisen. Als

¹⁴ <https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen---anders-verantwoorden-voor-goede-zorg>

¹⁵ Hoewel met name in de zware jeugdhulp sommige specialismen maar door 1 aanbieder geleverd kunnen worden.

de inwoner zelf al gekozen heeft voor een specifieke zorgaanbieder kan hij een aanvraag indienen. Het basisteam zal de vraag dan onderzoeken conform de huidige beleidsregels en verordening.

De **bekostiging** van model 2 is hybride: het basisteam ontvang een lump-sum bekostiging, afgestemd op het profiel van de wijken; de aanvullende zorg behoudt de huidige PXQ financiering. In de basishulp wordt binnen de lump-sum een afweging gemaakt welke tijd aan welke inwoner wordt besteed. Het vaste budget geeft ruimte om een grote diversiteit aan handelingen te verrichten voor een grote hoeveelheid mensen. De vraag van de inwoner hoeft niet eerst in diagnose of product of protocol geperst te worden. Het geeft ruimte aan de professional om vraaggericht en creatief te werken. Het is ook een begrepsd budget waardoor het prikkelt tot kostenbewust handelen, zoals meer preventie inzetten, meer met groepen (i.p.v. individueel) werken of meer de sociale basis benutten. Het noodzaakt de professional om een scherpe afweging te maken over hoe hij zijn tijd verdeelt over de verschillende inwoners: licht waar kan en zwaar waar nodig.

De **financiële beheersing** ontstaat door:

1. een vaste lump-sum voor het leveren van basishulp door het brede basisteam aan 80% van de inwoners die begeleiding nodig hebben;
2. een taakstelling op de indicaties naar aanvullende zorg die nog worden afgegeven door het basisteam. De omvang van aanvullende zorg moet gaan krimpen doordat meer inwoners door het brede basisteam geholpen worden;

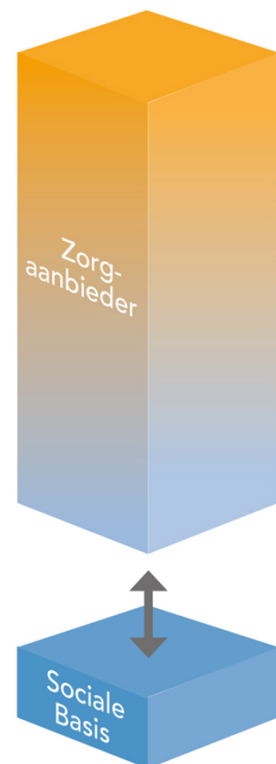
Voorbeelden in het land. Dit model wordt al sinds 2015 toegepast in Utrecht. Daar zijn er buurtteams Jeugd & Gezin voor huishoudens met kinderen onder de 18 en Buurtteams Sociaal voor de andere huishoudens. Veel gemeenten, ook Nijmegen, hadden dit model als visie bij de opstart van hun wijkteam maar hebben het invulling gegeven met welzijnstaken. De zorg is niet belegd bij de wijkteams maar ingekocht bij zorgaanbieders en als tweede lijn gepositioneerd waardoor de wijkteams vooral toegangspoort werden. Dit heeft Utrecht niet gedaan. Zij hebben direct heel veel zorgcapaciteit in de buurtteams gezet. In andere gemeenten is er ook wel zorgexpertise toegevoegd aan de wijkteams, maar niet in de mate van Utrecht. In Nijmegen zijn de wijkteams door grote toeloop vooral gaan indicatiestellen, waardoor ze weinig ruimte hebben gehad om zelf ondersteuning te bieden en regie te voeren. Dit geeft aan dat dit model alleen kan werken als je de juiste randvoorwaarden inricht, zoals het plaatsen van voldoende capaciteit in de wijkteams (zie Hoofdstuk 5 De opdracht).

3.2.3 Het one-stop-shop model

In dit model heeft de gemeente de totale keten belegd bij 1 zorgaanbieder. De “hoofdaannemer” is verantwoordelijk voor alle vraagstukken en moet binnen de organisatie een oplossing vinden. Er wordt voor dit model gekozen vanuit de overtuiging dat 1 integrale opdracht en 1 opdrachtnemer bijdraagt aan een efficiënte bedrijfsvoering, ontschotting van het aanbod, meer samenhang en snellere transformatie. Werving van cliënten is niet meer nodig, want er is geen markt meer. Afschuiven van ‘moeilijke’ cliënten naar andere zorgaanbieders is niet meer mogelijk.

De **gebiedsgerichte samenwerking** wordt vormgegeven door in de opdracht de locaties waar de dienstverlening moet plaatsvinden en de samenwerkingspartners aan te wijzen.

De **keuzevrijheid** is ingevuld als de keuze tussen professionals, want er is maar 1 zorgaanbieder. In de uitvoering ligt het genuanceerder, in Wijchen is die ene zorgaanbieder een coöperatie en dus is er wel weer veel keuze tussen verschillende



3. One-stop-shop model

aanbieders. In Alphen is het 1 uitvoeringsorganisatie maar zijn er ook nog onderaannemers.

De **bekostiging** is een lump-sum.

De **financiële beheersing** ontstaat door vast te houden aan de lump-sum. Overigens vergt dit nog steeds goede monitoring en intensief contact tussen de zorgaanbieder en gemeente.

Voorbeelden in het land. Dit model wordt sinds 2018 toegepast in Wijchen middels 1 integrale opdracht voor maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdhulp (Jeugdwet). Vooralsnog houdt de gemeente Wijchen niet vast aan de afgesproken lump-sum. In andere woorden: de gemeente betaalt de tekorten. In Alphen aan de Rijn wordt dit model sinds 2015 toegepast voor maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en sinds 2017 voor jeugdhulp (Jeugdwet). Daar is het risico op overschrijdingen deels overgeheveld naar de opdrachtnemers. De manier waarop het model is georganiseerd in Wijchen en Alphen is zeer verschillend. De ene is een coöperatie en de ander een integrale uitvoeringsorganisatie met diverse moederorganisaties. Beide gemeenten zitten nog midden in de beweging en het is nog te vroeg om de balans op te maken. Dergelijke ingrijpende stelselwijzigingen hebben tijd nodig heeft om zich te bewijzen. De fundamentele wijziging van “alles tegelijk op zijn kop” voor inwoners, zorgprofessionals en zorgaanbieders is niet proportioneel gezien de knelpunten die we in Nijmegen ervaren. De knelpunten zitten namelijk vooral op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de lichtere en ambulante zorg voor volwassenen en jeugd. Voor Nijmegen zou dit model betekenen dat ook de top van de keten (Jeugdhulp met Verblijf en de zeven regieteams) betrokken zou worden. Dit zijn onderdelen waar we de afgelopen jaren al hebben doorontwikkeld en waar we tevreden over zijn. De transformatie voor de zware jeugdhulp met verblijf ligt op koers en willen we deze nu niet verstoren door een structuurwijziging. Op dit moment is dit model daarom niet passend voor de Nijmeegse situatie. Verder lijkt model 3 door de aangekondigde heroverweging van het rijk over de jeugdhulp helemaal geen optie meer te zijn, omdat er taken mogelijk gecentraliseerd worden. Voor Volwassenen is het meer voordehand liggend om domeinoverstijgend te bundelen met bijvoorbeeld financieel advies en schuldhulpverlening dan om de Wmo-zorg zoals dagbesteding en Beschermd Wonen te bundelen in een breed basisteam. Concluderend is het advies om niet naar het one-stop-shop model te gaan, we hebben het vooral genoemd omdat we het tegen zijn gekomen in de zoektocht in het land en in onze regio.

We stellen voor door te ontwikkelen naar het model brede basisteams. We kunnen daardoor een groter deel van de begeleiding gebiedsgericht gaan aanbieden, de ruimte voor professionals vergroten, de bureaucratie verminderen en werken aan het terugdringen van de tekorten. Model 3 (one-stop-shop) zou op de lange termijn een optie kunnen zijn, maar brengt voor nu teveel risico's met zich mee en is niet proportioneel gezien onze knelpunten. Wij adviseren eerst af te wachten hoe dit model zich ontwikkelt in de rest van land. In de volgende hoofdstukken volgen de argumenten voor de doorontwikkeling vanuit de huidige situatie van model 1 (indicatiemodel) naar model 2 (brede basisteams) voor een deel van de zorg.

4. Huidige model van Nijmegen en de ervaringen

In de huidige situatie werken we in Nijmegen conform het indicatiemodel (model 1). In 2015 was dit model vanuit het idee dat er een onafhankelijke indicatiesteller nodig was om grip te houden op de zorgkosten een logische keuze. We wilden geen voortzetting van de “anonieme” CIZ-indicatie en hebben de indicatiestelling bij een welzijnsorganisatie belegd (Sterker). Nu zijn we ruim 4 jaar verder en zijn er meer inzichten voorhanden. Het indicatiemodel heeft een aantal risico's die we in Nijmegen ook daadwerkelijk zien optreden. Vandaar dat we willen doorontwikkelen naar het model brede basisteams waar eerstelijns hulp wordt verleend. In onderstaande paragrafen worden eerst de risico's van het model benoemd en wordt daarna beschreven welke risico's daadwerkelijk optreden in Nijmegen.

4.1 Risico's van het indicatiemodel

In deze paragraaf benoemen we de risico's van het indicatiemodel: het model dat uitgaat van een tweedeling tussen indicatiestelling en daadwerkelijke zorg, tussen diagnose en behandeling en tussen probleem en product. Dit model wordt ook wel het medische model genoemd. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling heeft het volgende gesteld over innovatie in het sociale domein in relatie tot dit model.¹⁶

Het toedelen van hulp en zorg in het sociaal domein is gebaseerd op denken in categorieën, in afgebakende domeinen en vanuit het perspectief van kostenbeheersing. Dat is geen nieuws. Toenemende kennis over ziekten, aandoeningen en behandelingsmogelijkheden is gepaard gegaan met de noodzaak om de complexe werkelijkheid af te bakenen. Differentiatie via categorisering leidt tot een situatie waarin het denken vanuit rechten op individuele voorzieningen centraal staat. Dit laat weinig ruimte voor andere oplossingen die buiten de bekende categorisering van vraag en aanbod passen. Oplossingen via eigen connecties, netwerken, kwaliteiten en financiën blijven onbenut. Categorische differentiatie is daarmee schadelijk voor de zelfredzaamheid van de samenleving. Kennis en vaardigheden om creatieve oplossingen te vinden die aansluiten bij de leefwereld van mensen raken uit beeld (Scott 1998).

De risico's van het indicatiemodel die ontstaan door de tweedeling tussen indicatiestelling en zorgverlening zijn:

1. **Bureaucratie.** Een indicatie is een drempel voor zorg voor de inwoner. Daarnaast kost indicatiestelling geld. De tijd die wordt besteed aan indicatiestellen, wordt niet besteed aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie of aan het herstel van de inwoner. Indicatiestelling geeft ook dubbel werk, doordat eerst een wijkteamlid een keukentafelgesprek voert en een plan maakt en de professional van de zorgaanbieder dat vervolgens nog eens over moet doen.
2. **Wachttijden voor indicatiestelling.** Snel handelen is een belangrijke factor om probleemverergering te voorkomen. Lange wachttijden leiden tot zwaardere zorg. Omdat de wijkteams dichtbij in de wijk gepositioneerd zijn, is de toeloop van inwoners groot en dat leidt tot wachttijden. De druk van wachtende inwoners leidt, op haar beurt, tot druk op de professionals om snel tot een oplossing te komen, wat ook weer leidt tot meer indicaties naar aanvullende zorg dan nodig is. Deze vicieuze cirkel moet doorbroken worden.
3. **Onvoldoende preventief.** Een indicatie voor aanvullende zorg stimuleert niet om naar informele kracht van de gemeenschap te kijken. Integendeel, want dit doen wordt niet beloond. Het ideaalbeeld om meer vanuit de kracht van de sociale basis te werken, komt in veel gemeenten nog weinig van de grond. De gewenste wisselwerking tussen de formele zorgaanbieders en de informele partijen binnen een huishouden is lastig te bewerkstelligen. Het blijven tamelijk los opererende, parallelle werelden¹⁷.
4. **1 gezin - 1 plan - 1 regisseur wordt belemmerd.** Hulp is niet optimaal als alleen gekeken wordt naar de inwoner met de indicatie. Het is van belang om naar het hele huishouden te kijken. Maar een indicatie is individugericht en niet gezinsgericht. Daarnaast is soms een regiefunctie nodig als binnen een huishouden

¹⁶ <https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2014/12/01/leren-innoveren-in-het-sociaal-domein>

¹⁷ <https://www.hva.nl/wmo/onderzoek/wijkteamonderzoek/wijkteamonderzoek.html>

meerdere problemen zijn, niet alleen zorgvragen maar ook armoede en inkomensproblemen enz. Je hebt het liefst dat deze regiefunctie wordt uitgevoerd door een professional in de eerste lijn die al betrokken is bij het gezin. Casusregie is een zeer uitdagende taak als het gaat om mensen met stapelingsproblematiek, die met verschillende wetten en regels én verschillende professionals met hun eigen professionele oordelen en opdrachten te maken hebben. Deze regiefunctie is wel ingericht voor de zwaarste huishoudens bij de regieteams en de zorgaanbieders, maar ontbreekt nu vaak in het wijkteam door gebrek aan capaciteit.

5. **Ontoegankelijkheid van hulp door schakels in de toegang.** Voor de jeugdhulp geldt dat scholen nu last ervaren van het feit dat de jeugdprofessionals op school geen indicatie kunnen stellen en alsnog naar een indicatiesteller moeten. Zij hebben het liefst een vast gezicht dat direct beschikkingsvrij hulp kan verlenen (zoals in de pilot De School Als Vindplaats op het Primair Onderwijs). De aansluiting tussen onderwijs en jeugdhulp is zowel in Nijmegen als landelijk niet optimaal. Veel gemeenten zoeken naar dienstverleningsconcepten om het onderwijs beter te faciliteren met minder drempels en meer preventie.
6. **Niet dichtbij.** Indicatiestelling leidt tot een opdracht aan een formele zorgaanbieder die niet perse een professional inzet die ook bekend is in het gebied. Zorgaanbieders hebben hun eigen zorglogistiek ingericht op basis van hun eigen bedrijfsprocessen. Professionals werken in meerdere gebieden en bouwen geen lokaal netwerk op met de sociale basis.
7. **Geen ruimte voor de professional.** De professional in de wijkteams komt door de drukte niet toe aan zelf ondersteuning bieden. Hij zit klem in het indicatiestellen. De professional bij de zorgaanbieder heeft door de PXQ bekostiging weinig speelruimte in zijn uren en hoe (breed) hij deze inzet om tot maatwerk te komen. Zonder indicatie/beschikking kan de professional flexibeler inspelen op de hulpvraag van de inwoner. Bij veranderingen in de hulpvraag hoeft het indicatieproces niet opnieuw te worden doorlopen.
8. **Aanbodgericht.** Indicatiestelling gaat uit van het specifieke zorgaanbod. Er wordt beoordeeld of een inwoner voldoet aan de criteria daarvoor. De menukaart van het zorgaanbod wordt leidend in plaats van de vraag van de inwoner. Echte eerstelijns hulp is vraaggestuurd met ruimte om de criteria en de regels om te buigen en om breder te kijken.
9. **Verkeerde probleem aanpakken.** Aandacht voor de stoornis verbloemt de onderliggende problematiek, bijvoorbeeld armoede. Het beste voorbeeld is het gezin dat zich meldt met allerlei zorgproblematiek, maar waarbij deze problematiek voortkomt uit onopgeloste financiële problemen en de angst het huis kwijt te raken. Alleen aanpakken van zorgproblematiek zonder de onderliggende problematiek aan te pakken is niet effectief.
10. **Niet creatief.** Het indicatie-model leidt tot een denken dat zorg te verdelen is in categorieën en dat de inwoner naar de juiste categorie verwezen moet worden met de juiste hoeveelheid uren. Dit laat weinig ruimte voor andere oplossingen. Goede hulp is essentieel, maar dat is niet hetzelfde als een aantal uren. De gemeente heeft de wettelijke opdracht maatwerk te leveren in een passend, samenhangend ondersteuningsaanbod. Dat vereist flexibiliteit en ruimte voor de professional om te doen wat nodig is, ook in aantal uren. Dat kan soms minder zijn, maar soms ook meer en soms iets heel anders.
11. **Discussie tussen indicatiesteller en zorgaanbieders.** Door de splitsing tussen indicatiesteller en zorgaanbieders zijn er 2 visies op de hulpvraag van de inwoner. Daardoor ontstaan er discussies over de omvang van de indicatie en de zorgsoort. Dit kost beide partijen veel energie. In Nijmegen is er veel discussie over het verschil tussen reguliere en specialistische begeleiding.
12. **Stigmatiserend.** Een indicatie werkt medicaliserend in plaats van normaliserend. Het zet het probleem centraal in plaats van de kracht van mensen. Een mens wordt gereduceerd tot zijn of haar symptomen en krijgt geen regie en eigen verantwoordelijkheid¹⁸. Deze probleemgestuurde benadering versterkt het beeld van 'afwijkend', van 'niet-normaal', van 'patiënt'. De vraag is of iemand geholpen is met een diagnose of etiket? Of de focus niet meer moet liggen op maatschappelijke deelname en persoonlijk herstel, op

¹⁸ <https://decorrespondent.nl/10629/de-revolutie-in-de-psychiatrie-is-begonnen-dit-zijn-de-rebellen/1089685080-2b966cc2>

verbinding, hoop, identiteit, zingeving, eigen regie en weerbaarheid bij moeilijkheden¹⁹ en op wat wél mogelijk is.

