



Professionals en ervaringsdeskundigen over acute mentale hulp jeugd: tijdig, passend en goed



Een kwalitatieve, omvattende verkenning
van knelpunten en oplossingsrichtingen voor
tijdige, goede en passende acute mentale
hulp voor kinderen en jongeren



Monika Scholten, Sofie Weerd
en Anke Wammes

Maart 2022



VAN VASTLOPEN NAAR DOORLOPEN

Knelpunten en oplossingsrichtingen voor tijdige, goede en passende acute mentale hulp voor kinderen en jongeren

1 KNELPUNTEN

Inhoudelijke knelpunten

1. Geen gemeenschappelijke definitie
2. Gemiste kansen
3. Onvoldoende expertise beschikbaar
4. Weinig integraliteit
5. Verbroken verbindingen
6. Eerder beschikbaarheid dan passende hulp
7. Onvoldoende systemische blik
8. Focus op veiligheid en vermijden risico's
9. De keten raakt verstopt

Knelpunten in de organisatie en logistieke processen

10. Schaal van organisatie en crisisfunctie
11. Geen gemeenschappelijke crisisverantwoordelijkheid
12. Een slecht vormgegeven ambulantiseringproces
13. Personele krapte
14. Wachtlijsten
15. Onvoldoende gestructureerd werkproces

Knelpunten in de kaders en randvoorwaarden

16. Transitieleeftijd
17. Financiering
18. Regio-indeling
19. Informatie stroomt niet

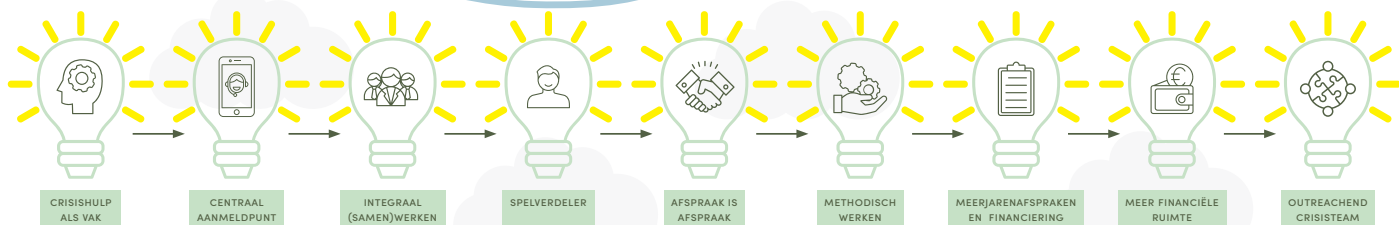
'Covid-19 zorgt de afgelopen jaren voor een enorme druk op de zorg.'



'Oplossingen die al zijn ingezet of in de maak zijn noemen we werkzame ingrediënten in de verdere ontwikkeling van acute mentale hulp voor kinderen en jongeren, die tijdig, passend en goed is.'

OPLOSSINGSRICHTINGEN 2

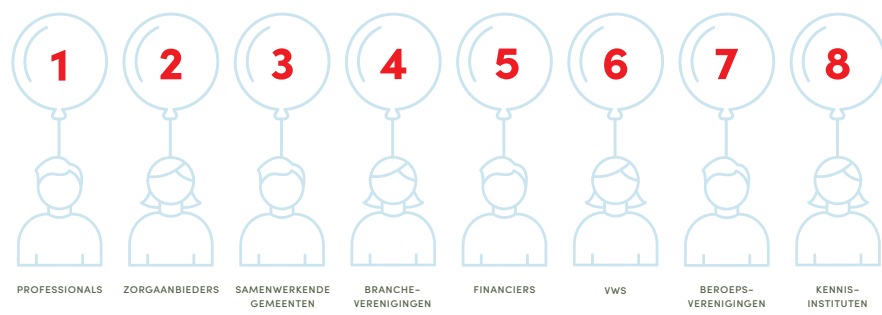
WERKZAME INGREDIËNTEN



POTENTIËLE EN GOEDE IDEEËN



3 AANBEVELINGEN



1.
 - Zet in op andere, vernieuwende manier van werken
 - Maak meer gebruik van de 'wisdom of the crowd'
 - Werk samen over de grenzen van je eigen organisatie
 - Bied peer support
2.
 - Erken de noodzaak voor samenwerking
 - Geef medewerkers handlungsruimte in domeinverbinding en multidisciplinaire samenwerkingen
 - Bewaak het bieden van super- en intervisies
3.
 - Heb oog voor bestaande netwerverbanden
 - Zorg voor overzicht over de ingekochte acute hulp
 - Zorg voor landelijke monitoring
 - Vergroot toezicht op kwaliteit ingekochte acute hulp
 - Onderzoek knelpunten en oplossingen
 - Leer in regionaal verband
 - Voer de regie
4.
 - Maak een meerjarenagenda
 - Bied een kader voor samenwerking
5.
 - Maak heldere financieringsafspraken
 - Onderzoek en deel effecten financiële prikkels
 - Maak goede financiële regeling tav consultatie
6.
 - Doe wat nodig is om versnippering in het veld tegen te gaan en trek op met andere ministeries.
7.
 - Adviseer over een landelijk coördinatiepunt
 - Draag bij aan kwaliteitsontwikkeling crisishulp
8.
 - Stimuleer en verbind onderzoek naar 'gestapelde' problematiek

Voor de lezer

Voor u ligt het verslag van een verkenning van knelpunten en oplossingen voor de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren en van de bouwstenen voor een lerend kennisnetwerk onder deze acute hulp. Deze verkenning is in de afgelopen paar maanden in hoog tempo uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse ggz, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en het Kenniscentrum Kinderen en Jeugdpsychiatrie en was mogelijk vanuit een gezamenlijke aanvraag in het kader van het steunpakket jeugd dat VWS beschikbaar stelde.

We bedanken de leden van de stuurgroep: Marco Bottelier, Mariëlle Ploumen, Arne Popma, Marlies Roosjen - de Feiter & Lilian Tham, in het bijzonder Cisca Joldersma, Hein Rijkenberg & Djiewke Verseput, de experts die we raadpleegden, de betrokkenen bij de 'crisisbedden-app' en alle geïnterviewden in de regio's. Zonder hun openheid, scherpte en bereidheid om ons digitaal deelgenoot te laten zijn van hun visies, kennis, ervaringen en bovenal hun vermogen hierop te reflecteren, was deze verkenning niet mogelijk geweest.

We bedanken graag *iedereen* die de conceptversie van commentaar wilde voorzien. Voor de tijd die dit kostte en de diepte die we daarmee hebben kunnen aanbrenge in de uiteindelijke tekst. Laat onverlet dat wij als auteurs verantwoordelijk zijn voor de volledige tekst.

We hopen dat het 'veld' verder kan op het spoor dat we hebben uitgezet. Dit spoor wordt de komende maanden vervolgd door Akwa GGZ die de Generieke Module Acute Psychiatrie zal uitwerken voor kinderen en jongeren. De bevindingen in deze verkenning dienen daarvoor als startpunt.

Monika Scholten, Sofie Weerd en Anke Wammes
Maart 2022

Inhoudsopgave

- 1 Aanleiding en context van de verkenning 6**
 - 1.1 Een duurzaam verbetertraject acute zorg 7
 - 1.2 Doelstelling 8
 - 1.3 Beperkingen tijdens de verkenning 9
 - 1.4 Terminologie 9
 - 1.5 Opzet van de verkenning (leeswijzer) 9

- 2 Werkwijze van deze verkenning 11**
 - 2.1 Interviewfase 11
 - 2.2 Monitorings- en stuurinformatie en bouwstenen voor lerend netwerk 12

- 3 Acute mentale hulp voor jeugd binnen het brede jeugdhulpveld 14**

- 4 Knelpunten in de acute mentale hulp voor jeugd 22**
 - 4.1 Inhoudelijke knelpunten 22
 - 4.2 Knelpunten in de organisatie en logistieke processen 29
 - 4.3 Knelpunten in de kaders en randvoorwaarden 32
 - 4.4 Tot slot 34

- 5 Oplossings-richtingen in de acute mentale hulp voor jeugd 35**
 - 5.1 Werkzame ingrediënten 36
 - 5.2 Potentieel werkzame ingrediënten en goede ideeën 40
 - 5.3 Drie scenario's voor acute mentale hulp 42



6	Data en stuurinformatie	45
6.1	Wat is er beschikbaar aan data- en stuurinformatie?	45
6.2	Wensen en behoeften t.a.v. monitorings- en stuurinformatie uit de interviews	46
6.3	Verder ingezoomd: de crisisbedden-app	48
7	Bouwstenen voor een lerend netwerk	54
7.1	Lerend vermogen in de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren	54
7.2	Inventarisatie van leervragen langs drie dimensies	56
7.3	Bouwstenen voor het lerend netwerk	58
8	Conclusie	60
	Bijlagen	
	Bronnen	65
	Interviewleidraad	67
	Overzicht van de gesprekspartners	68
	Afkortingen en begrippen	70
	Colofon	73

Aanleiding en context van de verkenning

Covid-19 zorgde de afgelopen twee jaar voor een enorme druk op de zorg. Veel aandacht ging uit naar de somatische zorg voor volwassenen. In de loop van 2020 worden de effecten van Covid-19 op de mentale gezondheid van jongeren echter steeds meer zichtbaar en voelbaar. Vanaf het najaar van 2020 neemt de druk op de crisisopname-afdelingen, crisisdiensten, spoedposten, poli's en intensieve ambulante teams voor jeugd toe. Vooral kinderen en jongeren met ernstige problematiek zoals eetstoornissen of suïcidaliteit of een combinatie van ernstige problemen doen een beroep op de acute crisiszorg.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) schetst de ernst van de situatie in een factsheet, dat zij samenstelt op basis van bezoeken aan 20 jeugd-ggz-instellingen in zes regio's (2021). Ten opzichte van het jaar ervoor (IGJ, 2020) is er sprake van een toename in de acute vraag naar hulp. Ten aanzien van de acute zorg constateert de IGJ:

'De acute zorg verdringt de reguliere zorg omdat deze voorgaat. Zo ontstaat een neerwaartse spiraal van jeugdigen die te lang moeten wachten op hulp, hierdoor in crisis raken, crisis hulp krijgen en vervolgens weer moeten wachten op reguliere zorg, waardoor de volgende crisis zich alweer aandient.'