Onze opvattingen over hulpverlening zijn voortdurend aan het veranderen:

Van zoeken naar diagnoses van stoornissen, tekorten, achterstanden, trauma's, verstoorde relaties

Naar helpen zoeken naar zingeving en doelen in het eigen leven.

Ofwel

Van therapie en genezing

Naar herstel van het gewone leven

(Jo Hermanns)

Bovenstaande risico's laten zien dat het indicatiemodel eigenlijk minder goed past bij de leidende principes van Nijmegen, zoals preventie voor curatie, één gezin, één plan, één regisseur', uitvoering dicht bij leefomgeving, vertrouwen aan professionals en toegankelijkheid (hoofdstuk 2). Toch kiezen veel gemeenten voor het indicatiemodel en blijven ze bij die keuze. Naast risico's heeft het indicatiemodel namelijk ook voordelen:

1. Door een scherpe- en professionele indicatiestelling kun je voorkomen dat er onnodig lang of veel zorg wordt verleend. We zien dit goed werken bij de poortwachter dyslexie.
2. Wijkteams en regieteam hebben als onafhankelijke partijen goed zicht op kwaliteit van zorg: signalen over kwaliteitsproblemen of fraude komen veelal van de wijkteams.
3. In Nijmegen hebben we nu veel dashboards met informatie over de duur van de zorgtrajecten, de kosten en de verschillen tussen aanbieders. Dit geeft een goede basis voor contractmanagement.

Het indicatiemodel zouden we verder kunnen optimaliseren. De indicatiestelling zou sneller en scherper kunnen worden ingericht. Met meer zorgdeskundigheid om de hulpvraag te doorgronden. Ons advies is om dit te doen voor de zorgsoorten waarbij het indicatiemodel past (dagbesteding, dagbehandeling, verblijf). Ons advies is ook om voor de zorgsoort *begeleiding* over te gaan naar het model breed basisteam. Begeleiding lijkt veel op maatschappelijk werk en kan prima indicatieloos worden aangeboden. In het model brede basisteam kan de eerstelijns ook direct hulp leveren, op zoek naar vraaggerichte en creatieve oplossingen én regie gaan voeren waar dat nodig is. Zaken waar het wijkteam nu niet aan toe komt, omdat de capaciteit en het budget hiervoor in de tweedelijns zit.

Een ander perspectief om te kijken naar de modellen is de vraag of je als gemeente meer van de rechten en plichten en procedurele zorgvuldigheid bent in het sociaal domein (de rechtmatige overheid) of meer van het netwerken en met bondgenoten de doelen bereiken (de netwerkende overheid). Wij denken dat het sociaal domein veel complexe onderdelen heeft waar we als gemeente partners en professionals nodig hebben met expertise die niet allemaal in procedures te vatten is. We snappen dat procedures zijn ontstaan vanuit een meerwaarde. Door de regels te volgen wordt het beeld van willekeur vermeden en dat van betrouwbaarheid vergroot. Ze leiden professionals door bewezen methodes en brengen routine aan in de werkzaamheden. Dat helpt om afwegingen te maken en tijd te besparen. Tegelijk zijn juist de procedures belemmerend gaan werken voor het goede op het juiste moment doen. Ze bieden niet altijd een antwoord op voorliggende vraagstukken en

¹⁹ Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de Voorkant J. VAN OS, PH. DELESPAUL

verhinderen om (gelegitimeerd) af te wijken waar dat nodig is. Alles los laten is geen oplossing. De gedachte achter het brede basisteam is samen met partners op zoek gaan naar de juiste balans tussen procedures en creativiteit.

4.2 Huidige Situatie Nijmegen

In Nijmegen ervaren we de nadelen van het huidige model op de sturingsprincipes van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de hulp. Daarnaast gelden een aantal zaken specifiek voor de jeugd (zie volgende paragraaf 4.3).

4.2.1 Toegankelijkheid: minder inwoners worden direct geholpen en wachttijden voor het wijkteam

De Nijmeegse wijkteams zijn in een vicieuze cirkel terecht gekomen en zijn daarmee verworpen tot bottleneck in de zorgketen. De wijkteams hebben met succes een laagdrempelige voorziening neergezet die door steeds meer inwoners wordt gevonden. In de periode 2015-2018 zijn het aantal aanmeldingen verdubbeld. Deze toename van aanmeldingen bij de wijkteams, en vooral de grote vraag naar individuele begeleiding, leidde bij de wijkteams tot veel werk, hoge wachttijden en -werkdruk. Dit heeft ertoe geleid dat de wijkteams onvoldoende zijn toegekomen aan het zelf ondersteunen van mensen (zo licht mogelijk). Dit terwijl wijkteams voor een groot deel bestaan uit maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs en cliëntondersteuners. Feitelijk zijn we door deze vicieuze cirkel veel uitvoerend maatschappelijk werk kwijt geraakt, waardoor nog meer ambulante begeleiding (tweedelijnszorg) nodig bleek.

Daarnaast zijn er wachttijden voor inwoners. De wachttijd tot het keukentafelgesprek bij het wijkteam verschilt per werksoort: 10 weken bij WMO-klassiek, 10,9 weken bij WMO-nieuw en 7,2 weken bij Jeugdwet (cijfers Q3 2019). Na de wachttijd, moet de inwoner ook wachten door de doorlooptijd van de indicatiestelling. Dit is de tijd die het wijkteam nodig heeft om aan de hand van een keukentafelgesprek de indicatie vast te stellen. De gemiddelde doorlooptijd is 5,7 weken en de langste doorlooptijd is met 9,9 weken de jeugd. Na indicatiestelling draagt het wijkteam de inwoner over naar de zorgaanbieder. De zorgaanbieder plant, mogelijk na opnieuw een wachttijd, een intakegesprek in. Dit gesprek overlapt grotendeels met het keukentafelgesprek dat reeds is gevoerd door het wijkteam. De totale tijd tussen keukentafelgesprek en de start van zorg ligt tussen 2 en 5 maanden. Tijdens de wachttijd kan de problematiek van inwoners verergeren. Dit maakt dat (langere) wachttijden resulteren in hogere zorgkosten.

Ondanks diverse efficiency-maatregelen en capaciteitsinvesteringen in de wijkteams de afgelopen jaren, is het niet gelukt de wachttijd te verkorten of om zelf aan meer hulpverlening toe te komen. Willen we uit de vicieuze cirkel breken van meer aanmeldingen-meer wachtenden- meer werkdruk- meer indicaties, dan moeten we in 1 klap echt een forse hoeveelheid formatie toevoegen. Het is namelijk wel kansrijk om vanuit de wijkteams begeleiding te bieden. Een pilot heeft aangetoond dat met maatschappelijk werk reguliere begeleiding geboden kan worden aan burgers die vanwege psychiatrische klachten beperkingen ondervinden in het zelfstandig functioneren. In de proefgebieden zijn de medewerkers ook enthousiast over het indicatieloze werken, het geeft ze veel meer ruimte om te doen wat nodig is.

4.2.2 Betaalbaarheid: indiceren kost geld en leidt niet tot meer inzet van de sociale basis

Indiceren kost de inwoner tijd. Ook kost het de wijkteams uren die niet besteed kunnen worden aan directe hulp en gaan er uren (en energie) naar discussies met zorgaanbieders over de zorgsoort en de omvang van de indicatie. Door de oplopende wachttijden stellen wijkteams, om de inwoner toch te kunnen helpen, sneller indicaties voor zorg. Dit leidt tot groei van zorgvolume en hogere kosten. In 2018 zijn de wijkteams in staat geweest om de groei op ambulante begeleiding Wmo om te buigen. Voor jeugdhulp begeleiding zien we deze ombuiging niet.

Door de focus op indicatiestelling komt preventie onvoldoende van de grond. De zorgaanbieders, de wijkteams en de sociale basis blijven tamelijke los opererende, parallelle werelden. Er is onvoldoende synergie tussen zorg- en welzijnsprofessionals, terwijl deze juist hard nodig is. Welzijnswerkers hebben kennis van het collectieve aanbod en zorgprofessionals kunnen mensen individueel begeleiden om de stap van beschut naar 'buiten' te zetten. De

huidige financiering is niet voldoende faciliterend en stimulerend voor samenwerkingsprojecten tussen welzijn en zorg, voor zowel mensen met als zonder indicatie. Dit door de gescheiden en verschillende financieringsvormen (welzijn wordt lump-sum gefinancierd, begeleiding via PXQ). Vaak moet er ‘geknutseld’ worden om de financiering per activiteit rond te krijgen.

4.2.3 Kwaliteit: beperkt integraal en geen regie

Het Toezicht Sociaal Domein heeft recent²⁰ onderzoek gedaan naar het functioneren van het lokale netwerk na onderzoek en overdracht van casuïstiek door Veilig Thuis. Uit dit onderzoek blijkt dat er bij de huidige wijkteams in Nijmegen niet wordt gewerkt conform het principe 1gezin - 1plan - 1regisseur en dat het zicht houden op veiligheid beter kan. Willen we uitvoering geven aan het principe van 1gezin - 1plan - 1regisseur, dan hebben we een regiefunctie nodig in de wijkteams voor huishoudens die zelf geen regie kunnen voeren. In Nijmegen voeren de regieteam de procesregie uit voor de 350 zwaarste huishoudens. Er zijn echter 2700 huishoudens met meerdere indicaties voor meerdere problemen. Deze huishoudens hebben een regiefunctie nodig, het liefst in de eerste lijn door een professional die al betrokken is bij het gezin. Deze regiefunctie ontbreekt nu in het wijkteam door capaciteitsgebrek. Het ‘Doorbraak- project’ zal meer inzicht geven in de omvang en behoeften van deze doelgroep. Op basis hiervan kan worden bepaald welke regiefunctie precies bij het wijkteam moet worden belegd. Daarnaast wordt er vanuit het project ‘casemanagement’ stelselmatig gewerkt aan het verbeteren van de expertise casemanagement bij zorgaanbieders in Nijmegen, zo ook bij de wijkteams.

4.2.4 Keuze: naar brede basisteam of huidige indicatiemodel optimaliseren

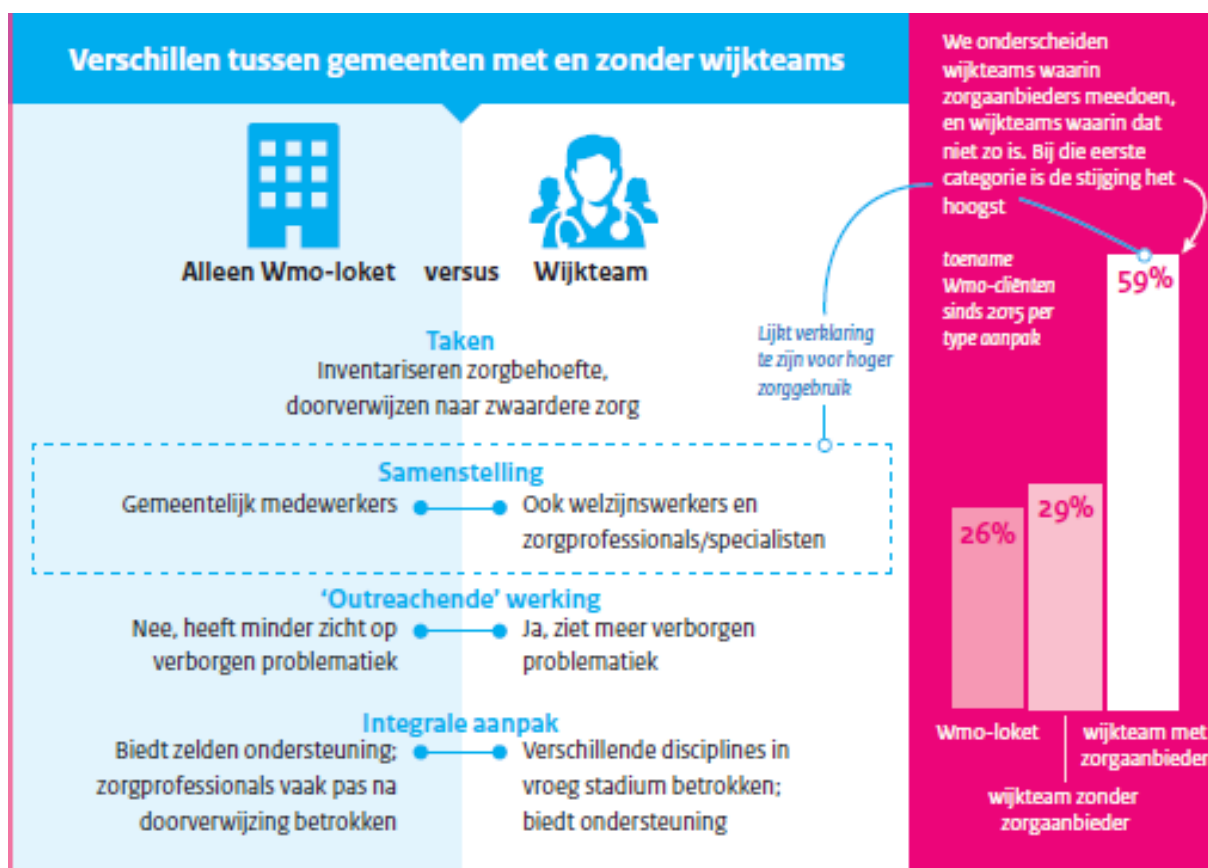
Het kernprobleem nu is dat indicatiestellen een te groot beslag legt op de capaciteit in de wijkteams. Hierdoor komen andere taken zoals direct ondersteunen, regie voeren, integraal werken en de verbinding maken met de sociale basis maken, in de knel. De oplossing is een breed basisteam met veel meer professionals, dat veel minder tijd kwijt is aan indicatiestellen en dus meer tijd heeft voor andere taken. Om deze oplossing te realiseren, moeten we een deel van het budget en de taak van ambulante begeleiding uit de tweede lijn verbinden aan de eerste lijn.

Als we niet kiezen voor deze oplossing, moeten we op zoek naar manieren om de wachttijden te verkorten en de betaalbaarheid te verbeteren. Een mogelijkheid is de indicatiestelling onder handen nemen om deze te versnellen en strenger te maken. Uit CPB-onderzoek²¹ blijkt dat een indicatiesteller met een ambtelijke achtergrond (in dienst van de gemeente) doorgaans minder snel doorverwijst naar de tweede lijn dan een indicatiesteller met een zorgachtergrond (zie ook plaatje hieronder). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een ‘ambtelijke indicatiesteller’ naast de belangen van de cliënt ook rekening houdt met de kosten voor de gemeente. Het onderzoek waarschuwt echter ook, dat dit kan betekenen dat ‘ambtelijke indicatiestellers’ minder goed in staat zijn om verborgen problematiek boven water te krijgen en minder integraal kijken. CPB waarschuwt dat zuinigheid op korte termijn mogelijk tot zware zorg op langere termijn leidt.

Het advies van het CPB is ook om meervoudige hulpvragen door een wijkteam te laten oppakken en enkelvoudige vragen door een Wmo-loket. Ze adviseert ook om zorgaanbieders geen rol te geven in de indicatiestelling. Dus wel de deskundigheid van zorgprofessionals in het team opnemen, maar geen samenwerkingsverband met- of detachering vanuit een zorgaanbieder. Ook adviseert CPB een goede monitoring in te richten om het aantal doorverwijzingen naar maatwerkvoorzieningen te beperken (zie infographic hieronder).

²⁰ Het onderzoek zal eind 2019 aan de raad worden aangeboden

²¹ <https://www.cpb.nl/de-wijkteambenadering-nader-bekeken#>



Bron: onderzoek wijkteams CPB

De kernvraag in de keuze tussen model 1 en 2 is: kies je voor wijkteam dat ook ondersteuning biedt of voor een wijkteam dat vooral indicaties stelt? Wil je het wijkteam een preventieve ondersteunende rol geven? Een regierol? Een rol om integraal over de leefdomeneinen heen te denken en om samen te werken met huisartsen, welzijnswerk en andere partners in de wijk? Of een wijkteam dat na een keukentafelgesprek de inwoner zo goed mogelijk naar een passend(e) product en zorgaanbieder verwijst? Het gaat hier over de visie op de wijkteams.

Een tweede kernvraag in de keuze tussen model 1 en 2 is of je ambulante begeleiding ziet als een tweedelijns maatwerkvoorziening ofwel “product” in de zorgmarkt of dat je ambulante begeleiding ziet als eerstelijns ondersteuning die vanuit een visie van “zo normaal mogelijk leven” direct zonder indicatie geboden kan worden door samenwerkende zorgprofessionals uit één team in de wijk.

4.3 Specifieke aanvullingen voor Jeugd

Naast bovengenoemde ervaringen zijn er specifiek voor jeugd een aantal zaken te onderscheiden die in het huidige stelsel niet optimaal functioneren. Deze worden hieronder toegelicht.

4.3.1 Evaluatie Jeugdwet

In 2018 kwam de eerste evaluatie van de Jeugdwet²². Hieruit bleek dat de transformatie landelijk nog niet van de grond is gekomen:

- Veel ouders en jeugdhulpaanbieders ervaren problemen in het tijdig ontvangen/bieden van passende jeugdhulp;

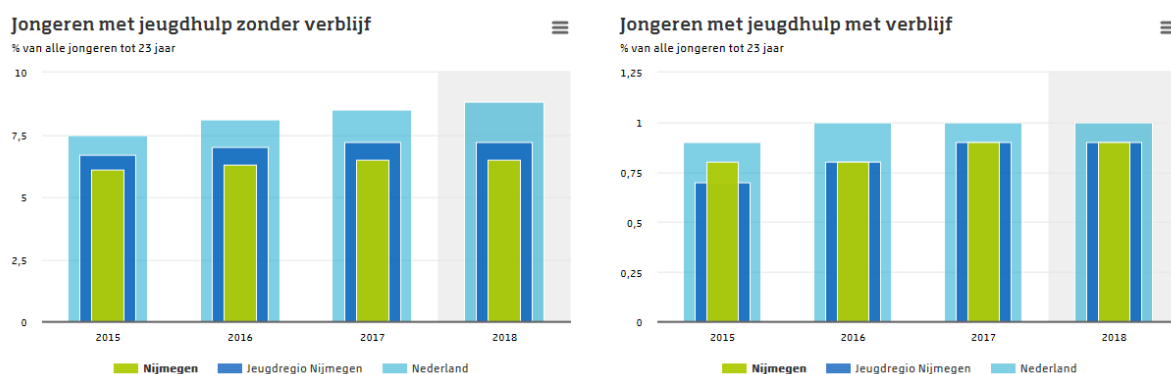
²² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/30/rapport-eerste-evaluatie-jeugdwet>

- De meest kwetsbare gezinnen hebben niet méér aandacht gekregen. Casusregie is hierbij een belangrijk aandachtspunt;
- Professionals hebben, vanwege de hoge administratieve lastendruk die ontstaat door de verschillen tussen gemeenten, niet meer tijd gekregen voor de zorg;
- De samenhang in hulpverlening, zeker bij de overgang van 18- naar 18+, wordt nog onvoldoende gerealiseerd;
- Aanbesteden staat in de praktijk op gespannen voet met de gewenste samenwerking tussen gemeenten en aanbieders van jeugdhulp en tussen aanbieders onderling;
- Er bestaan spanningen tussen het bieden van juridische waarborgen (zorgvuldig gemotiveerde beschikkingen, privacyregels, klachtrecht, tuchtrecht etc.) enerzijds en de vereiste flexibiliteit en het domein-overstijgend werken anderzijds;
- Professionalisering van het opdrachtgeverschap van gemeenten verdient een stevige impuls.

Conclusie van de evaluatie: er is landelijk nog een grote verbeterslag nodig in de jeugdhulp.

4.3.2 Grote tekorten bij de gemeenten

Veel gemeenten kampen met grote tekorten op de jeugdhulp. Er is nog geen sprake van een verminderd beroep op gespecialiseerde hulp, terwijl hierop al wel is bezuinigd. Een onderzoek²³ in opdracht van de minister van VWS bevestigt dat gemeentes meer kosten maken voor de jeugdhulp dan het beschikbaar gestelde budget: twee derde van de onderzochte gemeenten komt meer dan 20 procent tekort en één op de vijf gemeenten heeft een tekort van meer dan 40 procent. Met de “open brief over jeugdhulp en GGZ aan onze inwoners” (VNG, 8 mei 2019) dreigden de gemeenten, vanwege de oplopende financiële tekorten, de gedecentraliseerde taken weer bij het Rijk terug te leggen. Gemeenten komen jaarlijks meer dan 600 miljoen tekort en eisen financiële compensatie van het Rijk. De verklaring van de tekorten zit in de grote korting op de jeugdhulp die ten tijde van de decentralisatie direct is doorgevoerd. Daarnaast zijn de administratieve lasten toegenomen voor de bovenregionale systeempartijen, veel van hen hebben het moeilijk²⁴. En tenslotte is de hoeveelheid ouders en kinderen die om hulp vragen ook toegenomen. Voor de gemeenten is het moeilijk om in te grijpen op de instroom in de jeugdhulp, omdat een groot deel van de toeliders onafhankelijk opereert. Hoewel het percentage kinderen met jeugdhulp in Nijmegen relatief gezien lager is dan landelijk²⁵ (zie staatje hieronder), heeft ook Nijmegen grote tekorten. Het is een grote uitdaging om de kosten voor jeugdhulp te verminderen. We moeten het zoeken in betere preventie en lichtere hulp en dat vergt een lange adem. De vraag blijft of er niet te weinig rijksmiddelen worden ontvangen om voldoende infrastructuur voor de jeugd in te richten.



Bron: <https://www.cbs.nl/benchmark-jeugdzorg#nijmegen>

²³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/04/24/benchmarkanalyse-uitgaven-jeugdhulp-in-26-gemeenten>

²⁴ <https://www.gemeente.nu/sociaal/jeugdzorg/instellingen-jeugdzorg-in-rode-cijfers/>

²⁵ 6,5 % van de jongeren tot 23 in Nijmegen ontvangt ambulante jeugdhulp versus 8,8% landelijk. 0,9 % ontvangt jeugdhulp met verblijf versus 1% landelijk.

In het eerste half jaar van 2019 is het aantal jongeren in de jeugdzorg opnieuw gegroeid, blijkt uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De afgelopen vier jaar steeg het aantal jongeren en ook de duur van jeugdhulp neemt toe. Oorzaken die genoemd worden zijn onder meer de toename van het aantal eenoudergezinnen en vechtscheidingen en daarnaast de prestatiedruk waar veel kinderen onder gebukt gaan.

4.3.3 Versnippering van hulp

Versnippering van de jeugdhulp wordt in zowel lokale gesprekken als landelijke analyses vaak genoemd als probleempunt. Er zijn veel verschillende specialismes in de jeugdhulp en de zorg rond school en kinderopvang: intern begeleider, schoolmaatschappelijk Werker, sociaal wijkteamlid, kinderwerker, opvoedingsondersteuner, casemanager, maatschappelijk werker, jongerenwerker, gezinscoach, psycholoog, vaktherapeut, psychotherapeut, orthopedagoog, kinderpsychiater, kinderarts, opvoedondersteuner, ambulant hulpverlener, gezinsvoogd, enzovoort. Ouders en scholen zien door de bomen het bos niet meer. Elke professional heeft een eigen specialisme. Bij gezinnen zijn vaak meerdere professionals betrokken. Denk bijvoorbeeld aan het gezin met een kind waarbij sprake is van comorbiditeit ofwel een dubbele diagnose (bijvoorbeeld ADHD en autisme) of het gezin waarbij zowel de ouders als het kind problemen hebben.

De effectiviteit van de hulp neemt af naarmate er meer professionals zijn betrokken. Vanaf de vierde professional maakt iedere professional de problemen alleen maar groter, veelzijdiger en diffuser²⁶. Maatwerk wordt dan steeds moeilijker. Bovendien kunnen gezinnen maar een beperkt aantal professionals tegelijkertijd begrijpen. Gevolg is dat er veel coördinatie en overleg nodig is - die vanwege wachtlijsten en volle workloads niet optimaal van de grond komen - en dat er wordt gevraagd om regie. Die regierol wordt nu vaak gemist bij complexe situaties, zoals thuiszittersproblematiek. De Kinderombudsman uitte in een brief aan de minister²⁷ haar zorgen over de integrale aanpak voor hulp aan kwetsbare kinderen en jongeren. Vooral de meest kwetsbare kinderen die te maken hebben met een stapeling van problemen en daarmee met verschillende instanties en wetgeving, zouden niet de hulp krijgen die zij nodig hebben.

4.3.4 Personele tekorten

Naast deze versnippering van specialismes, is in de jeugdhulp ook sprake van veel personele wisselingen en van personele tekorten. Het duurt soms maanden voordat jeugdigen een jeugdbeschermer krijgen toegewezen. Of ze hebben een voogd die niet of slecht bereikbaar is. Jongeren in zowel open als gesloten jeugdzorg klagen regelmatig over de hoeveelheid nieuwe- en tijdelijke groepsmedewerkers. Juist voor hen zijn heldere afspraken en continuïteit van de hulpverlening heel belangrijk²⁸. De cao-onderhandelingen voor de jeugdzorg verliepen ook zeer moeizaam, vanwege de salarissen die onder druk staan door de tarieven die gemeenten hanteren. Daarnaast maken zorgaanbieders extra kosten, omdat zij relatief dure uitzendkrachten moeten inhuren om personele tekorten op te vangen. 25% van de jeugdzorgaanbieders schrijft rode cijfers²⁹.

4.3.5 Onvoldoende aansluiting GGD-Kinderopvang-Jeugdhulp voor 0 tot en met 6 jarigen

Hoewel er in Nijmegen een traditie is van samenwerking tussen de GGD, kinderopvangorganisaties, sociaal wijkteams, welzijnsinstellingen en zorgaanbieders, zien we dat de keten 0 tot en met 6 jarigen hapert. We zien een toename van ambulante jeugdhulp voor deze jonge groep, terwijl we dit juist wilden voorkomen door er vroeg bij te zijn. We constateren dat we de structuren die we in Nijmegen al decennia kennen nu fundamenteel moeten gaan aanpassen aan de huidige situatie en knelpunten. Daarbij gaat het onder meer om drukte bij actoren die werken met jonge kinderen, overlap in taken en verantwoordelijkheden van professionals, onvoldoende multidisciplinair overleg en een veelheid aan verwijr routes. Er is dermate veel verschoven en veranderd dat de

²⁶ Dr. Albert Jan Kruiter.

²⁷ <https://www.dekinderombudsman.nl/nieuws/inspanningen-jeugdhulp-hebben-nog-te-weinig-effect-op-kwetsbare-kinderen>

²⁸ <https://www.akj.nl/publieksjaarverslag-2018/>

²⁹ <https://www.intrakoop.nl/docs/default-source/Intrakoop-Jaarverslagenanalyse/intrakoop-jaarverslagenanalyse-jeugdzorg-2018>

rolverdeling en samenwerking rond het jonge kind vraagt om een nieuwe inrichting. En er is in de hele keten een verandering in professionele houding en expertise nodig als we willen normaliseren en de-medicaliseren.

4.3.6 Onvoldoende aansluiting onderwijs

Uit gesprekken met het onderwijs in Nijmegen komt naar voren dat het onderwijs en het sociaal domein nog weinig aansluiten op elkaar. Hierdoor is hulp aan kinderen niet op elkaar afgestemd. Als je als gemeente de jeugd de best mogelijke start wil geven, kun je onderwijs en het jeugddomein niet los van elkaar zien. Het onderwijs kampt met een aantal uitdagingen:

1. Ten eerste de context van de samenleving: veel problematiek van kinderen in het onderwijs is niet zozeer leerproblematiek, maar eerder problematiek van thuis die het kind mee de klas in neemt. Er lijkt een tweedeling te bestaan in de samenleving van enerzijds hoge prestatie-eisen aan zowel het kind als het onderwijs - niet op de laatste plaats veroorzaakt door een sterker geworden toetscultuur - en anderzijds problemen die binnenskamers blijven. De samenwerking met ouders is essentieel, maar verloopt niet altijd soepel.
2. Ten tweede ervaart ook het onderwijs in sterke mate de genoemde versnippering en wisselingen van professionals. Er zijn geen duidelijke afspraken over de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende partners en er ontbreekt casusregie. Primair Onderwijs heeft er nu last van dat de op school werkzame jeugdprofessionals geen indicatie kunnen stellen en alsnog naar een toeleider moeten. Hierdoor gaat veel tijd verloren. Deze professionals verwijzen ouders nu veelal naar de huisarts. Voor de toekomst zou het primair onderwijs het liefst een vast gezicht hebben met jeugdexpertise die én direct indicatieloos hulp kan verlenen (zoals in de pilot De School Als Vindplaats) én die kan toeleiden naar aanvullende zorg. Ook het Voortgezet Onderwijs wil graag sneller een hulpverlener zien die zorgt voor een doorgaande lijn tussen school en thuis, ook bij complexe casussen. Het onderwijs vindt het lastig om in het huidige stelsel de juiste persoon te vinden³⁰.
3. Ten derde speelt de aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt een rol. In een recente brief aan Minister de Jonge vragen een aantal lokale cliëntvertegenwoordigers om meer mogelijkheden voor opleidingen en leerwerktrajecten voor jongeren. Ze signaleren dat het regulier onderwijs en zelfs het speciaal onderwijs niet voor iedere jongere een passende leerplek biedt en dat daardoor jongeren tussen wal en schip vallen. Ook de doorplaatsingen in de residentiële jeugdhulp leiden tot onderbreking in de schoolgang en het ontbreken van passende opleidingen. Daarnaast blijft de overgang van 18- naar 18+ problematisch voor een aantal jongeren. Jongeren die 18 worden, worden in staat geacht regie te voeren over hun eigen leven, financiën en woning. Voor jongeren met een verstandelijke beperking of een voorgeschiedenis in de jeugdhulp is dat vaak te veel gevraagd. Maar ook “gewone” kinderen hebben hun uitdagingen met volwassenen worden, zich losmaken van de ouders en stappen zetten in een samenleving met hoge verwachtingen en prestatiedruk.