De Inspectie pleit voor een 'gezamenlijke aanpak van rijk, gemeenten en aanbieders, waarin partijen met elkaar samenwerken' (IGJ, 2021).

De patiëntenorganisatie MIND trekt op diverse momenten aan de bel en houdt diverse peilingen onder haar (panel)leden.¹ De Nederlandse ggz (dNLggz) en de

¹ <https://mindplatform.nl>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) doen aan het begin van 2021 een uitvraag onder hun leden. Dit naar aanleiding van signalen dat de druk op de acute mentale hulp en op het personeel dat deze levert steeds nijpender wordt. Zowel aanbieders van jeugd-ggz als gemeenten signaleren en ervaren de toegenomen vraag naar acute mentale hulp voor jeugd in combinatie met een tekort aan klinische en intensief ambulante behandelplekken. Daarbij valt op dat de regionale verschillen groot zijn. In verschillende regio's is te weinig specialistische hulp ingekocht, waardoor kinderen en jongeren worden verplaatst tussen regio's. Ook neemt de personele krapte toe in de tweede Covid-19 golf (Jeugdautoriteit, 2021). Kortom, de acute mentale hulp blijkt kwetsbaar en Covid-19 legt deze kwetsbaarheid verder bloot.

In het voorjaar van 2021 wordt voor het opschalen van de capaciteit voor acute jeugd-ggz 50 miljoen euro beschikbaar gesteld door het Rijk. De zorgaanbieders maken plannen voor tijdelijke uitbreiding van de capaciteit (2021 en 2022). Tegelijkertijd realiseren de veldpartijen zich dat er meer nodig is. Ten eerste is de verwachting is dat de effecten van Covid-19 langere tijd zullen 'natrillen' bij kinderen en jongeren. Ten tweede zijn de complexe problemen niet alleen het gevolg van Covid-19, maar zijn ze door Covid-19 onder een vergrootglas komen te liggen. Nodig is om een duurzaam verbetertraject voor de acute mentale hulp voor jeugd in gang te zetten, conform de aanbeveling van de IGJ (2021). Deze verkenning is een eerste stap in dit traject.

1.1 EEN DUURZAAM VERBETERTRAJECT ACUTE ZORG

Het doel van zowel de opschaling als het verbetertraject is dat alle kinderen en jongeren met ernstige psychische problematiek snelle, goede, veilige en toegankelijke acute zorg ontvangen. Het verbetertraject kent twee sporen. Deze verkenning gaat over spoor 1 en lichten we in deze inleiding verder toe. Op het tweede spoor worden de bevindingen van deze verkenning inhoudelijk verder uitgebouwd en geconcretiseerd in de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard, vergelijkbaar met de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)². In een generieke module maken (ervaringsdeskundige) professionals, jongeren en naasten samen met andere 'stakeholders' afspraken over de kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid van goede acute mentale hulp voor de kinderen en jongeren die dit nodig hebben. Een generieke module beoogt tevens de ontwikkeling van het lerende netwerk verder te brengen.

De overbelasting van de acute zorg heeft eens te meer het belang duidelijk gemaakt om een veerkrachtiger zorgsysteem te ontwikkelen. Een zorgsysteem

2 De generieke module acute psychiatrie beschrijft de inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen in een crisissituatie van wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische stoornis hebben. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie>

dat haar vermogen vergroot om responsief te zijn in onvoorziene en onvoorspelbare situaties en gebeurtenissen die een groot beroep doen op de beschikbare capaciteit. Een zorgsysteem dat deze situaties kan monitoren en steeds beter in staat is hieruit te leren, inhoudelijk en organisatorisch (vgl Anderson e.a.). Ten behoeve van tijdige, goede, passende en veilige hulp voor alle kinderen en jongeren. Dit vraagt om samenwerking op alle niveaus tussen professionals, zorgaanbieders en financiers in de context van een decentraal jeugdstelsel.³

Omdat per regio de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren verschillend is geregeld, zijn de kaders waarbinnen de zorgprofessionals werken ook verschillend. Ondanks de actieve landelijke netwerken die voorzien in korte lijnen tussen professionals, is het werken over de grenzen van de regio of provincie regelmatig moeilijk. Bovendien is er na de decentralisatie weinig centrale data beschikbaar.

In de afgelopen periode, nog voor Covid-19, is door het Expertisecentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (EKJP) de zogenoemde crisisbedden-app ontwikkeld, een voorbeeld van het vergroten van de veerkracht. Met de app is het eenvoudiger om te zien waar in het land bedden beschikbaar zijn. Dit vereenvoudigt het tijdrovende zoekproces naar een passende plek en geeft zicht op de landelijk beschikbare capaciteit. Idealiter is inzichtelijk hoe groot de vraag naar acute mentale hulp is, welk type acute zorg nodig is, of er sprake is van effectieve samenwerking en hoeveel capaciteit er beschikbaar is en mag zijn. Zover is het nog niet.

1.2 DOELSTELLING

Het doel is om acute mentale hulp voor kinderen en jongeren te voorkómen.⁴ Als deze hulp wel nodig is, moet deze hulp tijdig, passend en goed worden geboden. Deze verkenning wil bijdragen aan tijdige, passende en goede acute mentale hulp voor alle kinderen en jongeren binnen een veerkrachtig zorgsysteem, dat, zoals boven beschreven, haar vermogen tot adaptatie en leren voortdurend weet te vergroten. In deze verkenning:

- Geven we een overzicht van de knelpunten in de acute mentale zorg voor kinderen en jongeren en brengen we in beeld hoe men in de praktijk werkt aan oplossingen voor deze knelpunten

3 Er lopen diverse landelijke verbeterinitiatieven in de jeugdhulp, die meer en minder raken aan het thema uit deze verkenning. Onder meer gaat het om de hervorming en vereenvoudiging van de jeugdbeschermingsketen en het programma 'Best Passende Zorg voor Kwetsbare Jongeren' dat zich richt op verbetering van de JeugdzorgPlus.

4 Een crisis kan worden voorkomen wanneer door vroegdetectie wordt voorkomen dat een situatie verergert of zich herhaalt (recidief escalatie). Een crisis kan ook als een 'doorbraak' moment in het ziekteproces worden gezien en ervaren, waarna herstel zich kan inzetten.

- Inventariseren we de monitoring- en stuurinformatie die voorhanden is en nodig is voor een goede monitoring
- Verkennen we wat professionals van en met elkaar, landelijk en regionaal, willen leren om de acute mentale hulp verder te ontwikkelen en leggen we een fundament voor een lerend netwerk

Het perspectief is breed. Acute mentale problemen spelen zich vaak af op het grensvlak van psychiatrie, (ortho)pedagogiek (opvoedings- en gedragsproblematiek), somatiek (somatoforme stoornissen/eetstoornissen) en/of (licht) verstandelijke beperkingen en systeemproblematiek. Hoewel deze verkenning vooral vanuit de jeugd-ggz is geïnitieerd, zijn ook de kindergeneeskunde, jeugdzorg, jeugd- en opvoedingshulp, jeugdbescherming en gehandicaptenzorg betrokken.

1.3 BEPERKINGEN TIJDENS DE VERKENNING

In de periode waarin deze verkenning werd uitgevoerd was het vanwege Covid-19 onmogelijk mensen ‘live’ te spreken. Ook de voorgenomen bijeenkomsten om de basis te leggen voor een lerend netwerk en de voorgenomen bijeenkomsten om een prototype voor stuurinformatie te ontwerpen vanuit het perspectief van de eindgebruikers waren niet mogelijk. We hebben daarom besloten zoveel mogelijk mensen individueel digitaal te spreken. We hopen dat in het vervolg de mogelijkheden van ‘live’ bijeenkomsten wel kunnen worden benut. Voor de vorming van een lerend netwerk is dit zeker van belang.

1.4 TERMINOLOGIE

Er zijn veel termen in omloop als het gaat om acute mentale hulp voor kinderen en jongeren. Sommigen geven de voorkeur aan crisishulp, anderen aan spoedhulp of spoedeisende hulp. Een crisis is voor de één acuter dan acute hulp of spoedhulp. De ander spreekt bij voorkeur over spoed om de urgentie te duiden. Deels hangt dit af van de werkcontext, deels van een verschillend gevoel van urgentie van de situatie. In deze verkenning gebruiken we ‘acute mentale hulp’ voor situaties waarbij binnen een bepaalde tijd hulp nodig is op grond van een geestelijke of mentale verslechtering. Met ‘mentaal’ hopen we de toegenomen psychische problemen van kinderen en jongeren niet in het domein van de jeugd-ggz te positioneren, maar als een breder vraagstuk te benaderen. Soms ontkomen we er niet aan om crisis of crisishulp te gebruiken.

1.5 OPZET VAN DE VERKENNING (LEESWIJZER)

In het tweede hoofdstuk beschrijven we de werkwijze van deze verkenning. Voor de interviews is gekozen voor een brede vertegenwoordiging van het veld, waarbij de geïnterviewden in de verschillende domeinen van de jeugdhulp werkzaam zijn: jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp, jeugd-lvb, jeugdbescherming, ziekenhuis. In het derde hoofdstuk geven we weer hoe de acute mentale hulp

voor kinderen en jongeren op dit moment is georganiseerd. In hoofdstuk vier brengen we de ervaren knelpunten in beeld en in hoofdstuk vijf de oplossingsrichtingen. Hoofdstuk zes laat de behoefte aan monitorings- en stuurinformatie zien en doen we een ‘deepdive’ in de crisisbedden-app. We sluiten deze verkenning af met de bouwstenen voor een lerend netwerk en doen aanbevelingen op basis van 58 interviews met 70 gesprekspartners die we verspreid over Nederland gevoerd hebben.



Werkwijze van deze verkenning

De inhoud van dit rapport is een verkenning; een ‘eerste observerend onderzoek’. De inhoud is gebaseerd op interviews met zorgprofessionals, leidinggevenden, bestuurders en ervaringsdeskundigen werkzaam in of betrokken bij acute mentale hulp voor jeugd. De keuze voor de kwalitatieve insteek is gemaakt omdat cijfers over de omvang van het aantal crises op veel verschillende plekken (individuele gemeenten, samenwerkende gemeenten) worden bijgehouden en het in de korte tijd van deze verkenning niet mogelijk bleek hier een goede uitvraag van te doen.

Voor de interviews is gekozen voor een brede vertegenwoordiging van het veld, waarbij de geïnterviewden in de verschillende domeinen van de jeugdhulp – jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp, jeugd-lvb, jeugdbescherming, ziekenhuis – werkzaam zijn. Het rapport geeft daarmee een breed beeld van de knelpunten binnen de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren en van de manieren waarop betrokkenen in dit veld de ervaren knelpunten op dit moment tegemoet treden. Ook geeft het inzicht in welke oplossingen al zijn bedacht en waar in praktijk al mee wordt gewerkt.

In totaal zijn 58 interviews met 70 gesprekspartners door heel Nederland afgenomen. Allereerst is gestart met het opstellen van een interviewleidraad. Deze leidraad is voorgelegd aan de stuurgroep en aan een aantal experts. De feedback van de stuurgroep en experts is verwerkt in een definitieve interviewleidraad (zie bijlage 2). De interviewleidraad is getoetst in twee regio’s. In beide regio’s zijn meerdere gesprekken gevoerd, verspreid over de verschillende domeinen. Op basis van de ervaringen in deze regio’s is de interviewleidraad verder aangescherpt. Daarnaast is een inschatting gemaakt welke gesprekspartners geschikt zijn om in korte tijd een gedegen beeld te kunnen geven van de acute mentale hulp voor jeugd. De gegevens uit de interviews zijn anoniem verwerkt.

2.1 INTERVIEWFASE

Er zijn interviews afgenomen in een groot aantal regio’s in Nederland. Bij het selecteren van gesprekspartners is voortgebouwd op bestaande netwerken

binnen de jeugd- en opvoedingshulp, waaronder JeugdzorgPlus en jeugd-ggz, het netwerk managers crisisdiensten (dNLggz), een walking dinner van de afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie van de NVvP en het Waardenetwerk Gezond Opgroeien (dNLggz). Geïnterviewden droegen zelf ook namen aan van relevante (keten- en netwerk)partners in de regio. Daarnaast is gebruik gemaakt van beschikbare gegevens die waren te ontleen aan de tijdelijke opschaling van de acute jeugd-ggz en regionale opschalingsplannen die zijn gemaakt. Een overzicht van het aantal gesprekspartners en de verhouding tussen domeinen is te vinden in bijlage 3.

De interviews zijn geanalyseerd op het niveau van inhoud, organisatie/logistiek en randvoorwaarden. Hieruit zijn verschillende knelpunten en oplossingsrichtingen naar voren gekomen. Voor de eindpublicatie van deze verkenning is een concepttekst verschenen. Deze concepttekst is van feedback voorzien door een samengestelde groep van experts. Hun opmerkingen zijn in het eindrapport verwerkt.

2.2 MONITORINGS- EN STUURINFORMATIE EN BOUWSTENEN VOOR LEREND NETWERK

Naast de verkenning van knelpunten en oplossingsrichtingen is gewerkt aan een overzicht van wat er al is en wat nodig is voor goede monitorings- en stuurinformatie. In de interviews is gevraagd naar welke data binnen de regio beschikbaar zijn en waar de verdere behoefte aan monitorings- en stuurinformatie ligt. Daarnaast is gereflecteerd op het gebruik van de zgn. crisisbedden-app, indien daar gebruik van gemaakt werd.

Er zijn drie online inloopsessies georganiseerd, gericht op het gebruik van de crisisbedden-app: om wensen en behoeften van gebruikers en features voor doorontwikkeling te inventariseren. Ook zijn de bouwstenen voor een lerend netwerk in beeld gebracht. De input hiervoor is opgehaald in de interviews met experts en door al bestaande netwerken binnen het veld te inventariseren. Daarnaast zijn tijdens de gesprekken in de verschillende regio's leervragen geïnventariseerd.

Tot slot zijn er tijdens het uitvoeren van de verkenning verschillende afstemmingsmomenten geweest met de stuurgroep en de opdrachtgevers. Daarnaast is Akwa GGZ vanaf de start van de verkenning betrokken en op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen en uitkomsten, gelet op de samenhang met de ontwikkeling van de GMAP Jeugd.

Werkwijze op hoofdlijnen

Interviews:

1. Opzet interviewleidraad
2. Toetsing leidraad in stuurgroep en bij expertraad
3. Toetsing interviewleidraad in pilotregio's
4. Inschatting: welke gesprekspartners (op basis van pilotregio's)
5. Interviewafname in overige regio's, op basis van indeling GMAP
6. Analyse
7. Eindproduct (inclusief meelezersgroep)

Stuurinformatie:

1. Tijdens gesprekken georiënteerd op beschikbare data en waar de behoefte ligt
2. Tijdens gesprekken gevraagd naar gebruik/behoefte crisisbedden-app
3. Drie inloopsessies om wensen en behoeften van gebruikers te inventariseren

Tijdens gehele proces:

1. In gesprekken bouwstenen gelegd voor lerend netwerk. Door te spreken met experts, met bestaande netwerken van professionals en bestaande netwerken binnen het veld
2. Verschillende afstemmingsmomenten met stuurgroep/beleidspersonen
3. Betrokkenheid Akwa GGZ door korte lijntjes met projectleider GMAP Jeugd

Acute mentale hulp voor jeugd binnen het brede jeugdhulpveld

Het verlenen van acute mentale hulp voor jeugd vindt plaats in binnen het brede jeugdhulpveld. In dit hoofdstuk wordt een algemene beschrijving gegeven van de zorg binnen dit jeugdhulpveld zoals het op hoofdlijnen is vormgegeven.

Wettelijke kaders

Binnen de integrale jeugdhulp zijn verschillende wetten en regels van toepassing, waarvan de Jeugdwet het grootste deel behelst (NJI, z.d.). Onder de Jeugdwet valt de ondersteuning bij opvoed- en opgroei problemen, psychische hulp of behandeling, begeleiding of persoonlijke verzorging i.v.m. een somatische aandoening en zorg bij een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. De hulp wordt verstrekt via een gesprek met de gemeente (wijkteam, CJG of Wmo-loket) of een verwijzing vanuit een huisarts, jeugdarts of medisch specialist. Een deel van de zorg voor jeugd valt onder andere wetten dan de Jeugdwet. Zo valt een deel onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (Veilig Thuis) en een deel onder de Wet langdurige zorg (Wlz) (24-uurszorg, permanent toezicht). De somatische zorg valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de jeugdgezondheidszorg valt voor een deel onder de Wet publieke gezondheid (Wpg) (het andere deel valt onder de Jeugdwet).

Vanaf 18 jaar wordt de hulp vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet, de Participatiewet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (GGZ Standaarden, 2018). In het geval van acute mentale hulp voor jeugdigen – crisiszorg – is de gemeente vanuit de Jeugdwet verantwoordelijk voor de taak om ‘24/7 beschikbaar en bereikbaar zijn en bij crisissituaties direct de juiste jeugdhulp in te schakelen’.

De mogelijkheid om verplichte zorg in te zetten is geregeld in de Wet op de verplichte ggz (Wvvgz). De Wvvgz kent twee procedures om te komen tot verplichte

te zorg: een zorgmachtiging (ZM) via de rechter of een crisismaatregel (CM) via de burgemeester (Dwang in de zorg, z.d.). Tot 12 jaar beslissen de met gezag belaste ouder(s) of voogd over een eventuele behandeling. Een CM of ZM kan in die gevallen dus enkel aan de orde zijn als de ouders of voogd de behandeling weigeren. Vanaf 12 jaar heeft de jeugdige zelf een belangrijke stem, mits hij in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen. Een machtiging (CM of ZM) zal in die gevallen altijd nodig zijn als de jeugdige de behandeling weigert. Tot de leeftijd van 16 jaar is ook een machtiging nodig als de ouders of voogd niet instemmen met de behandeling (ongeacht wat de jeugdige zelf wil). Vanaf 16 jaar beslist de jeugdige in beginsel volledig zelf (Wolters Kluwer, 2019).

Gedwongen zorg via een crisismaatregel of zorgmachtiging is iets anders dan gesloten jeugdhulp. Een crisismaatregel of zorgmachtiging kan worden ingezet als sprake is van psychiatrische problematiek die tot dusdanige gevaarlijke situaties leidt dat gedwongen zorg de enige oplossing is. Gesloten jeugdhulp is aan de orde als sprake is van ernstige opgroei- of opvoedproblemen die de jeugdige belemmert in de ontwikkeling naar volwassenheid en een gesloten verblijf noodzakelijk is om te voorkomen dat de jeugdige zich onttrekt aan de noodzakelijk hulp (Wolters Kluwer, 2019).