In onderstaand kader staan een aantal voorbeelden uit het land m.b.t. het maken van de aansluiting tussen onderwijs en jeugdhulp.

In **Amstelveen** zijn per 1 januari 2018 de schoolmaatschappelijk werkers vervangen door jeugdhulpverleners. Op elk van de 25 basisscholen zijn ze wekelijks een dagdeel aanwezig. Deze jeugdhulpverleners zijn in dienst van de gemeente en hebben de bevoegdheid zelf een beschikking af te geven voor jeugdhulp. Tevens zijn ze sparringpartner voor de intern begeleider en leerkrachten. Het wijkteam is hiermee verplaatst naar de scholen. **Amsterdam** werkt met Ouder Kind Teams (OKT) in de stadsdelen en op de scholen. In de OKT's werken ouder- en kindadviseurs, jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, jeugdpsychologen en assistenten vanuit verschillende disciplines samen. Medewerkers van het OKT helpen inwoners zelf oplossingen te vinden binnen het eigen netwerk. Als het nodig is, wordt samen met de ouders een indicatie en beschikking geregeld voor aanvullende

³⁰ Zie ook Regionaal Platform Ervaringskennis Jeugd- ervaringen en tips voor signalering en aanpak in het voortgezet onderwijs maart 2018 <https://rpe-rvn.nl/>

zorg. Via een toegankelijke website kom je snel bij de naam en contactgegevens van de hulpverlener die in je wijk of op de school van je kind werkt.

In **Friesland** lopen op het MBO jongerenwerkers en jeugdspecialisten rond die samen het team “School Als Werkplaats” vormen. Ze bieden snel en laagdrempelig de eerste hulp aan jongeren en docenten, omdat zij opereren vanuit de klas. Dat heeft een positief effect op het interdisciplinaire samenwerking, de onderwijsopbrengsten (voortijdig schoolverlaten, diplomarendement, schoolverzuim en opleidingsduur). Ook vermindert het in een vroegtijdig, preventief stadium aanbieden van ondersteuning op school, het beroep dat studenten doen op externe duurdere zorg.

In **Zaltbommel** vonden ze het heel lastig om de ondersteuning voor een kind thuis en op school op dezelfde manier aan te pakken. Hierdoor kwamen zij op het idee om iemand aan te nemen die met het kind kan meebewegen naar zowel de school- als de thuissituatie, een onderwijszorgmedewerker. Bij de werving van de onderwijszorgmedewerker is ingezet op een gedragsdeskundige die vanuit een breed kader tot handelen komt.

4.3.7 Onvoldoende aansluiting sociale basis, wijkteam en jeugdhulp

De gemeente Nijmegen investeerde al voor de decentralisatie in de sociale basis voor kinderen zoals de GGD, het onderwijsachterstandenbeleid, brede scholen en jeugdwelzijn. Dit preventieve aanbod lijkt echter weinig verbonden met de gespecialiseerde jeugdhulp. Het blijven tamelijke los opererende werelden. Het wijkteam heeft een te beperkte bezetting voor jeugd om deze verbinding te maken en focust zich vooral op indicatiestelling. Gevolg is dat de lichte opvoedondersteuning niet aansluit op de keten van jeugdhulp en onvoldoende dekkend is voor de verschillende leeftijdscategorieën (12-/12+). Daarnaast zien we nog steeds een groei van ambulante begeleiding en GGZ en zitten er nog teveel kinderen in verblijf. Dit komt zeker niet alleen door de wijkteams, maar ook door de vele wettelijke toeleiders³¹ en het open einde karakter van de jeugdhulp. Een groot deel van de toeleiding naar de jeugd-GGZ verloopt via de huisarts. Binnen jeugdhulp met verblijf zien we wel een duidelijke beweging naar gezinsgericht (gezinshuizen en pleegzorg) en naar ambulante behandeling. Dit is een hele mooie beweging die we vooral voor de kinderen maar ook voor de betaalbaarheid wilden zien.

4.3.8 Keuze: naar brede basisteam of huidige indicatiemodel optimaliseren (specifiek voor jeugd)

Bovenstaande problematiek van versnippering van hulp, personeelstekorten, onvoldoende aansluiting op onderwijs en de grote financiële tekorten op het jeugdbudget in overweging genomen, moeten we het stelsel voor jeugd slimmer gaan organiseren. Met minder versnippering, met kortere lijnen en minder bureaucratie voor kinderen, ouders en school. En met meer mandaat en werkplezier voor- en aanzien van jeugdprofessionals. Het is een groot vraagstuk om de kosten te verlagen en tegelijkertijd het jeugdstelsel beter in te richten. Dit kan niet in een keer. Dit moet in fasen. Een belangrijk stap is het vormen van een breed basisteam Jeugd & Gezin dat meer biedt dan indicatiestelling. Deze aanbeveling staat ook in de eerste evaluatie van de Jeugdwet in 2018:

Lokale teams hebben een cruciale rol gekregen bij de realisatie van doelen van de Jeugdwet. Deze teams kunnen een sleutelrol spelen in de realisatie van de transformatiedoelen. Een voorwaarde is dat deze teams een professionele, inhoudelijke invulling krijgen en zich niet beperken tot verwijzen of indiceren. Teams zouden in ieder geval moeten beschikken over professionaliteit in de breedte (domeinoverstijgend) alsook over professionaliteit in de diepte (met specialistische kennis).

Deze aanbeveling sluit ook aan bij de aanbeveling uit een onderzoek uit 2019 over de jeugd-GGZ³²

Aanbeveling over toegang

³¹ Voor jeugdhulp zijn de grootste toeleiders de huisartsen, vooral naar de jeugd-GGZ die zij van oudsher goed kennen. Andere toeleiders zijn de jeugdartsen, kinderartsen en gezinsvoogden van de jeugdbescherming/reclassering. Al deze toeleiders opereren onafhankelijk van de gemeenten.

³² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/07/01/de-jeugd-ggz-na-de-jeugdwet-een-onderzoek-naar-knelpunten-en-kansen>

*Het verdient aanbeveling dat gemeentes hun lokale teams zo inrichten dat zij kunnen beschikken over voldoende inhoudelijke expertise (waaronder jeugd-GGZ) en dat zij ook **daadwerkelijk hulp** bieden. Door samen hulp te bieden ontstaat een breder professioneel perspectief op de jeugdhulp. Deze teams kunnen dan laagdrempelige hulp bieden, een reële verwijsoptie zijn voor de huisarts en ook een rol spelen bij de afschaling van hulp uit het specialistische domein.*

Aanbeveling over triage

Het verdient aanbeveling om in de toegang zo snel mogelijk een goed beeld te krijgen van de urgentie van een hulpvraag als eerste stap in het diagnostisch proces. Voor cliënten is het daarbij van groot belang dat er oog is voor de gehele persoon en niet alleen de diagnose. In de eerste fase moet minder nadruk liggen op het stellen van een diagnose. Lokale teams hebben praktisch bruikbare instrumenten nodig voor deze werkwijze en moeten over de juiste expertise kunnen beschikken. Het is verstandig om deze instrumenten landelijk uit te werken en in dit proces lokale teams nauw te betrekken.

Aanbeveling over regie

Wanneer professionals vanuit verschillende disciplines samenwerken rond een gezin of jongere met complexe problemen zijn duidelijke regieafspraken nodig, waarin rollen en verantwoordelijkheden zijn benoemd.

Het kernprobleem nu is de te beperkte capaciteit voor jeugdhulp in de wijkteams in relatie tot het toegenomen aantal aanmeldingen. Hierdoor komen taken zoals direct ondersteunen, regie voeren en de verbinding maken met kinderopvang en onderwijs in de knel. We denken dat een krachtige eerstelijns voor Jeugd & Gezin ontbreekt in Nijmegen. De oplossing is een breed basisteam met meer professionals die minder tijd kwijt zijn met indicatiestellen en meer tijd hebben voor andere taken. Wij adviseren voor jeugdhulp om naar een breed basisteam te gaan dat basishulp levert in de stadsdelen en zo veel mogelijk in en rondom de kinderopvang en onderwijsinstellingen. We kiezen er dan ook voor om de ambulante jeugdhulp (vooral begeleiding en een klein deel behandeling) deels uit de tweede lijn te halen en in de eerste lijn te plaatsen. Ook de projecten "De School als Vindplaats" en "Passende Kinderopvang" willen we integreren dan in het model om de kinderopvang en het primair onderwijs te bedienen. Daar kan in een latere fase een Basisteam Voortgezet Onderwijs en een basisteam MBO aan worden toegevoegd om dichtbij de vindplaats van jongeren te komen. Ook willen we op termijn een preventieve functie in het brede basisteam beleggen om de continue groeiende instroom naar de jeugd-GGZ om te buigen.

Indien we bovenstaande keuze niet maken, blijven we werken met het indicatie-model (model 1) voor de jeugd. Dan moeten we op zoek naar manieren om de wachttijden te verkorten en de betaalbaarheid te verbeteren binnen dit model. Dan moet de indicatiestelling sneller en stringenter worden ingericht. Dan is het nodig meer middelen toe te voegen aan de wijkteams ten behoeve van de toeleiding jeugd om zodoende de capaciteit en deskundigheid op een hoger plan te brengen. Op dit moment constateren we dat de capaciteit en expertise binnen de wijkteams op het gebied van jeugd te beperkt is. Dit verklaart mede de instroom die via de huisarts en jeugdarts loopt. De zorgaanbieders blijven bij de keuze voor behoud van model 1 grotendeels jeugdigen zorg leveren binnen de PXQ-systematiek. Vraagstukken die bij behoud van model 1 ook moeten worden opgepakt zijn de regievoering, kantelen naar vaste gezichten in de wijk/school en verbinding maken met de sociale basis.

5. De opdracht voor brede basisteams

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de opdracht voor brede basisteams. Het is een uitdagende opdracht, omdat zij echt een grote verander- en vernieuwingsslag vereist van professionals. Het bekostigingsmodel moet deze omslag ondersteunen en het kostenbewustzijn vergroten. Echter er moet wel een goede balans blijven tussen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Dit vereist een aantal organisatorische randvoorwaarden.

5.1 Uitdagende opdracht voor professionals

De opdracht voor brede basisteams houdt een grote verander- en vernieuwingsslag in. Het breed basisteam is een doorontwikkeling van de huidige wijkteams aangevuld met zorgprofessionals, waardoor er meer expertise in huis komt die direct hulp kan bieden. Er wordt veel verwacht van het brede basisteam. Het brede basisteam moet meer mensen helpen tegen minder kosten. Het moet een echte eerstelijns voorziening worden waar 80% van de inwoners geholpen wordt. Dit stelt veel eisen aan de professionals. De opdracht voor brede basisteams gaat ook om het ontwikkelen van een nieuw vak. Professionals die in het brede basisteam gaan werken komen straks vanuit de verschillende werkvelden en zullen samen op zoek moeten gaan naar hun nieuwe professionele identiteit. Deze moet groeien door veel onderlinge reflectie. Om 80% van de inwoners met vragen te kunnen helpen, zal de professional breed moeten kijken en kennis moeten hebben van veel voorkomende vraagstukken (bijvoorbeeld armoede, schulden en wonen) én zijn specifieke deskundigheid moeten behouden (zie kader: T-shaped professionals).

T-shaped professionals³³

Driekwart van de gemeenten met (wijk)teams werkt met T-shaped professionals. Een T-shaped professional is een beroepskracht die generalistisch kijkt en werkt – vanuit verschillende vakgebieden en in samenwerking met andere professionals – en in de ondersteuning aan inwoners zijn of haar eigen professie en specialisme inzet. De T-shaped professional heeft daarbij een integrale blik. Dat wil zeggen dat er aandacht is voor het functioneren van mensen op verschillende leefgebieden. Hierdoor kunnen (wijk)teams zoveel mogelijk zelf hulp- en ondersteuningsvragen oppakken en wordt dure tweedelijnszorg voorkomen of uitgesteld.

Onderstaand bloemmodel is een variant op de T-shaped professional. Het geeft weer dat elke professional generalistisch werkt en breed en integraal kijkt en dat professionals daarnaast een of meerdere specifieke deskundigheden/vakgebieden hebben. Bijvoorbeeld: alle professionals zijn in staat écht contact met de inwoners te maken vanuit het bewustzijn dat de eigen normen en waarden niet voor iedereen gelden. Een aantal hebben een specifieke deskundigheid over de specifieke vraagstukken van inwoners met een migratie-achtergrond. Het team als geheel heeft alle benodigde kwaliteiten om de populatie te bedienen. Voor de inwoners is het van belang dat ze zo snel mogelijk naar de juiste professional met de juiste kennis worden geleid.

³³ <https://www.movisie.nl/publicatie/organisatievormen-positionering-wijkteams>



Aanvullende op het generalistisch werken moet er binnen het brede basisteam voldoende ruimte zijn om samen te werken met de partners in het stadsdeel (denk aan wijkverpleegkundigen, politie, woningbouwconsulenten, bewonersorganisaties) en stedelijke partners (zoals Veilig Thuis, de vrijwilligerscentrale, UWV, Maatschappelijke Opvang). Als de inwoner zelf, of iemand uit zijn netwerk, niet in staat is tot regievoeren, moet het brede basisteam ook ondersteuning bieden bij de regievoering.

De professional moet ook kunnen normaliseren en toewerken naar herstel³⁴ en meedoen in de samenleving. Niet de professional, maar de inwoner is eigenaar van zijn vraagstuk (zie kader: eigenaarschap bij de inwoner). Soms betekent dat “terugduwen” en nee zeggen, zoals ook de huisarts dat in zijn rol doet. Bij normaliseren hoort ook creatief kijken naar niet-zorg oplossingen, zoals informele hulp, voorliggende voorzieningen en groepsgewijs werken. Het normaliserend en creatief werken mag echter niet ten kosten gaan van de zorgdeskundigheid. Juist een deskundige kan goed inschatten wat er nodig is, soms is dat geruistellen en soms is dat escaleren naar zware zorg.

Eigenaarschap bij de inwoner

Niet professionals maar wijkbewoners, cliënten, leerlingen zijn eigenaar van hun eigen vraagstuk én daarmee de start van de oplossing! Het achterhalen van de werkelijke vraag is de doorbraak naar eigenaarschap. Hun drijfveren en hun verlangen vormen de energie voor de oplossing. Houd de vraagstukken bij de eigenaar en zo bij wat ze werkelijk zijn. Dit vraagt een andere mindset, vaardigheden en instrumenten van zowel de betrokken professionals en ambtenaren als van de wijkbewoners, cliënten, leerlingen. Want als professional ga je als het ware naast de direct betrokkenen staan, maar je neemt het niet over. Hoe sterker het eigenaarschap bij de klant ligt, hoe groter het effect van het aanbod is voor de klant, wijkbewoner of leerling³⁵.

5.2 Bekostigingsmodel lump-sum biedt ruimte maar ook begrenzing

Gemeenten hebben op basis van de Wmo 2015 en de Jeugdwet de opdracht om maatwerk te leveren. Maatwerk is een passend, samenhangend ondersteuningsaanbod. Een aanbod dat is afgestemd op de persoonlijke situatie van inwoners met een hulpvraag. Als we willen dat professionals maatwerk bieden in een breed scala van vraagstukken moeten ze ook de ruimte krijgen om naar creatieve oplossingen te zoeken. Het bekostigingsmodel wat daarbij past is de lump-sum bekostiging. Een lump-sum is een vast budget, gebaseerd op historische kosten of de populatie. Dit is geen zak met geld zonder eisen, dit is gekoppeld aan een duidelijk beschreven

³⁴ Herstel is een uniek en ten diepste persoonlijk proces waarin iemand zijn houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en rollen verandert. Herstel is een manier om een bevredigend, hoopvol leven te leiden, met een zinvolle bijdrage aan de gemeenschap, ondanks de beperkingen van de aandoening. Herstel heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen groeit.

³⁵ Bron: Katinkha Bruinsma

verantwoordelijkheid voor een dekkend zorg- en ondersteuningsaanbod³⁶. Het budget kan verdeeld worden over de stadsdelen, zodat de omvang ervan passend is voor de populatie van de verschillende stadsdelen. Het vaste budget is niet individu-gericht en geeft ruimte om een grote diversiteit aan handelingen te verrichten voor een grote hoeveelheid mensen. De vraag van de inwoner hoeft niet eerst in een diagnose, categorie of protocol te worden geperst. Het vaste budget geeft ruimte aan de professional om vraaggericht en creatief te werken en schept daarmee de voorwaarden voor brede eerstelijns zorg.

De lump-sum is echter ook een begrepsd budget. Op uitvoeringsniveau vertaalt de lump-sum zich in de caseload voor de professional. De caseloadkaders prikkelen tot kostenbewust handelen en op zoek gaan naar alternatieven, zoals het inzetten van de sociale basis. Het noodzaakt de professional om continu een scherpe afweging te maken wat de beste oplossing is voor de inwoner, hoe hij zijn inzet verdeelt over de verschillende inwoners (licht waar kan en zwaar waar nodig), welke hulpvragen hij wel en niet oppakt (triage en “nee” zeggen) en wanneer hij loslaat. In Utrecht wordt dit ‘faciliterend hulpverleners’ genoemd gericht op het toenemen van ‘belangrijke anderen’ voor een gezin waar ze steun van ontvangen, waardoor de intensiteit van de professional kan afnemen³⁷. De professional moet zeer goed ondersteund worden bij al zijn afwegingen en rugdekking krijgen bij moeilijke beslissingen, want “nee” zeggen is voor elke hulpverlener een moeilijk besluit. Onderlinge constructief-kritische reflecties met collega’s en de blik van een teamleider kunnen richting geven aan het takenpakket: wat past wel en niet in de scope van het brede basisteam, wat zijn alternatieve oplossingen, wat kan op eigen kracht, wie moet een indicatie krijgen voor aanvullende zorg en wie moet geholpen worden door andere loketten? Zo groeit het afwegingskader van het brede basisteam voor een goede triage en aanpak van de vraagstukken van inwoners³⁸. Daarbij is ook een goede cijfermatige monitor nodig zodat professionals en teams feedback krijgen over de financiële effecten van hun handelen. Dit is cruciaal om tot een professioneel afwegingskader te komen dat zowel kwaliteitsbewust als kostenbewust is.

*Als we....een flink maar uiteindelijk eindig budget af zouden spreken. Als we elkaar de vraag zouden stellen welk kind de zorg het hardste nodig heeft en dus het eerst geholpen moet worden. En mensen met verstand van zaken zouden laten bepalen of er bijvoorbeeld sprake is van een trauma of van faalangst. (De uiterlijke kenmerken kunnen op elkaar lijken, de juiste behandeling niet.) En als we binnen dat grote maar eindige budget samen prioriteiten zouden stellen en minimale verantwoording zouden vragen. Hoe zou de wereld er dan uitzien? Is dat niet het vertrouwen in de professional dat we moeten hebben?*³⁹

In onderstaande tabel wordt PXQ financiering vergeleken met lump-sum financiering. Het gaat er niet om welke financiering het beste is, maar welke het beste *past* bij een bepaalde zorgsoort.

pxq Productiebekostiging op de levering van een specifieke zorgsoort in een afgesproken tijdseenheid (uur, dag) tegen een afgesproken tarief.	Productiebekostiging belooft het accepteren van cliënten en door te gaan met hulp verlenen waar dat nodig is. Er is geen risico op onderbehandeling, het fenomeen van afwenteling zal weinig plaatsvinden, omdat de zorgaanbieder dan opbrengsten misloopt. Er is wel risico op overbehandeling. De zorgaanbieder heeft namelijk geen prikkel om minder zorg te leveren of andere oplossingen aan te dragen, ook al zou dat in het belang van de inwoner zijn. Een onafhankelijke partij dient de toegang te regelen en de poortwachtersfunctie te vervullen. Daarmee ontstaat begrenzing en controle op de zorgomvang. Dit bekostigingsmodel is passend als de vraag en het product helder afgebakend is en als het erg kostbaar is (bijvoorbeeld zorg met verblijf), bij vagere en goedkopere
--	--

³⁶ <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/domeinoverstijgende-financiering.pdf>

³⁷ <https://www.lokalis.nl/images/documenten/Lokalisjaarverslag2018.pdf>

³⁸ Er zijn veel definities maar hier wordt bedoeld inschatten van de urgentie van de hulpvraag (aankijken of handelen), de ernst en complexiteit (licht of zwaar) en de aard om daarmee vast te stellen wat de vervolgstappen moeten zijn en met wie.

³⁹ <https://renepetersoss.com/2019/10/28/vertrouwen-in-de-professional/>

	zorg past het minder goed. Des te gedetailleerder het tariefstelsel is voor producten en trajecten, des te groter worden de administratieve lasten. Productiebekostiging is niet gericht op het stimuleren van preventie of zelfredzaamheid. Door het bekostigen van individuele handelingen wordt fragmentatie in de hand gewerkt, in plaats van een integrale ondersteuning. De aanbieder wordt belemmerd om zorg op maat te leveren en de aanbieder wordt beperkt in innovatie.
Lump-sum Vast budget voor een taak voor een (deel)populatie. De aanbieder heeft de vrijheid om de invulling van deze taak vorm te geven en maatwerk per individu te leveren.	Dit bekostigingsmodel lijkt het meeste op de subsidies in het sociaal domein. Lump-sum bekostiging past goed als het om een grote hoeveelheid cliënten en een grote diversiteit aan handelingen gaat. Een lump-sum bekostiging past bij de wens om populatiegerichte zorg in een integraal voorzieningenaanbod te realiseren. Het budget kan verdeeld worden over de stadsdelen, zodat de omvang ervan passend is voor de populatie van de verschillende stadsdelen. Dit bekostigingsmodel is geschikt voor laagdrempelige zorg die je indicatieloos wil aanbieden (bijvoorbeeld als algemene voorziening). De cliënt heeft hierdoor geen toegangsbewijs nodig en dat scheelt tijd en bureaucratie. Bovendien kan er daardoor flexibeler ingespeeld worden op veranderingen in de zorgbehoefte van de inwoners. De aanbieder wordt, omdat het budget begrensd is, geprikkeld om binnen het budget te blijven en dus het ontwikkelen van preventie en creatieve oplossingen. De professional zal bijvoorbeeld sneller groepsbegeleiding gaan bieden of gaan samenwerken om oplossingen in de sociale basis zoeken. Het risico van een vast budget is dat er een prikkel bestaat tot doorverwijzen van cliënten naar de zorgaanbieders, te weinig zorg bieden en wachttijden. Er zal dus inhoudelijk goed gemonitord moeten worden welke inwoners geholpen worden en hoe. Een ander risico is ook dat de opdrachtnemer niet uitkomt met het budget en om ophoging vraagt. Om dit gesprek goed te voeren is een goede monitoring eveneens onontbeerlijk.

Een breed basisteam met ambulante begeleiding leent zich om lump-sum bekostigd te worden, omdat het om een grote diversiteit van handelingen gaat op de verschillende levensdomeinen. Het past ook, omdat lump-sum bekostiging prikkelt om naar andere oplossingen te kijken (bijvoorbeeld oplossingen tegen financiële stress of oplossingen in de samenleving zelf). Voor andere zorgsoorten is de pxf financiering passender.

5.3 Afwegingskader voor indicatiestelling door de brede basisteams

De brede basisteams gaan zelf meer begeleiding bieden, maar hebben ook een indicatiestellende taak voor verschillende zorgsoorten:

Specialistische- en Reguliere Begeleiding
Dagbesteding
Kortdurend Verblijf
Klassieke Wmo (dit is nog een vraagstuk)
Behandeling Jeugd Geestelijke gezondheidszorg
Behandeling opvoedhulp en verstandelijke beperking
Jeugdhulp met verblijf
Jeugdbescherming en reclassering
Dagbehandeling
Landelijk transitie arrangement

Dagbesteding
Dyslexie
Vervoer
Casemanagement
Vaktherapie
Begeleiding bij zintuiglijke beperking

Deze indicatiestellende taak verandert niet ten opzichte van de huidige situatie in de wijkteams. Het wettelijke toelidingskader geldt om te bepalen of een maatwerkvoorziening nodig is. De basis voor het toelidingskader zijn de stappen, criteria en afwijzingsgronden opgenomen in de verordening en beleidsregels. Bovenop die regels komt de deskundige inschatting van de professional. Dat is logisch, omdat mensenwerk altijd maatwerk is en niet volledig in starre beslisregels te vatten is. De Centrale Raad van Beroep heeft aangegeven dat een ‘deskundige’ het onderzoek moet doen naar een hulpvraag (indicatiestelling). Door het vormen van brede basisteams voegen we meer deskundigheid toe dan nu het geval is. Om de beslissing van de individuele professionals te versterken kan deze ook te rade gaan bij collega’s in casusbesprekingen en intervisie. Zo ontstaat ook collectieve wijsheid over het toelidingskader en komen professionals tot steeds betere beslissingen.

Naast regels en de deskundigheid van professionals zijn er nog verschillende andere factoren die het toelidingskader vormen, zoals werkdruk. De werkdruk maakt dat soms sneller dan strikt noodzakelijk een maatwerkvoorziening wordt ingezet, omdat er geen tijd is om tot een andere oplossing te komen. Ook kennis over de sociale basis en de mogelijkheden die er zijn om bijvoorbeeld vrijwilligers in te zetten beïnvloeden de beslissing. Als deze kennis er niet is, wordt sneller overgegaan tot een maatwerkvoorziening. En ook de kennis van het zorgaanbod is uiteraard bepalend voor de inzet van zorg. De professional gaat uit van zijn kennis over zorgaanbieders. En natuurlijk is er de wens van de inwoner zelf. Deze heeft soms al ondersteuning bij een aanbieder of heeft adviezen uit zijn omgeving gehad waardoor hij een voorkeur heeft voor een specifieke zorgaanbieder.

Al met al vormen veel factoren het toelidingskader van de professional om tot een beslissing te komen waar de inwoner het beste mee geholpen is. Het is belangrijk om regelmatig op dit kader te reflecteren, juist omdat het niet zwart-wit is, maar maatwerk. Daarbij moet ook gereflecteerd worden op de kosten van de aanvullende zorg. Zonder kostenbewust handelen van de brede basisteams gaan we de doelen op betaalbaarheid niet halen. Dit vereist een constante monitoring, zowel binnen het brede basisteam als tussen de basisteams en gemeente over de vraag hoe aan de hulpvraag van de inwoners wordt voldaan. Dit gesprek is gevoelig maar noodzakelijk om de juiste zorg bij de juiste inwoners terecht te laten komen. Het sociaal domein heeft te maken met een verdeling van schaarse middelen en dat vereist een goed afwegingskader.

5.4 Balans bewaken tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid

Het succes van het brede basisteam is in hoge mate afhankelijk van het functioneren van de professionals. Lukt het om de hulp betaalbaarder en toegankelijker te maken met behoud van kwaliteit? Met een vast budget ontstaat er een “gezonde” schaarste die moet prikkelen tot creatieve oplossingen. Echter, de balans moet wel goed bewaakt worden. Er mag geen situatie van ongezonde schaarste ontstaan. Het is een leertraject naar een professional die een breed palet aan vraagstukken aan kan zonder dat de werklust te hoog wordt of er teveel wordt doorverwezen. In het land is gezocht naar een rekenmodel voor hoeveel tijd een eerstelijns professional nodig heeft per casus en voor de hoeveelheid casussen die een team aankan: de caseload⁴⁰. Hier is geen eenduidig antwoord op te geven, omdat het afhangt van veel factoren, zoals de zwaarte van de problematiek, bereikbaarheid van samenwerkingspartners in de keten, slimme bedrijfsvoering en vakvolwassenheid. Het is niet verstandig om de caseload ‘in beton te gieten’. Het sociale domein is immers in verandering en dat vraagt om

⁴⁰ https://www.integraalwerkenindewijk.nl/sites/integraalwerkenindewijk.nl/files/iww_imce/bestanden/iww-caseload-lokale-teams.pdf

flexibiliteit en ruimte voor reflectie en aanpassing. Tegelijkertijd is het niet raadzaam om de afspraken over de te hanteren caseload te vaak te veranderen. Leren kost tijd, reflectie en collectief leren. Het is ook noodzaak dat professionals de tijd krijgen om samenwerkingspartners te ontmoeten en echt integraal samen te werken⁴¹.

De balans in de caseload tussen toegankelijkheid-kwaliteit en betaalbaarheid kan verstoord worden door:

1. Groeiende instroom van inwoners
2. Slechte triage: teveel zware problematiek of teveel aandacht voor te lichte problematiek door het laagdrempelige karakter
3. Professionals die het niet lukt om de slag te maken naar scherp en creatief werken: te weinig normaliseren, te weinig alternatieven uit de sociale basis inzetten, te weinig groepsgericht, te weinig de inwoner eigenaar maken en de eigen kracht versterken enz.
4. Slechte procesinrichting en slechte bereikbaarheid van partners kosten teveel tijd
5. Onvoldoende deskundigheid en vakvolwassenheid

Als er teveel druk ontstaat op de professionals kunnen de volgende effecten optreden:

1. Er ontstaan wachttijden (omdat de caseload vol zit)
2. Cliënten worden te snel losgelaten
3. Er wordt teveel doorverwezen naar aanvullende zorg

Bovenstaande risico's laten de spanning zien tussen de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid op het niveau van de professional en daarmee ook het team als geheel. Om deze risico's het hoofd te bieden, zal er heel veel aandacht moeten worden besteed aan de deskundigheid van de professionals (meer zorgkennis) en zal er goed gemonitord moeten worden of de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid nog klopt. De organisatie van de brede basisteams zal goed op orde moeten zijn.