Indien er sprake is van uithuisplaatsing in een crisissituatie, moet in veel gevallen een machtiging uithuisplaatsing door de kinderrechter afgegeven worden. Een kinderrechter kan een machtiging uithuisplaatsing afgeven wanneer de verzorging en opvoeding van een jeugdige in het geding is, of wanneer onderzoek naar de geestelijke en/of lichamelijke gesteldheid van de jeugdige noodzakelijk is (GGZ Standaarden, 2018).

De Wet zorg en dwang (Wzd) geldt voor kinderen en jongeren bij wie een verstandelijke beperking is vastgesteld en bij wie onvrijwillige zorg wordt overwogen of toegepast. De Wzd geldt niet voor kinderen en jongeren bij wie geen verstandelijke beperking is vastgesteld. Bij kinderen tot 12 jaar nemen de ouders/voogden die het gezag uitoefenen de beslissing over de zorg van het kind. Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar neemt het kind gezamenlijk met zijn of haar ouders/voogden de beslissingen over de zorg die aan hem of haar wordt verleend. Vanaf 16 jaar neemt het kind zelf de beslissing over de zorg die aan hem of haar wordt verleend.

Tot slot is in sommige gevallen de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing. De regels van de WGBO gelden voor jeugdhulp als de hulp een geneeskundige behandeling is. Onder de WGBO kan bijvoorbeeld dwangsondevoeding worden ingezet op een SEH wanneer sprake is van acuut levensgevaar (bijvoorbeeld een hypoglykemie) waarbij direct moet worden ingegrepen. Opvoedingsondersteuning en gesloten jeugdhulp vallen niet onder de WGBO.

In de WGBO staan de rechten en plichten van cliënten die zorg krijgen, en van

zorgverleners die zorg geven. Tot twaalf jaar beslissen de gezagdragende ouders over hulp aan hun kind. Bij jeugdigen van twaalf tot en met vijftien jaar is in principe dubbele toestemming vereist, zowel van de ouders als van de jeugdige zelf. Vanaf zestien jaar beslist de jeugdige zelf over de hulp, tenzij hij of zij wilsonbekwaam is. Voor jeugdigen van zestien en zeventien jaar wordt in de WGBO een uitzondering gemaakt. Vanaf het zestiende jaar gaan adolescenten, mits wilsbekwaam, zelfstandig een geneeskundige behandelingsovereenkomst aan en beslissen ze zelf over diagnostisch onderzoek of behandeling.

Financiering

Gemeenten hebben sinds 1 januari 2015 een jeugdhulpplicht. Dat betekent dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van de verschillende vormen van jeugdhulp. Daarvoor kopen zij zorg in bij jeugdhulpaanbieders (instellingen en vrijevestigden). In inkoopcontracten, dienstverleningsovereenkomsten of samenwerkingsafspraken worden aanvullende afspraken tussen de gemeente en de jeugdhulpaanbieder vastgelegd. Een klein deel van de jeugd-ggz wordt door de zorgverzekeraar betaald, namelijk behandeling van psychische klachten door de huisarts of praktijk-ondersteuner ggz (POH-GGZ), medicijnen bij psychische aandoeningen voor jongeren die niet in een instelling (extramuraal) zitten en de medisch specialistische zorg voor somatische gevolgen van psychische aandoeningen. Kinderen tot 18 jaar zijn bij hun ouders meeverzekerd. De jeugdzorg, waaronder naast de jeugd-ggz ook de zorg- en hulp bij opvoedingsproblemen (bijvoorbeeld ambulante jeugdhulp en pleegzorg) en gesloten jeugdzorg, wordt gefinancierd vanuit de Jeugdwet, door afgesloten contracten tussen de gemeente en zorgaanbieders of door contracten via het Landelijk Transitie Arrangement (LTA).

Betrokken partijen en organisatie crisiszorg

In dit brede veld van de hulp en begeleiding voor kinderen en jongeren zijn verschillende partijen actief. Het veld wat voorafgaat aan acute mentale hulp voor jeugd bestaat uit huisartsen, wijkteams, jeugdgezondheidszorg (jeugdarts/jeugdverpleegkundige), kindergeneeskundige zorg (kinderarts, sociale pediatrie) en voorzieningen binnen de jeugdzorg, gehandicaptenzorg of (generalistische basis of gespecialiseerde) jeugd-ggz. Acute mentale hulp kan zowel raken aan (ortho)pedagogische ondersteuning waar de gemeente en partijen zoals Jeugdbescherming, Veilig Thuis en JeugdzorgPlus een rol in spelen, als aan psychiatrische acute hulp die zowel poliklinisch als klinisch geleverd kan worden. Er zijn 33 zorgaanbieders met een Wvvggz erkenning en jeugd-ggz aanbod (dNLggz, 2021). Daarvan zijn er 27 aanbieders met een crisisfunctie, die momenteel werken aan de opschalingsplannen (VNG, 2021). Voorts zijn er momenteel 12 instellingen die gesloten jeugdhulp bieden en 10 orthopedagogische behandelcentra waar 'crisisplekken' aanwezig zijn. Het aantal 'crisisplekken' is niet bekend.

In de gemeenten en regio's is een grote variëteit aan hoe de crisiszorg is ingericht. In sommige regio's is de acute jeugd-ggz apart georganiseerd, in andere

regio's is de acute jeugd-ggz onderdeel van crisiszorg voor jeugd én volwassenen. Er zijn ontwikkelingen naar integrale crisisdiensten voor jeugd, waarbij de jeugd-ggz, de jeugdzorg, de jeugd-lvb, en de jeugdbescherming samen optrekken. Bijvoorbeeld in een gezamenlijke voordeur, en een triage waarbij breed gekeken wordt naar zowel de psychiatrische problematiek alsook gedrags- en opvoedproblemen en gezinsproblemen. Ook de financiering van deze ontwikkelingen verschilt: zo zijn er integrale crisisdiensten die via een meerjarenafspraak gefinancierd worden vanuit verschillende gemeenten, terwijl op andere plekken jaarlijks aanbesteed wordt.

Regio-indelingen

Er zijn verschillende regio-indelingen waar het jeugdhulplandschap aan orde is. De volwassen-ggz is georganiseerd in 28 regio's, conform de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP). Daarnaast is de Acute psychiatrie vertegenwoordigd binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), die in elf regio's bestaat onder de koepel van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Opvallend genoeg is in deze ROAZ-en geen portefeuillehouder voor de acute mentale hulp jeugd toegewezen. Daarnaast is het landschap verdeeld in 42 jeugdhulpregio's. Iedere regio heeft een Expertteam jeugd. Het expertteam helpt passende zorg te organiseren (VNG, z.d.). Wanneer het een regionaal expertteam niet lukt om tot een passende oplossing te komen, is het mogelijk om ondersteuning te ontvangen van de Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd. Nederland telt 8 bovenregionale expertisenetwerken Jeugd, die vanuit een onafhankelijke positie de jeugdhulpregio's en de regionale expertteams ondersteunen (AEF, 2020).

Interventies⁵

Er wordt in de jeugdhulp geïnvesteerd in verdere ontwikkelingen op het gebied van toetsbare mentale hulp voor jeugd. Hoewel instellingen ook zelf modules ontwikkelen op basis van hun kennis en ervaringen, wordt een aantal interventies en methodieken landelijk uitgetest, getoetst en verbeterd op basis van modelgetrouwheid, en zo gezamenlijk verder ontwikkeld. Een aantal voorbeelden:

- Intensive Home Treatment (IHT): een IHT-team biedt hulp aan jongeren die door hun psychiatrische problemen in crisis zijn of in crisis dreigen te raken en die zonder intensieve behandeling mogelijk opgenomen zouden moeten worden in een instelling, of jongeren die na een opname naar huis gaan en daarbij nog extra ondersteuning nodig hebben. IHT biedt geen vast behandelprotocol, maar omvat (a) crisisinterventie; (b) in de thuissituatie, met actieve betrokkenheid van naasten; (c) opname-vervangende behandeling, dus 24/7 bereikbaarheid en ondersteuning en (d) consistent-

5 We verwijzen naar interventies, maar ook methodiek wordt in dit verband gebruikt. Een interventie wordt omschreven als een theoretisch en praktisch weldoordachte, systematische aanpak voor preventie, ondersteuning en hulp bij specifieke risico's en problemen. Een methodiek is een specifieke invulling hiervan (vgl. K. Hermans, 2014; NJI). <https://www.nji.nl/interventies/wat-is-een-jeugdinterventie>

te zorg door één team (Herpers & Van Velthuisen, 2020). Een modelgetrouwheidsschaal is in onderzoek.⁶

- High & Intensive Care (HIC): op de HIC wordt herstelondersteunende zorg geboden. Uitgangspunt van het HIC-gedachtegoed is dat de opname wordt gezien als een korte onderbreking van de ambulante behandeling. Een intermezzo gericht op herstel, zodat de jongere zo snel mogelijk weer in de eigen omgeving kan deelnemen aan het maatschappelijke leven.
- Op een aantal plekken vormt de HIC Jeugd samen met IHT Jeugd een geïntegreerd aanbod. De HIC Jeugd dient daarmee ook als ‘vangnet’, consultatiedienst en basis voor IHT Jeugd. Op het moment dat de voortgang in de thuissituatie bij IHT Jeugd vastloopt is er overleg en zo nodig een interventie mogelijk met HIC Jeugd. HIC Jeugd biedt een 24-uurs opname mogelijkheid aan jongeren en hun ouders, waarbij gezinnen die een IHT Jeugd-traject volgen desgewenst aanspraak kunnen maken op een kortdurende klinische interventie (Herpers & Van Velthuisen, 2020)⁷.
- Flexible Assertive Community Treatment (FACT): een vorm van psychiatrische behandeling en begeleiding, waarbij hulp geboden wordt op allerlei levensgebieden.
- Ambulante Spoedhulp (ASH): een module waarbij – gedurende een periode van maximaal vier weken – ouders, opvoeders, jeugdigen en het gezin als geheel worden geholpen bij het hanteren van spoedeisende problemen en crisissituaties. Deze situaties kunnen zich voordoen bij het opvoeden en het opgroeien van jeugdigen. ASH is een hulpvorm die de problematiek verkent en ordent, gezinsleden structuur en veiligheid biedt, het sociaal netwerk van het gezin activeert, het probleemoplossend vermogen van de afzonderlijke gezinsleden vergroot en de regie in het gezin herstelt, al dan niet in combinatie met toeleiding naar aanvullende (intensieve) hulpverlening (SEJN, z.d.).