5.5 Organisatorische randvoorwaarden

Er moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan om de brede basisteams succesvol te kunnen organiseren. Een aantal van deze voorwaarden hebben we geleerd in de proefgebieden.

Proefgebieden brede basisteams

In twee stadsdelen is op proef gestart met de vorming van brede basisteams volwassenen. Deze proeven moeten gezien worden als prototyping van de beoogde nieuwe uitvoering. Dat gebeurt nog wel op basis van bestaande uitvoeringsafspraken. Beoogd is om uit te proberen en uit te vinden hoe een breed basisteam kan functioneren, wat daar organisatorisch voor nodig is en wat inhoudelijk en bedrijfsmatig de mogelijke meerwaarde kan zijn. Door het prototyping wordt duidelijk welke randvoorwaarden essentieel zijn voor een goede uitvoering. Geleerde lessen zijn deels al verwerkt in deze notitie, bijvoorbeeld ten aanzien van organisatie, en zullen overigens ook worden gemonitord gedurende de proef. Zowel kwalitatief als kwantitatief. Ook kan met de proef worden uitgezocht welke taken goed passen in een breed basisteam en welke in de schil of zelfs stedelijk. Door met professionals direct in de uitvoering te ontwikkelen wordt veel uitvoeringskennis opgedaan die gebruikt kan worden bij de formulering van het bestek. Ook is inmiddels een duidelijker beeld verkregen wat het overgangsproces naar de vorming van brede basisteams betekent voor cliënten, waarmee rekening gehouden kan worden bij de transitie na 2021.

5.5.1 Goede bedrijfsvoering

Het brede basisteam zal een goede bedrijfsvoering moeten inrichten:

1. Personeel & Organisatie: vernieuwend functiehuis, selectie van deskundige professionals, investeren in continue ontwikkeling van de professionals, reflectie en coaching, zo groot mogelijke contracten en empowerment door personeelsmedezeggenschap en OR;

⁴¹ http://media.werkplaats sociaaldomeinzhz.nl/media/461-Elizabeth_van_Twist_&_Judith_van_Vliet_-_Ruimte_voor_ont-moeting.pdf

2. Communicatie: interne communicatie en externe communicatie naar inwoners en samenwerkingspartners;
3. Excellente procesinrichting zodat zo min mogelijk tijd verspild wordt van de inwoner en de professional: goede zorglogistiek (inwoner na aanmelding zo snel mogelijk naar de juiste plek/professional leiden binnen of buiten de brede basisteams met zo min mogelijk overdrachten), proportioneel werken (onderscheid van licht en zwaar), zo min mogelijk fouten en daarmee gepaard gaand herstelwerk, goede ICT-faciliteiten met zo min mogelijk administratieve last (caseload, klantdossiers, kennisbanken), goed vertaalde kaders van de wet- en regelgeving (kwaliteitskader, controleplan), heldere werkafspraken bij samenwerken en lerende procesinrichting;
4. Huisvesting: goede locaties waar samengewerkt kan worden met samenwerkingspartners;
5. Sturing en financieel in control zijn: visie en leiderschap, monitoring van processen en resultaten, gedegen financieel management;
6. Samenwerking in het netwerk: gezamenlijke visie, goede werkafspraken met samenwerkingspartners (strategisch en operationeel), vaste gezichten en korte lijnen, toekomstagenda's voor de gezamenlijke prioritering;
7. Innovatie & kwaliteit: vernieuwend vermogen en een cultuur van continu leren;

5.5.2 Monitoring

Om de brede basisteams goed te monitoren is het volgende concept-dashboard ontwikkeld met elementen die we belangrijk vinden. Dit dashboard zal besproken worden met de potentiële opdrachtnemers. Hierbij willen wij hun de ruimte geven om ook met een voorstel te komen. Monitoring roept vaak het beeld op van meetbare indicatoren. Wij zien monitoring echter breder: als alle informatie die een beeld geeft over de werkwijze, de resultaten en de maatschappelijke effecten. Het is een combinatie van tellen en vertellen, van cijfers en verhalen, van standaard rapportages en aanvullend onderzoek.

Kwaliteit	Clientervaring en ervaring van hun naasten ophalen binnen het primaire proces aangevuld met aanvullend onderzoek waar nodig (ervaringswijzer, enquêtes, interviews, focusgroepen en storytelling). Belangrijke vragen gaan dan over: - Ik vond de hulp tijdig beschikbaar - Ik vond de hulp nuttig - Ik heb mijn doelen behaald - Ik kan mijzelf beter redden - Ik geef mijn leven nu een beter cijfer
	Klachten en redenen van uitval.
	Casusanalyses ter verbetering van de processen en resultaten.
	Realiseren van maatschappelijke doelen en de leidende principes. Hierbij is het een zoektocht naar hoe je het kunt monitoren. We denken aan 3 niveaus: - Verbetering van een populatie in een wijk of school, bijvoorbeeld op de indicatoren schoolverzuim en ervaren gezondheid. Hier heeft de gemeente een rol. - Verbetering van de inwoners die geholpen zijn door het BBT (naast eerder genoemde cliëntervaring). Daarvoor moeten indicatoren ontwikkeld worden bijvoorbeeld: 100% van de cliënten heeft uiteindelijk een daginvulling. - Mate waarin de werkwijze van het BBT past bij de principes: preventie voor curatie, deelname aan het gewone leven, versterken eigen regie en sociaal netwerk, veiligheid, 1 gezin- 1 plan-1 regisseur, samenwerking, ruimte aan de professionals. Toetsen door steekproefgewijze casusanalyse.

	Rechtmatigheid: voldoen aan wet- en regelgeving (toezichtkader van de inspecties), kwaliteitskaders van branche en contract met de gemeente. Hiervoor wordt een controleplan en kwaliteitstoets ontwikkeld en uitgevoerd. Doel: 100% rechtmatig
	Personele bezetting, tevredenheid professionals, verzuim en continuïteit (mate van verloop en inhuur zzp-ers/inhuurkrachten).
	Personele ontwikkeling
	Tevredenheid van de kernsamenwerkingspartners over de samenwerking.
	Inzet van sociale basis in de oplossingen. Doel: is er een groeiend gebruik van informele, preventieve en collectieve activiteiten en ondersteuning en groei van participatie en inclusie
	Inzet van ervaringsdeskundigen en vrijwilligers
	Cultuursensitief werken: mate waarin gebruik wordt gemaakt van good practices zoals visie op diversiteit en cultuursensitief werken, aanpassingen in werkwijze, samenwerking met andere organisaties, budget voor tolken en deskundigheidsbevordering met betrekking tot diversiteit en cultuursensitief werken.
Betaalbaarheid	Ondersteuning van aantal huishoudens en individuen (op BSN niveau): instroom, in caseload, uitstroom. Ook fasen/intensiteiten per inwoner: aanmelding, informatie & advies, crisis, intake, traject, waakvlam.
	Doorlooptijd en omvang van de basishulp.
	Aantal inwoners dat wordt toegeleid naar aanvullende zorg, inclusief de omvang en kosten van de geleverde maatwerkvoorzieningen door zorgaanbieders. Norm voor begeleiding: 80% van de cliënten wordt geholpen door het BBT.
	Inzicht in afwegingskader professionals bij inzet sociale basis en bij toeleiding naar aanvullende zorg (casusonderzoek)
	De totale kosten van het BBT en de kosten van toeleiding naar zorg door het BBT. Doel: is daling van de gemiddelde kosten per cliënt ten opzichte van de situatie 2019.
	De kosten per stadsdeel worden afgezet tegen de betreffende populatie om steeds beter inzicht te krijgen in een reële verdeling van de budgetten over de stad.
Toegankelijkheid	Inzicht in de wachttijden. Uitgangspunt voor de termijnen - Binnen 48 uur na aanmelding is er contact met de aanmelder. - Binnen 5 werkdagen na aanmelding is er een kwalitatief contactmoment met de cliënt. - Binnen 14 dagen is er een eerste (keukentafel)gesprek. Uiteraard wordt verwacht dat in acute situaties sneller gehandeld wordt
	Er wordt gebouwd aan een sterk merk met een hoge naamsbekendheid.
Leren	Experimenteren, evalueren en leren met data en onderzoek. Regelmatig onderzoeken waar de BBT staan in hun ontwikkeling en vervolgens doorontwikkelen, bijvoorbeeld met visitaties, teamreflecties en onderzoeken van Hogeschool en Universiteit.

5.5.3 Tijd

De allerbelangrijkste voorwaarde om de eerdergenoemde risico's het hoofd te bieden is tijd. Tijd voor de professional om zijn werk te doen en tijd voor de organisatie om te ontwikkelen. De brede basisteams zullen een paar jaar de tijd nodig hebben om de omslag te maken en zich vanuit de huidige disciplines te ontwikkelen naar echte brede eerstelijns basishulp. De opdracht voor brede basisteam zal een langjarige intentie moeten hebben met duidelijke evaluatiemomenten om steeds beter te worden. Deze lange termijn is ook van belang om goede relaties op te bouwen met de belangrijke samenwerkingspartners.

5.5.4 Sturing vanuit de gemeente

Voor een succesvolle beweging naar brede basisteams zal de gemeente ook zijn eigen rol goed moeten pakken. De gemeente is opdrachtgever en financier en gaat actief sturen op de brede basisteams op basis van bovenstaande monitoring. We zien een duidelijke scheiding tussen de sturing op contracten en het sturen op de doorontwikkeling. De dynamiek in het sociale domein vereist beide perspectieven. De opdracht is niet in beton gegoten en niet statisch. In de eerste fase in 2021 zal de nadruk liggen op het inrichten van de werkprocessen, het bedienen van de inwoners en het vernieuwen van de basishulp. Dit is een flinke klus. Voor jeugd nog meer, omdat we jeugdfuncties willen bundelen en stroomlijnen in het brede basisteam Jeugd & Gezin. We hebben ook ambities voor verdere doorontwikkeling als de brede basisteams echt staan. Deze doorontwikkeling zal in co-creatie worden opgepakt en is ook afhankelijk van het absorptievermogen van het brede basisteam.

Als gemeente zorgen wij voor contactpersonen voor zowel het operationele niveau als voor het management en uiteraard bestuurlijk. In de eerste fase na gunning zullen we een intensieve samenwerking starten om vanuit de gemeente de randvoorwaarden te scheppen voor een succesvolle start en overgang vanuit de huidige situatie. Daarvoor richten we een begeleidingscommissie op.

Naast de sturende rol heeft de gemeente ook een faciliterende rol:

1. Ten aanzien van de huisvesting kan de gemeente een faciliterende rol vervullen in de wijkaccommodaties. De huisvesting van Stips en (een deel van) de brede basisteams op een centrale locatie in de wijk is cruciaal. Daarnaast verwachten we dat de professionals van de brede basisteams ook veel outreachend werken bij de inwoner thuis, op school, bij de kinderopvang of bij een samenwerkingspartner. Sommige professionals, net zoals de staffuncties, zullen meer stedelijk werken. Over het gebruik van de gemeentelijke locaties moeten we nadere afspraken maken met de opdrachtnemers van de brede basisteams Volwassenen en Jeugd & Gezin.
2. De gemeente heeft ook een faciliterende rol als het gaat om informatievoorziening over de populatie in de wijken en scholen (stads- en wijkmonitor, sociaal statistisch bestand, gemeentelijk dashboard). Dit moet inzicht geven in de behoefte van de wijk en de expertise en oplossingen die daar nodig zijn.
3. Daarnaast zullen er op uitvoeringsniveau ook goede werkafspraken moeten komen met gemeentelijke samenwerkingspartners zoals Zorg & Inkomen, Regieteams en het Werkbedrijf.

5.5.4 Samenvattend: grootste uitdagingen brede basisteams

Samenvattend zien we als grootste uitdagingen van de opdracht:

- 1) Het in hoog tempo ontwikkelen van een nieuwe professionele identiteit:
 - a) Kunnen aansluiten op een grote diversiteit aan inwoners
 - b) Ontwikkeling naar een T-shaped professional
 - c) Met een scherp en deskundig afwegingskader wat wel en niet bij het brede basisteam thuishoort, wat de inwoner op eigen kracht kan en waar aanvullende zorg voor nodig is
 - d) Met een creatief en normaliserend oog voor niet-zorg oplossingen
 - e) Met een generalistische blik om integraler te werken over de leefdomeinen heen met als eerste prioriteit kennis van financiële vraagstukken.
 - f) De casusregiefunctie ontwikkelen als de inwoner dat zelf niet kan om tot 1 samenhangend en overzichtelijk plan te komen met de verschillende samenwerkingspartners.

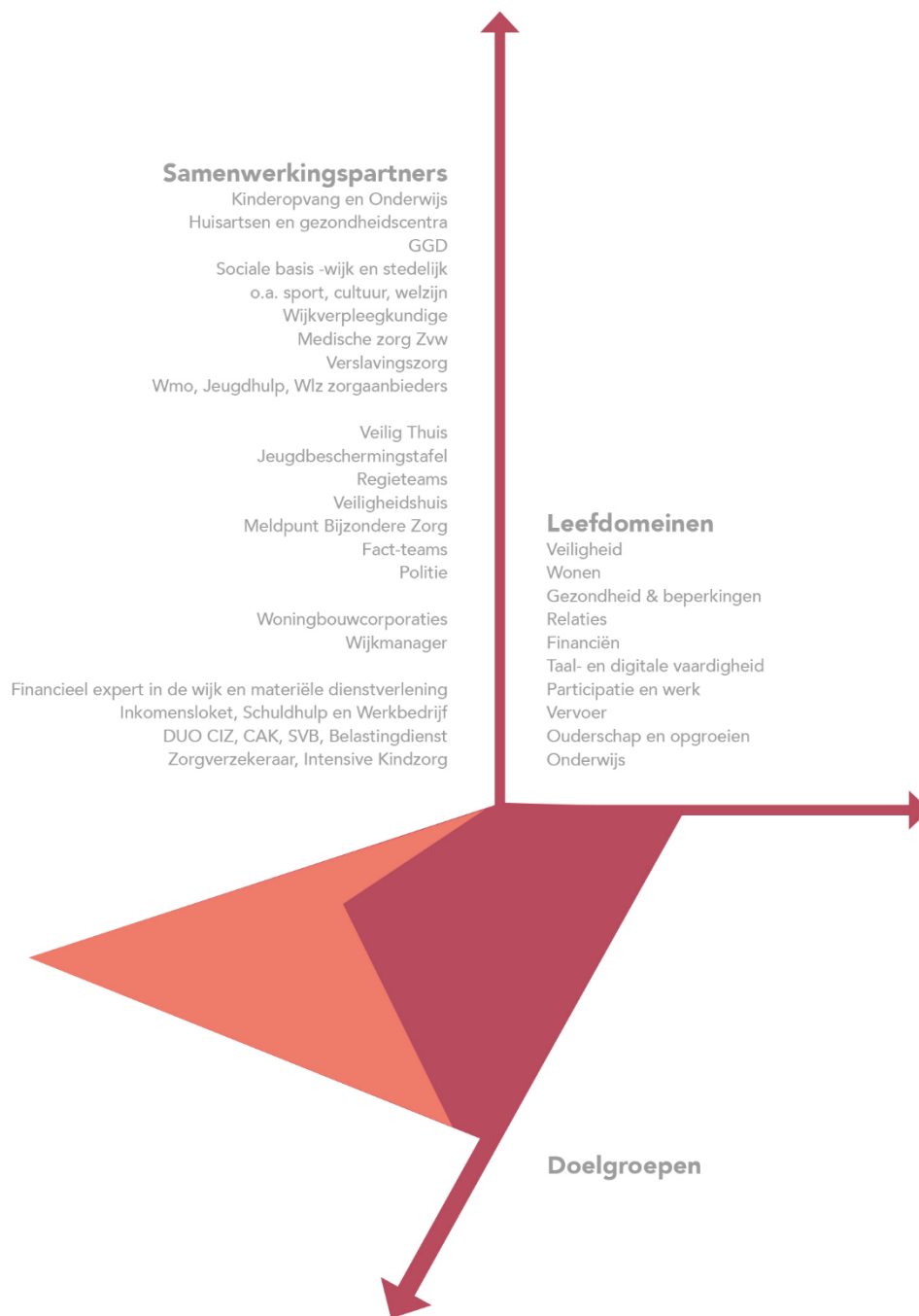
- g) Met behoud van deskundigheid.
- 2) Tot een verantwoorde caseload komen voor zowel inwoners als professionals, kwaliteitsbewust en kostenbewust
- 3) Investeren in goede samenwerkingsrelaties in het stadsdeel, maar ook stedelijk en regionaal.
- 4) Investeren in de verbinding met de sociale basis, zodat de basishulp en informele kracht elkaar versterken.
- 5) Het inrichten van de organisatie met een excellente bedrijfsvoering ten dienste van de professionals en blijven monitoren en leren en doorontwikkelen.
- 6) Het kunnen aantrekken en behouden van goede medewerkers.
- 7) Het goed laten verlopen van de overgangsperiode van huidig naar nieuw stelsel.
- 8) Goede sturing van- en partnership met de gemeente

6. Aparte teams voor Volwassenen en Jeugd & Gezin

Dit hoofdstuk gaat in op de argumenten voor een apart team voor Volwassenen en Jeugd & Gezin en de kenmerken van die twee brede basisteams.