De visie ‘beter worden doe je thuis’ of ‘zo thuis als mogelijk’ is diep verankerd in de bovenstaande initiatieven. Per regio verschilt het aanbod van bovenstaande methodes. Er zijn plekken waar alle vier de methodes in werking zijn en plekken waar dit nog maar kort geleden is gestart. Op andere plekken bestaan samenwerkingsverbanden tussen de verschillende methodes en aanbieders.

6 Prinsen, E.J.D., I. Meijerman & S. de Beijer. Modelgetrouwheidsschaal IHT. Nederlandse vertaling van de Core Crisis Resolution Fidelity Scale version 2.

7 Voor meer informatie over de methodiek van IHT en HIC, zie het werkboek ‘Intensief behandelcentrum jeugd. Visie- en methodiekbeschrijving IHT Jeugd en HIC Jeugd.’ van Pierre Herpers & Machiel van Velthuisen. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2021/03/Visie-methodiekbeschrijving-IHT-jeugd-HIC-jeugd.pdf>



WENKEND PERSPECTIEF

We vroegen de geïnterviewden in deze verkenning naar het wenkend perspectief: 'Als je iets zou mogen invoeren in de actuele mentale hulp voor jeugd, en je wordt niet gehinderd door alles wat je nu eventueel hindert, denk aan financiële kaders, organisatiestructuren, beeldvorming, kennis tekort, schaarste aan personeel, bedden etc. wat zou je dan doen om de acute mentale hulp aan jeugdigen te verbeteren?'

Een enkeling bleef stil maar het merendeel van de geïnterviewden wensten er lustig op los. Ze raakten hiermee de inhoud van zorg, de organisatie en logistiek. Een selectie van 'dromen' is hier weergegeven.

'Mijn droom is een soort gezinshuis. In een gezinssetting. Je wilt iemand een veilige setting bieden maar wel zo normaal mogelijk.'

'Ik heb een beeld van een telefoonnummer. Via de meldkamer beoordeeld, gelijk één team wat voor de hele stad of regio uitrukt. Daar zit een schil omheen van alle expertises die je nodig hebt. Dan moet je zorgen dat instellingen zoals wij daar goed op aangesloten zijn, die dan de spoedhulp kunnen inzetten.'

'Ik droom van briljante samenwerking! Binnen de ggz zijn er (te)veel eilandjes, ggz-organisaties weten niet eens van elkaar welke modules geboden worden. Door de gesprekken die we nu veel voeren komt dat meer bij elkaar.'

'Veel afwijkend gedrag wordt vertaald naar psychiatrie. Ik zou willen dat we veel meer 'normaliseren'. Dat betekent dat je veel meer tijd neemt om cliënt uit te leggen waarom ggz niet passend is en patiënt te begeleiden naar passende 'hulp'. Expertise aan de voorkant is daarvoor cruciaal. Triage is generalistisch werk, maar moet wel door experts worden uitgevoerd.'

'Ik zou bijna denken: kan Veilig Thuis de spoedfunctie niet meedragen onder supervisie van kinder- en jeugdpsychiater of crisisdienst? De medewerkers zijn bekend met forse crisis en systeemproblematiek. Ik vermoed dat ze ook bekend zijn met psychiatrie van zowel ouders en kind. Dit scheelt een heel 2e spoedteam opbouwen met veel bereikbaarheidsdiensten uit een pool van mensen waar al personeelstekort is.'

'Transformatie jeugdbescherming: een integraal veiligheidsteam dat in de wijken opereert en gezamenlijk verantwoordelijk is voor veiligheidstaken. Bewust van de mogelijkheden in de wijk. We gaan verdragen, we gaan het thuis doen, we steunen het gezin met vaste personen.'

'Meer integrale zorg is goede oplossingsrichting, op het moment dat het duidelijk is dat iedereen daar vanuit eigen expertise en kennis een rol in heeft.'

'Een integrale crisis/spoeddienst voor jeugd die over voldoende capaciteit beschikt en een brede blik heeft op de problematiek. We moeten naar ketenzorg en netwerkhelp.'

'Wat we nodig hebben: mensen met visie, lef, buiten de gebaande paden.'

'Als we de keten veel steviger neerzetten, en je kan zowel 'naar boven als naar beneden' beter overdragen, pakken mensen eerder dingen op. Als dat helder is, inclusief verschillende verantwoordelijkheden, kan je elkaar meer vertrouwen.'

'Meer oog voor wat je als collega ofbaas nodig hebt na een crisis. Vertrouwen helpt. Dat er geluisterd wordt, dat de 'teamcultuur' kwetsbaarheid toelaat, en er geen angstcultuur is. Niet beschuldigend zijn, je opstellen als een lerende organisatie.'

'Hoog specialistisch kennis ontwikkelen. Toch meer investeren op ontwikkeling van, onderzoek naar gestapelde problematiek zoals autisme en eetstoornissen. Het is toch heel lastig om hier goede zorg voor te bieden. Het is heel hard nodig: er is weinig onderzoek en er zijn te weinig specifieke plekken.'

'Een kinderarts die eens meeliep op onze afdeling Psychiatrie stelde voor om alles in één groot gebouw te zetten. Iedereen bij elkaar. Jeugdzorg, jeugd-ggz, etcetera. Een soort Máxima Centrum, maar dan anders. Je hebt veel kortere lijntjes, alles op één plek. Andere specialismen kunnen heel makkelijk worden bijgeschakeld. Zoiets zou je eigenlijk ook voor de ggz-zorg willen.'

Nachtmerrie: 'Wie de bedden heeft, heeft de macht'.

Knelpunten in de acute mentale hulp voor jeugd

In de interviews met zorgprofessionals, managers/leidinggevenden en ervaringsdeskundigen is gevraagd naar knelpunten in de verschillende fasen van acute mentale hulp: de aanmelding en triage, de zorgcoördinatie, diagnostiek en behandeling en vervolgzorg. Alle knelpunten zijn in beeld gebracht en geclusterd langs drie dimensies: inhoudelijke knelpunten, organisatorische en logistieke knelpunten en knelpunten die randvoorwaarden en kaders betreffen, wettelijk en financieel.

Het verschil in de mate waarin we een knelpunt hebben gehoord geven we weer in beschrijvende vorm: veel geïnterviewden, een aantal geïnterviewden, een enkele geïnterviewde. We noemen geen percentages, om suggesties van exactheid te vermijden. Het streven is een geschakeerd beeld te geven van de knelpunten in de huidige situatie ten aanzien van de acute mentale hulp voor jeugd en in de context waarin deze hulp wordt geboden. Er zijn knelpunten die door veel geïnterviewden zijn genoemd en gedeeld en herkenbaar zijn in meerdere regio's, maar er zijn ook knelpunten die in de interviews door een enkeling of een minderheid worden genoemd en door anderen in de regio(s) waar zij werkzaam zijn niet als knelpunt wordt ervaren. Ze laten zien dat een vraagstuk ook anders kan worden geduid of in de praktijk anders uitpakt en zijn meegenomen in de analyse.

4.1 INHOUDELIJKE KNELPUNTEN

Knelpunt



Geen gemeenschappelijke definitie van 'acute mentale hulp' en 'crisis' en geen gedeelde beoordelingscriteria

'Niet dat geïmproviseer continue', 'van het kastje naar de muur', 'wij-zij-en', 'kinderen klappen eruit, omdat ze gewoon niet op de passende plek zitten', 'jongeren in het grijze gebied'.

Vrijwel alle geïnterviewden zijn het erover eens dat een acute situatie kan betekenen dat het kind in (levens)gevaar is. Maar ook dat de naasten van het kind de crisis ervaren of dat de verwijzer – huisarts, sociaal wijkteam, politie of een zorgprofessional, waar de jongere al in behandeling of begeleiding is – aangeven dat er sprake is van een crisissituatie of soms zelf ‘in crisis’ zijn ten aanzien van de situatie van het kind. *‘Iedereen die belt en vindt dat hij in nood of crisis is, zien we als acuut. Daarna zien we verder’ (bestuurder jeugd- en opvoedingsondersteuning).*

De meeste geïnterviewden geven aan dat ‘acuut’ betekent dat er binnen 24 uur zorg geboden moet worden. Wat in veel regio’s knelt, is dat er geen gemeenschappelijke beoordelingscriteria zijn die een basis vormen voor opvolging van de crisis zoals die zich aandient: wat moet er gebeuren en wie moet wat doen? De opvolging is een zoektocht naar een geschikte plek, waarbij *‘we vaak naar elkaar wijzen, omdat iedereen het heel druk heeft’ (kinderarts).*

Verschillende geïnterviewden wijzen op ‘hokjes’ en op ‘het grijze gebied’. De ‘hokjes’ zijn ‘professionele’ hokjes van de psychiatrie (de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie), de jeugd- en opvoedingshulp (pedagogisch), jeugdzorg en in mindere mate ook het hokje van de hulp voor kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Het zijn losse hokjes, waarin verschillende talen worden gesproken en de professionele attitude kan verschillen. Een ervaringsdeskundige verwoordt het zo:

‘Iedereen blijft in zijn eigen hokje denken, binnen de eigen mogelijkheden. Er wordt niet gedacht wat dit kind nodig heeft op dit moment en vervolgens proberen dat te regelen’ (ervaringsdeskundige).

Crisissituaties ‘in het grijze gebied’ gaan erover dat ze niet goed onder te brengen zijn.

‘Er zijn weinig plekken die deze heftigheid aankunnen. Dat maakt dat je gaat schuiven. De problematiek moet ergens ingeduwed worden, in een vormpje dat sowieso niet goed past. Iets meer begrip hiervoor helpt. Soms is het kiezen voor het minst kwade’ (psychiater).

Als een crisis tot het grijze gebied wordt gerekend, is niet duidelijk wat en wie op dat moment nodig is en wordt naar elkaar gewezen, *‘omdat iedereen het heel druk heeft’*. Maar ook omdat men de verantwoordelijkheid niet aandurft.

Verschillende geïnterviewden geven aan dat een ‘crisis’ te snel als ‘psychiatrisch’ wordt geduid. Ook wordt benoemd dat problematiek op het kruispunt van psychiatrie en pedagogiek vaak te zwaar is voor een ambulante spoedhulpteam en dat de psychiatrie ‘haar straatje schoon houdt’.

Verantwoordelijkheden zijn in het ‘grijze gebied’ niet helder. Een van de

geïnterviewden geeft aan: *'het psychologisch effect van gedeelde verantwoordelijkheid is dat uiteindelijk niemand het oppakt' (kinderarts)*. Een andere geïnterviewde benadrukt juist dat *'we moeten nadenken over hoe zo gezamenlijk mogelijk verantwoordelijkheid wordt genomen' (jeugdbeschermer)*.

Een verwijzer verbaast zich over het ontbreken van regie in de jeugdhulp en in de ggz en mist zoiets als een "acceptatieplicht" die volgens de geïnterviewde in relatie tot de somatiek wel geregeld is.⁸ *'Ik moet op mijn kop gaan staan om iemand te slijten. Mogelijk hangt dat samen met de grote tekorten in de ggz. Wat je niet hebt, kun je ook niet aanbieden' (verwijzer)*.

Reacties hierop zijn tweeledig. Enerzijds is er behoefte aan *'een standaard van wat goede crisishulp is en die moet niet hulpverlenersafhankelijk zijn' (klinisch psycholoog)*. Niet dat *'geïmproviseer continue. Wie moet uitrukken, wie moet wat doen, aan wie kan die overdragen' (kinder- en jeugdpsychiater)*.

Anderzijds geven verschillende professionals aan dat het ook niet altijd evident waarom er wat moet gebeuren en dat 'tijdige' hulp het in de praktijk meestal wint van 'passende' hulp. De visies over 'passende' hulp lopen ook uiteen. Een kinder- en jeugdpsychiater geeft aan dat je bij een aanmelding *'ook moet afwegen afwegen of iets helpend of schadelijk gaat zijn'*. Een SPV geeft aan: *'we moeten meer tijd nemen om een patiënt te begeleiden naar passende hulp. Expertise aan de voorkant is daarvoor cruciaal.'*

Knelpunt



De 'gemiste kansen' voorafgaand aan de crisisaanmelding

Er wordt veel doorgemodderd. Sommigen noemen dat stepped care. Dat klinkt logisch, maar zorgt er in de praktijk voor dat jongeren met complexe problematiek van de ene naar de andere behandeling 'hoppen' om zich gedurende het traject onbehandelbaar te gaan voelen, vastlopen en alsnog instromen in 'langdurige zorg'.

Veel geïnterviewden geven aan dat een melding voorkómen kan worden als er eerder andere, minder voor de hand liggende en/of vernieuwende oplossingen in beeld zijn of komen, bijvoorbeeld thuis of in de wijk en als er een grotere gerichtheid is op (secundaire) preventie.

Een beperkt aantal geïnterviewden geeft aan dat het 'opschalen naar een crisis' kan voortkomen uit het beperkte handelingsrepertoire van de verwijzer. Gewezen wordt op de 'handelingsverlegenheid' bij verwijzers. Andere geïnterviewden benadrukken dat verwijzers vooral de rol hebben om te signaleren en kinderen op de juiste plek te brengen.

Een verwijzer geeft aan: *'Het moet tot een crisis komen, om tot acceptatie te*

8 In de Zorgverzekeringswet en in de Jeugdwet is geen sprake van een 'acceptatieplicht'.

komen.' Een jongere beaamt dit: *'Ik had al eerder aangegeven dat het niet goed ging, maar het antwoord was: pas als er iets gebeurt, kunnen we je opnemen.'* Veel geïnterviewden wijzen op de 'gemiste' kansen voorafgaand aan de crisismelding. *'Er blijkt vaak al heel veel hulp ingezet voorafgaand aan de crisis, maar de regie erop ontbreekt.'* Of de geboden hulp blijkt *'te weinig passend'*. Zij zien in de afgelopen periode dat *'wij nu bezig zijn met echt ernstig zieke jongeren en acute ggz. Pappen en nathouden. Terwijl onze aandacht eigenlijk naar de groep vóór dat laatste stuk moet gaan: preventiever.'*

Knelpunt



Onvoldoende expertise beschikbaar in de avonduren en in het weekend 'Een smalle blik in de beoordeling.'

In de avonduren en in het weekend wordt veelal een beroep gedaan op de crisisdiensten van de ggz. In een aantal regio's ook overdag. *'De acute psychiatrie heeft doorgaans weinig verstand van kinderen'* (jeugdbeschermer).

Een kinder- en jeugdpsychiater licht toe hoe de beoordeling van een crisissituatie bij een kind of jongere anders is dan bij volwassenen en dat dit andere kennis en kunde vraagt. *'De problematiek uit zich anders, het vraagt om het kunnen verdragen van risico's, de invloed van 'het systeem' is groter en de kennis van het sociale netwerk is beperkter'* (kinder- en jeugdpsychiater). Bovendien beschikt men binnen de crisisdienst niet altijd over de informatie voor een passende plek voor het kind. Het ontwikkelen van de expertise binnen de crisisdienst of het aantrekken van specifieke expertise is lastig.

Aan de aanbodkant wordt gewezen op 'tekorten' aan professionals. Met name gezinswerkers, kinder- en jeugdpsychiaters en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen zijn er niet in overvloed. Aan de vraagkant is het aantal crisismeldingen van kinderen en jongeren in de avond, nacht en in het weekend zeer beperkt. Schattingen in een paar regio's zijn dat het gaat om zo'n 10% van alle crises buiten kantoortijden. De exacte cijfers zijn niet bekend.

Knelpunt



Weinig integraliteit 'Uit de ivoren toren de wijken in.'

Vrijwel alle geïnterviewden wijzen op de noodzaak om in het coördineren van crisissituaties samen te werken vanuit verschillende disciplines en perspectieven. Dat dit ingewikkeldheid is, komt veel terug in de interviews met de professionals zelf. Ze vinden dat ze 'smal' kijken. *'We moeten het breed zien. Hoe kunnen we SPV-ers (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, red.), kinder- en jeugdpsychiaters en psychiaters zo opleiden dat ze de nauwe scope breder maken?'* (klinisch psycholoog). Het gegeven van 'domeinen' belemmert een integrale blik. *'Van wie is het nou, is dit iets waar de psychiater iets van moet vinden of jeugdzorg'* (systeemtherapeut). Ook het perspectief van naasten – de ouders, of grootouders, een docent etc. – wordt gemist in de 'brede blik'. Naasten kunnen

de beoordeling aanvullen en besluitvorming verbeteren. *‘Naasten stellen andere vragen’ (manager jeugd-ggz).*

Een beleidsmedewerker wijst erop dat ‘de coördinatie voor de jeugd- en opvoedingshulp en voor de jeugd-ggz afzonderlijk goed zijn geregeld, maar *‘integraal is er niets georganiseerd’*. Een jeugdbeschermer geeft aan *‘er wordt teveel op één bordje geschoven en te weinig gekeken naar een integrale aanpak. Het is juist zo waardevol als een psychiater even meekijkt in een jeugdzorg-situatie’*. Ook geeft een aantal geïnterviewden aan dat er soms te vanzelfsprekend wordt gehandeld. Onder druk wordt vaak de bekende route gevolgd. Er wordt bijvoorbeeld vanzelfsprekend overgegaan tot een *‘verwijzing naar de eigen organisatie. Bekend maakt bemind wanneer het overzicht ontbreekt’*.

Knelpunt



Verbroken verbindingen in de verschillende fasen van de crisishulp

‘Er is geen doorgaande lijn.’

Het verbreken van ‘contacten’ wordt door verschillende geïnterviewden genoemd, zowel door verwijzers als professionals die werkzaam zijn in de crisisdienst. Dit knelpunt speelt op verschillende momenten in de crisissituatie: bij aanmelding, in de fase van besluit over het vervolg en in de opvolging. Sommige geïnterviewden geven aan dat ‘we het nog te veel overpakken’ en dat het contact en verbinding met verwijzende gebieds- of buurtteams, maar ook met ouders verbetering behoeft. *‘Ze hebben niet het gevoel dat ze invloed hebben op het proces en het besluit’ (directeur jeugd- en opvoedhulp)*. Ook als het kind of de jongere na een crisisinterventie naar een andere plek wordt doorverwezen is dat niet altijd duidelijk voor professionals die eerder betrokken waren.

Dit knelpunt gaat ook over het probleem van communicatie in de keten. Geïnterviewden geven aan dat ze een opvolging vaak missen of, als er wel ‘overgepakt’ wordt, ze geen terugkoppeling krijgen. *‘De sggz is zo uitgekleeft, alleen al een terugkoppeling van afspraken gebeurt niet’ (kinderarts)*. Gedeeld wordt de perceptie dat hulp zelden vanzelf doorstroomt of doorloopt. *‘Er is geen doorgaande lijn. Onze neiging is dat we het gaan opdelen in stukjes in plaats van beschikbare expertise eerder betrekken [...] Deels komt dat door de decentralisatie, maar de versnippering van het landschap speelde al voor de decentralisatie. Er is onvoldoende beweging vanuit samenwerking. Het element marktwerking speelt daarin mee’ (projectleider)*.