6.1 Argumenten voor aparte teams voor Volwassenen en voor Jeugd & Gezin

Om 80% van de inwoners met vragen te kunnen helpen zal de professional breed moeten kijken en kennis moeten hebben van de verschillende leefdomeinen. Dit is een beweging naar een generalistische- en integrale werkwijze. Daarnaast zullen de professionals aanvullend nog specifieke deskundigheden nodig hebben, bijvoorbeeld van de doelgroep (migranten, ouderen, licht verstandelijke beperking, geestelijke kwetsbaarheid, kinderen en jongeren enz.). Ook moet er geïnvesteerd worden in de samenwerkingspartners in het stadsdeel en stedelijk, van partners in de sociale basis tot aanvullende zorgaanbieders. Zie het plaatje hieronder.



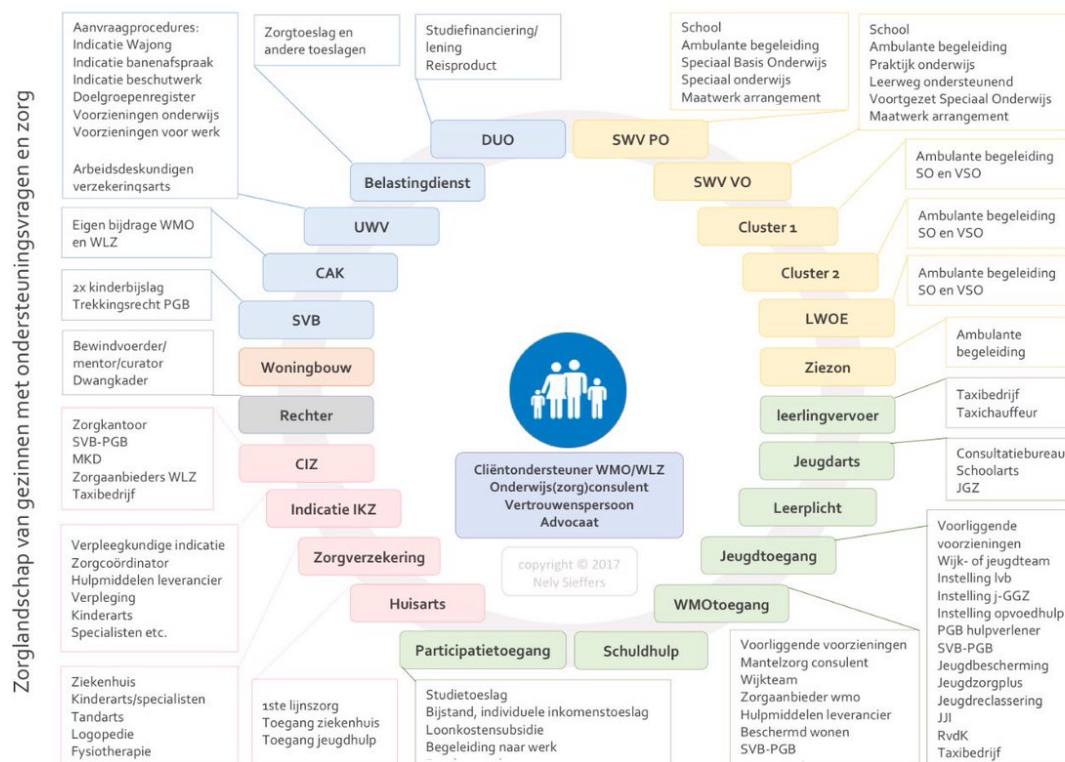
Wij adviseren om aparte teams voor Volwassen en Jeugd & Gezin te maken zodat de breedte van het totale palet behapbaar blijft voor professionals. Het is erg veel gevraagd om alle problemen van alle levensfasen en alle netwerkpartners te kennen. In Nijmegen zien we dat de opdracht die in 2015 gaven aan het wijkteam om alle leeftijden te bedienen van 0-100 ervoor heeft gezorgd dat de ontwikkeling van jeugd beperkt tot stand is gekomen. Voor de jeugd zijn er aparte projecten ontwikkeld bij de kinderopvang, het primair onderwijs en de huisartsen, naast de inkoop van jeugdhulp en de bestaande subsidies in de sociale basis (zoals jongerenwerk, opvoedondersteuning en onderwijsachterstandenbeleid). Al deze initiatieven staan naast elkaar en een krachtige eerstelijns die al die dienstverlening kan verbinden voor de gezinnen ontbreekt.

We hebben de volgende argumenten voor een apart team jeugd:

1. Er is specifieke expertise rondom de doelgroep nodig. Denk aan ontwikkelstadia van kinderen en kennis over opgroeien en opvoeden. Naast kindfactoren spelen ook ouderfactoren en gezinsfactoren. Dit betekent dat jeugd- en gezinsprofessionals altijd te maken hebben met 2 klanten: het kind en de ouders

(verzorgers). De jeugdprofessionals moeten ook kennis hebben van problematiek van ouders en de effecten daarvan op kinderen. Denk bijvoorbeeld aan psychische problematiek bij ouders die in veel gevallen tot psychische problemen bij de kinderen leidt (KOPP) of kinderen van ouders met een verslaving (KVO). Het is van belang dat bij gezinnen met kinderen altijd naar het hele systeem gekeken wordt. Ook als in eerste instantie de ouders met een probleem komen.

2. Om de specifieke expertise te borgen geldt voor alle jeugd- en gezinsprofessionals dat zij vanuit de Jeugdwet moeten voldoen aan registratie bij het SKJ of BIG. Er zijn dus specifieke beroepscodes en kwaliteitseisen aan dit domein verbonden. De jeugdmaatschappelijk werkers, psychologen en pedagogen werken met richtlijnen die door de beroepsverenigingen zoals BPSW (Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk), NVO (Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen) en NIP (Nederlands Instituut van Psychologen) zijn vastgesteld.
3. Omdat kinderen beschermd moeten worden bij onveilige situaties is structureel aandacht nodig voor signalering. Het borgen van dergelijke specifieke kennis is makkelijker in een apart team met een verantwoorde werktoedeling. Dit alles voorkomt handelingsverlegenheid en het missen van signalen.
4. We hebben een aantal uitdagingen op het vlak van kwaliteit in het jeugdstelsel (zie hoofdstuk 4.3). We moeten eerst zorgen voor een stabiele eerstelijns voor jeugd in Nijmegen. Zoals geschetst zijn er veel versnippering in disciplines, wisselingen van professionals (ook door te weinig structurele financiering), onvoldoende aansluiting op onderwijs, een te beperkte bezetting in het huidige wijkteam en er is een grote financiële uitdaging op het jeugdbudget. We moeten het stelsel voor jeugd slimmer organiseren met minder versnippering, met kortere lijnen en minder bureaucratie voor kinderen, ouders en school. En met meer werkplezier en aanzien van de professionals. Dat vereist de komende jaren focus op Jeugd & Gezin.
5. We mogen medewerkers niet overbelasten met een te grote ontwikkelvraag. De jeugdhulp bestaat uit veel versnipperde specialismen op dit moment. Het ontwikkelen van een jeugdprofessional naar een breder perspectief is al een grote uitdaging.
6. De samenwerkingspartners voor jeugd zijn anders. De kernpartners zijn naast vindplaatsen (zoals kinderopvang en peuterspeelzalen, onderwijsinstellingen PO, VO, MBO), toeleiders (zoals jeugdgezondheidszorg GGD, consultatiebureaus, schoolartsen, huisartsen) en direct betrokkenen (zoals leerlingenvervoer en leerplicht), ook ketenpartners zoals de Raad van de Kinderbescherming, Veilig Thuis en jeugdbescherming. Daarnaast staan opvoed- en opgroei problemen vaak niet alleen en hebben gezinnen met ondersteuning en zorg nog met veel meer instanties te maken (zie afbeelding hieronder). Voor ouders is de optelsom van die ingangen en regels te ingewikkeld. Goede oplossingen voor gezinnen vereisen goede en langdurige relaties met het veld. Dat is makkelijker in een gespecialiseerd team.



42

Met het instellen van een apart team Volwassenen en een apart team Jeugd & Gezin ontstaat er een grijs gebied. Als zowel de ouders als de kinderen problemen hebben, waar kunnen ze dan terecht? Uitgangspunt is dat huishoudens waar nog kinderen zijn tot 18 zich wenden tot het breed basisteam Jeugd & Gezin. Dan zijn er nog een aantal grijze gebieden bijvoorbeeld gezinnen met 17 jarigen die bijna 18 worden en verlengde jeugdhulp aanvragen? De oplossingen uit andere gemeenten die ook een apart team voor Volwassenen en Jeugd hebben, is dat ze heldere werkafspraken hebben, samenwerken waar het nodig is en eventueel ook brugfunctionarissen tussen de teams instellen.

6.2 Plannen voor brede basisteam Volwassenen

In onderstaand tabel staat uitgewerkt wat we beogen met een breed basisteam Volwassenen. Uiteraard moet dit beeld nog verfijnd worden en zal er in de toekomst op doorgebouwd worden. De onderdelen zijn: de doelgroep, de taken, de benodigde kennis, de kernpartners, de taken, wat nog geïndiceerd moet gaan worden, vraagstukken, toekomstplannen en andere ontwikkelingen.

Brede basisteam Volwassenen	
Doelgroep ⁴³	Huishoudens zonder kinderen onder de 18: 56400 • Waarvan huishoudens met zorg (wijkteam, regieteam, wmo): 9400=16% ○ waarvan niet- westers: 1800 ○ waarvan met Wmo begeleiding: 2200 • Waarvan huishoudens met een inkomensregeling (duidt op laag inkomen): 10100 =18%

⁴² Bron: <https://nelysieffers.nl/tag/zorglandschap/>

⁴³ Sociaal statistisch bestand 2018

	• Waarvan huishoudens met meer dan 5 regelingen (duidt op complexiteit): 1600
Taken	1. Ondersteuning van inwoners 2. Verbinden met sociale basis 3. Toeleiden naar aanvullende zorg 4. Aansluiting op samenwerkingspartners 5. Doorontwikkelen van het Nijmeegse stelsel op stads- en wijkniveau
Generalistische kennis in het basisteam	Kennis over de leefdomeinen: veiligheid, financiën, wonen, gezondheid & beperkingen, relaties, taal- en digitale vaardigheid, participatie & werk
Specifieke deskundigheid	Migranten, psychische kwetsbaarheid, licht verstandelijke beperking.
Belangrijke partners	STIP, financieel expert in de wijk, huisartsen en praktijkondersteuners, wijkverpleging, werkbedrijf, woningbouwcorporaties, GGZ-aanbieders, verslavingsdeskundigen
Ambitie op verschuiving van zorg en welzijnstaken.	Begeleiding Wmo zal voor een fors deel door het brede basisteam geleverd gaan worden (ambitie: 80% van de cliënten). Ook het algemeen maatschappelijk werk zal toegevoegd worden.
Indicatiestellende taken	Er vinden ook nog indicaties plaats voor 20% van de Wmo-begeleiding en voor de dagbesteding die een maatwerkvoorziening is (een deel van de dagbesteding is een algemene voorziening). De indicatiestelling voor de klassieke Wmo is nog een vraagstuk en de indicatiestelling voor beschermd wonen ligt nog bij de GGD.
Vraagstukken	Voor indicatiestelling van de klassieke Wmo wordt onderzocht wat de beste vorm en plek is. De afgelopen jaren zijn er ambtenaren geplaatst bij de wijkteams voor deze taak. Dit was een logische gedachte vanuit het indicatiemodel om zo op 1 plek alle indicaties te verrichten. Of dit zo moet blijven en definitief gemaakt moet worden, hangt af van de mogelijkheid om slimme combinaties te maken voor de inwoner binnen het brede basisteam en van wat een efficiënte manier is om het indicatieproces voor klassieke Wmo te beleggen. Het CPB adviseert om de zwaarste (meervoudige) hulpvragen door een wijkteam te laten oppakken en andere hulpvragen door een Wmo-loket af te handelen⁴⁴. Er wordt een onderzoek gestart naar het optimale organisatiemodel en procesontwerp voor de klassieke Wmo. Naast de klassieke Wmo is ook het ouderenwerk een vraagstuk. Als sociale stad wil Nijmegen dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen en ook sociaal kunnen blijven meedoen zonder geïsoleerd te raken. Het is belangrijk om voor ouderen een goed stevige basisstructuur te hebben in Nijmegen. De huidige ouderadviseurs van Sterker (voorheen SWON) vormen samen met huisartsen en wijkverpleegkundigen een spil in de structuur ouderen. Ze geven ouderen praktisch advies met hun expertise en kunnen hun de weg wijzen, omdat ze het netwerk kennen. Deze ouderenadviseurs zijn afgelopen jaren ook ingezet in de wijkteams. Er is een vast aantal uren afgesproken waarin de ouderadviseurs hun kerntaken uitvoeren. De ouderenadviseurs moeten goed aangesloten blijven op de welzijnsvoorzieningen die Sterker ook uitvoert, zoals ontmoeten, welzijnsbezoeken, praktische vrijwilligersdiensten en mantelzorgondersteuning.