Meerdere geïnterviewde zorgprofessionals geven aan dat het schort aan ‘vertrouwen op elkaars professionaliteit’. Er moet veel gepraat worden voordat een overdracht van een patiënt mogelijk is. *‘En na de overdracht beginnen de intakes meestal weer van voren af aan.’* Sommige geïnterviewden wijzen erop dat het organisatiebelang voor het inhoudelijke belang lijkt te gaan en dat een verbindende schakel in de vorm van casemanagement ontbreekt. In dit verband worden de moeilijke verbindingen genoemd met de volwassen psychiatrie. In veel situaties blijkt het lastig deze hulp te betrekken bij de problematiek die

speelt binnen 'het systeem' van het kind of de jongere en niet zelden is dat omdat deze vanuit een andere organisatie wordt geleverd.

Vanuit het perspectief van de jongere is het verbreken van verbindingen een groot knelpunt. Het voelt vaak als een afwijzing en niet zelden is dat 'de zoveelste afwijzing'.

Knelpunt



Beschikbaarheid gaat (steeds vaker) voor 'best passende hulp'

'Als de behandeling niet passend is, dan 'knallen ze eruit'.

Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat de opvolging in de crisissituatie vaker wordt gedreven door *beschikbaarheid* van hulp dan door de best passende hulp gegeven de inhoudelijke beoordeling van de crisissituatie. *'Veel problematiek, die als te goed voor de ggz en te zwaar voor de jeugdzorg wordt gezien, komt terecht in de jeugdzorg, op een crisisopvang waar heel veel incidenten plaatsvinden. Verwijzers denken dat het dan geborgd is, maar het gaat totaal niet helpen. Het is zelfs een contra' (manager en jeugdbeschermer Veilig Thuis).*

Dit houdt verband met:

- De ervaren druk op 'snel beslissen' is hoog in een crisissituatie. Verschillende professionals geven aan weinig tijd te ervaren voor beschouwing en doorvragen op oplossingen.
- Lange wachttijden in vrijwel alle domeinen van de jeugdhulp. Het lange wachten op een behandeling of begeleidingsaanbod kan kinderen in een crisissituatie brengen. De opvolging van de crisissituatie kan vervolgens leiden tot een suboptimale oplossing en een volgende crisis in de hand werken.
- Het ontbreken van een overzicht van de mogelijkheden voor kinderen en naasten waardoor zorgverleners de 'voor de hand liggende' wegen behandelen. In dit verband noemen geïnterviewden onder andere het plaatsen van kinderen op een crisisbed, waar een alternatief thuis mogelijk is. *'Wanneer er op de crisisdienst een jongere wordt gezien, wordt er eigenlijk altijd direct doorverwezen naar de HIC. Dat is soms niet nodig. We kunnen het normaler houden' (manager/verpleegkundige).*
- Onvoldoende beschikbaarheid van alternatieven, met name ambulante alternatieven die in de leefwereld van het kind of de jongere zijn gesitueerd, zoals een pleeggezin in de buurt of intensieve thuisbehandeling.

Een ervaringsdeskundige geeft aan waar best passende hulp vooral ook over gaat, namelijk over de jongere: *'Ik heb in de acute hulp gemist dat het om de jongere gaat. Er werd mij niet gevraagd: wat heb jij nodig? Ik wist toen ook niet wat ik wilde, maar als de vraag 'wat heb je nodig' gesteld wordt, houd je wel regie.'*

Jongeren voelen de angst en onzekerheid van professionals wanneer er sprake is van automutilatie of suïcidaliteit. *'Je mag jezelf niet beschadigen. Ik werd daarom vaak weggestuurd en stond dan op straat. Dat helpt niet, voor dat moment*

en voor het vertrouwen in de zorg [...] Je wilt graag dat mensen zien: dit heeft die persoon nu nodig.'

Knelpunt



Een onvoldoende systemische blik

'Het verkeerde probleem oppakken.'

'In 95% van de crisissen bij jeugd is sprake van een systemische crisis en jeugd- en opvoedhulp' (klinisch psycholoog). In de beoordeling van de crisissituatie wordt echter onvoldoende tijd genomen om de context waarin de crisis is ontstaan onder de loep te nemen, geven meerdere geïnterviewden aan. 'Als huisarts zie je de systeemproblematiek heel duidelijk. Er is meer aandacht nodig voor het hele systeem in plaats van het individuele kind' (huisarts).

Genoemd wordt dat de professional of het team dat de situatie van het individuele kind beoordeelt en niet 'het systeem', kans loopt 'het verkeerde probleem' aan te pakken of slechts een deel van een groter probleem. De 'systemische' blik kan er ook toe leiden dat professionals hun betrokkenheid bij een situatie afbakenen, omdat 'ze geen gezinscrisis willen oplossen'. Een geïnterviewde uit de jeugd- en opvoedingshulp geeft aan: *'Gezinspsychiatrie heeft weinig plek bij de volwassenenpsychiatrie'.*

Zowel vanuit de jeugd- en opvoedhulp als de jeugd-ggz wordt aangegeven dat voor een crisisplaatsing vaak (nog) wordt uitgegaan van 28 dagen, terwijl het niet meer dan om een nacht zou moeten gaan, omdat de afstand na 4 weken te groot is. *'Het gezin moet meteen de volgende dag aan de bak. Wat moet er gebeuren zodat de jongere weer naar huis kan?'* (manager jeugd- en opvoedhulp).

Knelpunt



Een sterke focus op veiligheid en het vermijden van risico's

'Risico's nemen om op lange termijn te helpen.'

Veel geïnterviewden wijzen op een grote focus op 'veiligheid' en het vermijden van risico's, terwijl een crisissituatie juist kan vragen om 'verdragen en verduren'. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat dit samenhangt met de 'taken' van jeugd- en opvoedingshulp en jeugd-ggz. *'Jeugdbescherming moet niet triageren en diagnosticeren, maar een kind in veiligheid brengen' (programmaleider).* Vanuit de jeugd- en opvoedingshulp wordt aangegeven dat er vaker volgens afgesproken processtappen wordt gehandeld, omdat het zo is aangeleerd en er een angst is om fouten te maken. *'We laten ons te veel leiden door hoe dingen vormgegeven zijn' (jeugdbeschermer).* Verschillende geïnterviewden wijzen in dit verband op 'het grote stressniveau bij organisaties als Veilig Thuis' en geven aan dat de druk hier vaak te hoog is.

In de ggz *'kan men vaak iets meer verdragen. Soms is het nodig om risico's te nemen om iemand op lange termijn te helpen. Dat risico kent de jeugd- en opvoedhulp niet. Het wordt gezien als een onveilige situatie' (kinder- en jeugdpsychiater).*

Knelpunt



De keten raakt verstopt

'De jeugdhulp zit op dit moment bommetje vol.'

Verschillende geïnterviewden geven aan dat er te weinig opnameplekken zijn, maar het knelt vooral in de vervolghulp, waardoor jongeren te lang op de opnameplekken verblijven. Veel geïnterviewden wijzen erop dat deze opnameplekken *'ongezond zijn voor kinderen en jongeren'* voor herstel na een crisis. Vaak worden de opnameplekken ingezet bij wijze van *'overbrugging'* naar vervolghulp. De maximale verblijfsduur van 28 dagen op een *'crisisplek'* wordt bekritiseerd, omdat een *'crisissituatie niet zo lang mag duren'*.

4.2 KNELPUNTEN IN DE ORGANISATIE EN LOGISTIEKE PROCESSEN

Knelpunt



De schaal van organisatie van de crisisfunctie

'We zijn niet goed in de brandweerfunctie.'

De incidentie van acute mentale hulp voor jeugd is – met name in de avonduren en weekenden – laag. *'In een crisisdienst voor 0-100 is het aandeel jeugd een toevalligheid. Oh ja, daar moeten we ook wat mee'* (kinder- en jeugdpsychiater). Een kinderarts geeft aan: *'Het liefst heb je een acuut team dat het over kan nemen, maar hoeveel zijn het er? Vaak maar een enkeling, daar ga je geen team voor bouwen'*. De omvang van de *'vraag'* is *'te klein om een aparte voordeur te kunnen organiseren'* (manager jeugd-ggz).

Een apart team vraagt om een regionale of bovenregionale organisatie van de crisisfunctie. Kiest men een te grote schaal dan leidt dat tot lange aanrijtijden. De keuze voor een kleine schaal betekent dat verschillende crisisfuncties moeten worden samengevoegd. *'Dit dilemma hebben we nog niet scherp genoeg'*, zegt een kinder- en jeugdpsychiater.

In de regio's waar de crisisfunctie voor kinderen en jongeren organisatorisch op meerdere plekken is belegd – de ggz, jeugd- en opvoedhulp en crisisplekken binnen de LVB – is deze functie vaak onderdeel van het reguliere werk en wordt erbij georganiseerd. Geïnterviewden in deze regio's ervaren dat een crisis *'de reguliere workflow verstoort'*. Het betekent ook dat organisaties geen *'expertise'* opbouwen in crisissituaties. Zoals de brandweer die nauwelijks uitrukt. In regio's waar men tot samenvoeging van functies is overgegaan blijft het puzzelen met de juiste schaal. *'Samenwerkende gemeenten tellen hun eigen bedjes'*, maar deze bedden sluiten niet altijd aan op de gebieden die de zorgaanbieders – soms van oudsher – dekken.

Knelpunt



Geen gemeenschappelijke crisisverantwoordelijkheid

'De krenten uit de pap, veel aanbieders en weinig toezicht op de kwaliteit.'
'Een sociale kaart van crisishulp voor de regio ontbreekt.'