⁴⁴ <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Publicatie-De-wijkteambenadering-nader-bekeken.pdf>

	Samen vormen ze het preventieve welzijnsaanbod om eenzaamheid te bestrijden en te zorgen dat ouderen langer thuis kunnen wonen. Nader onderzoek naar de gewenste basisstructuur voor ouderen moet ook antwoord geven op de vraag hoe de basisstructuur voor ouderen eruit moet zien en waar deze het beste belegd kan worden.
Toekomst	Met het brede basisteam wordt een spilfunctie belegd in de wijk met eerstelijns zorg en welzijnstaken. Deze functie kan op termijn verder doorontwikkelen. Mogelijke opties zijn: 1. De financieel expert wordt een belangrijke samenwerkingspartner voor het brede basisteam. Juist omdat bij een hulpvraag vaak onderliggende financiële problematiek speelt in het huishouden. Deze rol wordt nu ingevuld door Bindkracht10 en de gemeentelijke schuldhulpverlening en is nog in een pilotfase. Het basisteam is vanaf 2022 een potentiële gastheer voor deze adviesrol, omdat het wel past bij de kerntaak: breed maatwerk gaat leveren aan inwoners met een ondersteuningsvraag. We moeten de functie van Financieel Expert verder doorontwikkelen voordat we een keuze voor de lange termijn maken. 2. Binnen Beschermd Wonen werken we nu nog met een regionaal expert team Toegang Beschermd Wonen gesitueerd bij de GGD. In het beleidsplan “Samen dichtbij!” hebben we als stip op de horizon geformuleerd dat we de toegang voor de ambulante specialistische begeleiding met 24 uren beschikbaarheid en bereikbaarheid en Beschermd Wonen zo veel mogelijk lokaal willen beleggen. Dit is echter wel een wat langere termijn en ingroei perspectief.
Parallele doorontwikkeling	Naast de vorming van brede basisteams zijn er ontwikkelingen in het sociaal domein die daaraan raken. 1. Doorlichten en stroomlijnen van de gemeentelijke opdrachten in de sociale basis. 2. Dagbesteding voor ouderen is al een algemene voorziening (zonder indicatie) en mogelijk breiden we dat uit naar dagbesteding voor mensen met een beperking zodat we meer samenhang kunnen aanbrengen met andere algemene (welzijns)voorzieningen. 3. Er is een onderzoekopdracht gestart naar slimmer werken in de wijk en de gebiedsgerichte sturing vanuit de gemeente. Dit heeft raakvlakken met de ontwikkeling van brede basisteams die we een spilfunctie willen geven in de zorg- en welzijnketen in elk stadsdeel.

6.3 Plannen voor brede basisteam Jeugd & Gezin

In onderstaand tabel staat uitgewerkt wat we beogen met een breed basisteam Jeugd & Gezin. Uiteraard moet dit beeld nog verfijnd worden en zal er in de toekomst op doorgebouwd worden. De onderdelen zijn: de doelgroep, de taken, de benodigde kennis, de kernpartners, de taken, wat nog geïndiceerd moet gaan worden, vraagstukken, toekomstplannen en andere ontwikkelingen.

Brede basisteam Jeugd & Gezin	
Doelgroep ⁴⁵	Huishoudens met kinderen tot 18 jaar: 16.900 • Waarvan huishoudens met jeugdhulp: 3100 (waarvan 1100 niet-westerse huishoudens) met naar schatting 800-1000 kinderen die begeleiding hebben. • Waarvan huishoudens met begeleiding voor ouders 500 • Waarvan huishoudens met meer dan 5 regelingen: 1100
Taken	• Aansluiting op samenwerkingspartners (oa kinderopvang en scholen) • Ondersteuning van Inwoners (kinderen en ouders/verzorgers) • Verbinden met sociale basis • Toeleden naar Aanvullende Zorg • Doorontwikkelen van het Nijmeegse stelsel op stads- en wijkniveau
Generalistische kennis in het basisteam	Kennis over de leefdomeinen: ouderschap, opgroeien en opvoeden, onderwijs, veiligheid, financiën, wonen, gezondheid & beperkingen, relaties, taal- en digitale vaardigheid, cultuur.
Specifieke deskundigheid	Jeugd en opvoedhulp, jeugd-geestelijke gezondheidszorg, jeugd-licht verstandelijke beperking, jonge kind, onderwijs.
Belangrijke partners	STIP, financieel expert in de wijk, huisartsen en praktijkondersteuners, kinderopvang, primair onderwijs en leerplicht, jeugdgezondheidszorg en jeugdartsen, jeugdbescherming, zorgaanbieders, verslavingsdeskundigen.
Ambitie op verschuiving van zorg en welzijnstaken	Begeleiding jeugd zal voor een fors deel door het brede basisteam geleverd gaan worden (ambitie: 80% van de cliënten). Ook zal een deel van begeleiding Wmo terecht komen in het brede basisteam Jeugd & Gezin daar waar het de ouders betreft. Ook behandeling⁴⁶ zal verschuiven naar het brede basisteam, maar voor een kleiner deel: alleen de lichtere varianten zoals (pedagogische) gezinsbegeleiding en basis-Ggz. De ambitie is om een brede scope van basishulp te bieden (zowel individueel als groepsgewijs). We willen ook onderdelen van jeugdwelzijnswerk en jeugdgezondheidszorg in het brede basisteam zetten om een integrale eerstelijns mogelijk te maken voor de gezinnen in Nijmegen en een sluitende keten naar kinderopvang en school.
Indicatiestellende taken	Er vinden ook nog indicaties plaats voor 20% van de jeugd-begeleiding. We willen ook een deel van behandeling verschuiven, maar dat zal kleiner zijn en dat percentage zal zich in de praktijk moeten uitkristalliseren. Op alle andere jeugdhulp-soorten zal nog steeds een indicatie nodig zijn: jeugd-ggz, dagbesteding, dagbehandeling en jeugdhulp met verblijf. Voor complexe casussen wordt waar gevraagd afgestemd met het casusoverleg.

⁴⁵ Sociaal statistisch bestand 2018

⁴⁶ Behandeling voor jeugd & opvoedhulp, licht verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidszorg

Toekomst	Met het brede basisteam wordt een spilfunctie belegd in de wijk met eerstelijns zorg en welzijnstaken. In de eerste fase willen we verschillende disciplines bundelen om een sterkere eerstelijnsfunctie neer te zetten met minder versnippering. Deze functie kan op termijn verder doorontwikkelen en een spil gaan vormen in het stelsel voor alle jeugdigen en hun ouders, onderwijs en andere belangrijke jeugdpartners. Mogelijke toevoegingen in latere fasen: 1. Structureel beleggen van de Doorbraak- aanpak, bestaande uit een procesregierol en een doorbraak budget om voor complexe huishoudens tot een oplossing te komen. 2. De financieel expert is van belang voor gezinnen met een hulpvraag omdat daar vaak een onderliggende financiële problematiek speelt. In de eerste fase is de financieel expert een belangrijke samenwerkingspartner voor het brede basisteam. Deze rol wordt nu ingevuld door Bindkracht10 en de gemeentelijke uitvoering en is nog in een pilotfase. Het basisteam is vanaf 2022 een potentiële gastheer voor deze adviesrol, omdat het wel past bij de kerntaak: breed maatwerk gaat leveren aan inwoners met een ondersteuningsvraag. Eerst moet echter de functie van Financieel Expert verder doorontwikkelen en moet het brede basisteam worden neergezet. 3. Het beleggen van preventieve jeugdbescherming (voorheen drang) om uithuisplaatsingen van kinderen te voorkomen. 4. Een experiment preventieve jeugd-GGZ in een wijk of op school. Jeugd-GGZ is een grote en groeiende zorgsoort die voornamelijk via de huisarts loopt. We zullen moeten kijken in hoeverre we meer preventief kunnen werken op de scholen om psychische problemen bij kinderen te voorkomen. We denken aan een pilot voor het vergroten van de mentale weerbaarheid in een wijk of op school (denk aan faalangst, depressie en omgaan met psychiatrie van ouders). Onze ervaringen met de pilot Praktijkondersteuner (POH) bij de huisartsenpraktijk zullen we hierbij betrekken. 5. Een schoolhulpteam voor het Voortgezet Onderwijs om dichtbij de vindplaats van jongeren te komen. Hiervoor moeten we regionaal optrekken omdat de jeugd op het VO uit de regio en daarbuiten komt. Het onderwijs is een essentiële bouwsteen voor systemische jeugdhulp aan jongeren. School en thuis moeten geen gescheiden werelden zijn. Een onbelemmerde schoolgang is een belangrijke start voor een goed leven. 6. Een schoolhulpteam MBO. Hiervoor moeten we bovenregionaal de handen op elkaar krijgen.
Parallele doorontwikkeling	Naast de vorming van brede basisteams zijn er ontwikkelingen in het sociaal domein die daaraan raken: 1. De plaatsing van praktijkondersteuners (POH) bij de huisartsen vanaf 2019 moet ouders en kinderen helpen bij psychische vraagstukken. 2. Doorlichten en stroomlijnen van de gemeentelijke opdrachten voor preventieve jeugdhulp in de sociale basis o.a. welzijn en onderwijs. Het is van belang om goed uit te zoeken wat de werkzame elementen zijn van een goede preventieve basis voor de jeugd en te onderzoeken en hoe de huidige inrichting dat ook biedt. 3. Inkopen van een consultatiefunctie bij zorgaanbieders zodat het brede basisteam expertise kan betrekken bij de casussen.

	4. Een deel van de tweedelijns zorg ook gebiedsgericht gaan inkopen. 5. Er is een onderzoeksopdracht gestart naar slimmer werken in de wijk en de gebiedsgerichte sturing vanuit de Gemeente. Dit heeft raakvlakken met de ontwikkeling van brede basisteams die we een spilfunctie willen geven in de zorg- en welzijnsketen in elk stadsdeel.
--	--

7. Samenvatting

Waarom indicatievrij werken binnen brede basisteams met deskundige professionals dichtbij de leefomgeving?

Nijmegen heeft de ambitie om een Sociale Stad te zijn en te blijven ondanks de tekorten op het sociaal domein. Ze wil de zorg dicht bij de inwoner brengen, zonder bureaucratie en wachttijden. In 2015 is gestart met laagdrempelig, wijkgericht werken en daardoor hebben steeds meer inwoners de weg naar hulp gevonden. De volgende stap is het uitbreiden van het aantal professionals in de wijk, zodat de hulp ook direct daar kan plaatsvinden, dicht op het dagelijks leven en zonder indicatie. Het geeft de professionals de ruimte om flexibel in te spelen op de hulvragen van inwoners en écht te doen wat nodig is. Met de start van indicatievrij werken zetten we de volgende stap in de transformatie van zorg. We slaan vier vliegen in één klap: direct hulp verlenen aan inwoners zonder bureaucratie, kortere wachttijden, betere betaalbaarheid, betere samenwerking en meer vernieuwing. Daarnaast blijft nog een breed palet aan tweedelijnszorg beschikbaar. De inwoner behoudt de mogelijkheid om specifieke zorg aan te vragen omdat een breed basisteam als eerstelijns nooit alle hulpvragen kan bedienen.

Directe ondersteuning & korte wachttijden

Voor inwoners wordt de zorg toegankelijker dan nu. Op dit moment zijn er wachttijden bij de wijkteams doordat veel inwoners ze weten te vinden. Er is een vicieuze cirkel ontstaan: veel aanmeldingen leidde tot hoge werkdruk en lange wachttijden, de hoge werkdruk leidde weer tot veel indicaties naar tweedelijns zorgaanbieders en stijgende zorgkosten. De wijkteams komen zelf te weinig toe aan het bieden van ondersteuning. De oplossing is om een deel van de zorg direct te beleggen bij de wijkteams, we noemen het dan brede basisteams. De inwoner hoeft dan geen indicatieproces meer door van 2 tot 5 maanden. Om uit de vicieuze cirkel te komen moet er een flinke hoeveelheid professionele expertise en budget worden toegevoegd. Het betreft de expertise op het gebied van ambulante begeleiding (volwassenen en jeugd), dit ligt dichtbij maatschappelijk werk en wordt vaak door professionals met (ongeveer) dezelfde opleiding uitgevoerd. Deze professional hoeven geen indicaties meer te stellen maar gaan direct aan de slag met de hulpvraag. De tijd die nu gestoken moet worden in het stellen van indicaties komt vrij om direct hulp te gaan verlenen. Dankzij deze indicatievrije werkwijze heeft een inwoner minder (onnodige) gesprekken en kan de hulp sneller starten (op dit moment duurt het gemiddeld drie maanden voordat de zorg start). Ook worden de wachttijden korter. De professionals vormen een vast team per stadsdeel, waardoor veel minder reistijd nodig is en kennis van het welzijnsaanbod kan worden opgebouwd.

Meer inwoners helpen met minder geld

De uitgaven aan ambulante begeleiding Wmo en jeugdhulp zijn sinds 2015 fors gegroeid. Door het schrappen van de indicatiestelling kunnen we direct geld besparen. Daarnaast kan er bespaard worden op de zorgomvang. Het brede basisteam gaat de zorg vernieuwen, de professionals krijgen de ruimte voor preventie en creatieve oplossingen dicht bij de leefomgeving. Zij worden daarbij geholpen door de bekostiging. De brede basisteams worden gefinancierd met een lumpsum: een begrepsd budget. De gemeente maakt afspraken met het brede basisteam over het aantal ondersteuningstrajecten, collectieve activiteiten, kwaliteit, samenwerking en vernieuwing. Zo stimuleert deze vorm van bekostigen het ontwikkelen van flexibele-, preventieve- en domeinoverschrijdende oplossingen. Het volume van de tweedelijns en daarmee de marktwerking van vele aanbieders wordt verkleind. Daarmee hebben we minder last van de “pxq”-prikkels en wordt het “open eind”-karakter van de zorguitgaven kleiner.

Betere samenwerking tussen professionals

De roep om betere samenwerking tussen professionals is essentieel om goede hulp te leveren. Veel inwoners hebben meerdere, met elkaar samenhangende, problemen op verschillende leefgebieden. Integraal werken, meer regie (1 gezin – 1 plan) en bundeling van functies binnen het brede basisteam is daarom van belang. Voorwaarde voor samenwerking is dat professionals elkaar kennen en weten wat ze aan elkaar hebben: vaste

gezichten en korte lijnen. Een wijk of stadsdeel vormt een behapbare schaal voor samenwerking, die aansluit bij belangrijke 'vindplaatsen', zoals consultatiebureaus, basisscholen en huisartsen. In de huidige situatie belemmert indicatiestelling de samenwerking. De focus ligt op indicaties en niet op bredere en duurzame samenwerking. Met indicatievrij werken komt er meer ruimte en flexibiliteit in de samenwerking tussen professionals.

Specifiek voor de jeugdhulp geldt dat een duidelijke eerstelijns in Nijmegen ontbreekt omdat de taken zijn belegd bij verschillende partners en verschillende professionals. Er is voor de jeugd en de gezinnen in Nijmegen zowel inhoudelijk als financieel noodzaak tot het vormen van een krachtige basisteam die uitvoering geeft aan basisondersteuning en preventie en waar nodig de specialistische zorg consulteert en doorverwijst. Dit basisteam moet heel nauw samenwerken met de kinderopvang en scholen omdat daar de kinderen het meeste gezien worden.

Meer vernieuwing – collectieve oplossingen, inclusie en normalisering

Door indicatievrij werken maken we ruimte vrij voor de ontwikkeling van collectieve oplossingen en samenwerking met het sociaal netwerk. Vaak is samenwerking tussen welzijns- en zorgprofessionals nodig: welzijnswerkers hebben kennis van het collectieve aanbod en zorgprofessionals kunnen inwoners individueel begeleiden om de stap van beschut naar 'buiten' te zetten. Er zijn voor en sinds 2015 mooie voorbeelden ontstaan van samenwerkingsprojecten tussen zorg en welzijn, maar wij denken dat er meer potentie is. De huidige financiering is niet faciliterend en stimulerend voor samenwerkingsprojecten vanwege gescheiden en verschillende financieringsvormen: welzijn wordt lumpsum gefinancierd, begeleiding via P*Q en op indicatie. Door zorg- en welzijnsprofessionals samen te brengen in één basisteam verwachten we dat er meer synergie ontstaat en meer inclusie-activiteiten van de grond komen.