Hoewel er centrale telefoonnummers zijn en afspraken over de bereikbaarheid

in de avonden en weekenden, is volgens veel geïnterviewden en daarmee in veel regio's niet duidelijk wie welke verantwoordelijkheid heeft in crisissituaties. Er is onvoldoende duidelijkheid met wie contact opgenomen kan worden tijdens een acute situatie, waarin mensen zich onder hoge (tijds)druk voelen staan. *'Voor partners en verwijzers is niet duidelijk wat de toegang is en waar ze zich moeten melden. Aanmeldingen komen binnen via het crisismeldpunt, via de gemeenten, de ggz crisisdienst. Er zijn teveel verschillende voordeuren'* (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige crisisdienst).

Veel geïnterviewden geven aan dat de afgelopen jaren het aantal kleine jeugdhulpaanbieders voor specialistische jeugdhulp enorm is toegenomen. *'Iedereen kan een specialistische jeugdhulpaanbieder worden'*. Aangegeven wordt dat er weinig toezicht is op de kwaliteit. Deze aanbieders zijn gecontracteerd om een crisisinterventie te kunnen doen, maar blijken hier in de praktijk niet toe in staat. Een van de geïnterviewden munt dit als *'duikgedrag'*. Anderen hebben het over organisaties die *'de krenten uit de pap vissen'*. Ook geven geïnterviewden aan dat de urgentie van een crisisfunctie niet door iedereen in even grote mate wordt ervaren.

Knelpunt



Een slecht vormgegeven ambulantiseringproces

'De bedden zijn al weg, maar de ambulantisering zit vol.'

Meerdere geïnterviewden wijzen op het ontbreken van voldoende ambulante 'diensten' die als alternatief kunnen fungeren voor een klinische opname. Aangegeven wordt dat de afbouw van bedden sneller is gegaan dan de ambulantisering. In de jeugd- en opvoedhulp wordt gewerkt met de ambulante spoedhulpmodule, terwijl de jeugd-ggz werkt met IHT Jeugd. Deze twee modules werken in verschillende regio's langs elkaar, omdat ze in andere domeinen door andere professionals worden uitgevoerd.

Knelpunten die door de geïnterviewden worden gezien ten aanzien van IHT Jeugd zijn de wachttijden, de administratieve procedure rondom de intake en het feit dat IHT niet meteen na een crisissituatie kan worden ingezet als interventie. Er zit altijd een periode van een paar dagen tussen. Ten aanzien van de ambulante spoedhulp blijkt het lastig om de expertise vanuit de ggz te betrekken, waardoor een enkele geïnterviewde vraagtekens plaatst bij de kwaliteit. Veel geïnterviewden geven aan dat organisaties kampen met personeelskrapte in de uitvoering van de modules. In sommige regio's is dat een reden om een module niet in te (kunnen) richten. In andere regio's doet men dit juist wel vanuit de recente opschalingsmogelijkheid met de SPUK⁹ gelden.

⁹ SPUK gelden zijn specifieke uitkeringen die onder voorwaarden en volgens een doelstelling aan gemeenten worden toegekend en onder voorwaarden kunnen worden ingezet.

Knelpunt



Personele krapte

'Aan alles is tekort.'

Naast de wachttijden is 'krapte' het knelpunt dat in elk interview terugkeert. Krapte is de afgelopen twee jaar, onder meer door Covid-19, fors toegenomen in vrijwel alle onderdelen van de zorg. Personele krapte leidt tot langere wachttijden, terwijl de vraag naar hulp onder kinderen, jongeren en verwijzers de afgelopen jaren is toegenomen. De crisogeniteit neemt toe en er is niet voldoende personeel om dit binnen de bestaande manieren van werken en organiseren op te vangen. Dit laatste is van belang omdat personele krapte op het niveau van de organisatie en de diensten die ze wil bieden, wordt ervaren.

'Personeel behouden en blijven behouden is zwaar werk' (leidinggevende crisisdienst jeugd-ggz). Bovendien staat het personeel in de crisisfunctie niet goed opgesteld, omdat deze crisisfunctie na de decentralisatie niet goed is belegd.

Knelpunt



Wachttijden

'Des te sneller we erbij zijn, des te minder heftig de problematiek. Daarom zijn de wachttijden zo problematisch.'

Evenals personele krapte worden de lange wachttijden genoemd als knelpunt. Lange wachttijden leiden tot problemen om een passende plek te vinden en tot een opvolging die mogelijk niet of minder passend is. *'Door de lange wachttijden komt de logistiek niet rond. Hoe kunnen we goed overdragen, als de crisis voorbij is? Terug naar de huisarts in afwachting van? Dat wil je eigenlijk niet. Ook wijkteams nemen dat niet altijd zomaar op' (kinder- en jeugdpsychiater).* Ze veroorzaken verstoppingen in alle fasen van de hulp met als gevolg een verergering van de problematiek en een slechtere prognose. Die weer kunnen leiden tot een nieuwe crisis.

Verwijzers geven aan dat het soms lange tijd duurt voordat een doorverwezen kind voor het eerst gezien kan worden. *'Ik zie veel kinderen waarvan je direct denkt, die moeten naar de 3e lijn, bijvoorbeeld met anorexia. Het duurt dan een tijd voordat zo'n kind gezien wordt. Als somatische dokter zit je dan klem, het is een soort pappen en nathouden. Je ziet de kinderen dan zieker worden, wat met een eetstoornis ook met het oog steeds zichtbaarder wordt' (kinderarts).*

Voor jongeren en naasten is lang wachten ook een groot knelpunt. Het uitstelvermogen is voor een jongere beperkter. In combinatie met het ontbreken van informatie over tot wie zij zich kunnen wenden, is er een risico op een herhaling van de crisis. *'[...]Je kunt ook lang moeten wachten op een knie-operatie, maar je weet wel wie je kunt bellen als klachten verergeren. Dat maakt het beter te verduren. Voor jongeren is het lang niet altijd duidelijk wie er voor hen is. Soms leidt dat tot nieuwe crisis' (manager).* Maar ook omdat een langere tijdspanne voor een jongere nu eenmaal moeilijker te bevatten is.

Knelpunt



Een onvoldoende gestructureerd werkproces

'We investeren veel in goede werkrelaties en in goede samenwerking, maar dat doet geen recht aan de acuutheid.'

Veel geïnterviewden geven aan dat de persoonlijke contacten ervoor zorgen dat de crisisfunctie werkt. *'Als x belt hoeft ze niets te zeggen. Je weet wat je aan elkaar hebt door een lange werkervaring samen'* (kinder- en jeugdpsychiater). Verschillende geïnterviewden benoemen de 'kwetsbaarheid' ervan. Er wordt veel geïnvesteerd in goede werkrelaties en goede samenwerking, maar de werkprocessen blijven verschillen per organisatie en dat doet geen recht aan acute situaties. Dan moet duidelijk zijn: wie gaat wat doen. In veel regio's ontbreken de afspraken hierover.

Meerdere geïnterviewden geven aan er geen spelverdeling is en geen spelverdeler. Dat leidt er volgens vele geïnterviewden toe dat er voortdurend gezocht wordt naar plekken zonder dat iemand 'doorzettingsmacht' heeft. *'Het is onduidelijk wie kan helpen buiten het niveau van de eigen organisatie. Er is geen mandaat of rol belegd om op een ander niveau dan het eigen niveau te kijken'* (programmamanager). Een ander punt is dat het ontbreekt aan een overzicht: van aanbieders en van de route. Veel geïnterviewden geven aan veel tijd kwijt te zijn met het zoeken en vinden van een beschikbare plek. In de meeste regio's is geen overzicht(skaart) van beschikbare hulp. Veel geïnterviewden geven aan dat ze veel tijd kwijt zijn met 'rondbellen'.

4.3 KNELPUNTEN IN DE KADERS EN RANDVOORWAARDEN

Knelpunt



Leeftijd

'We gaan niet meer beginnen aan een jongere van 17,5.'

In de praktijk van hulpverlening spreekt men over transitieleeftijd, een gefaseerde overgang waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen 12-, 12-16 jaar, 16-18 jaar en 18-23 jaar. Wettelijk gezien is er een strakke opsplitsing naar leeftijd die ook in de financiering van de zorg doorspeelt. Dit leidt tot knelpunten, die onder meer ten aanzien van de opvolging van crisissituaties een rol spelen. Voorbeelden zijn het niet kunnen aanmelden van een jongere die de 17 is gepasseerd voor een aanbod dat vanuit de jeugdwet wordt gefinancierd of het niet kunnen aanmelden van een jongere voor een HIC die de grens van 18+ bewaakt. *'De jongeren die bijna 18 zijn worden soms niet meer in zorg genomen door jeugdhulpverleners. Voorheen werd vaak nog doorbehandeld tot 23 jaar en waren er afspraken met zowel gemeente als zorgverzekeraar'* (psychiater en zorgmanager IHT crisisdienst).

Als een jongere eenmaal 18, is mogen ouders alleen geïnformeerd worden met toestemming van de jongere. Een ervaringskundige geeft de ingewikkeldheid hiervan aan: *'dat vraagt van het kind om keuzes te maken in een acute situatie,*

waarin het kind dat soms helemaal niet kan en waarin dat soms juist veiliger is.

Knelpunt



Financiering

'De andere financiering van de jeugdzorg (t.o.v. de ggz en somatiek, red.) zorgt regelmatig voor een drempel in de samenwerking tussen organisaties.'

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen regio's ten aanzien van de financiering van acute mentale hulp. Dat is consistent met een decentraal stelsel, waarbij per gemeente of regio andere afspraken worden gemaakt. Op het gebied van de acute mentale hulp geven veel geïnterviewden aan dat *'het een grote vergissing is om te gaan aanbesteden'* (kinder- en jeugdpsychiater). In aanbesteding en contracteringen zijn volgens veel geïnterviewden vaker de goedkoopste aanbidders en niet de beste aanbidders gecontracteerd.

In verschillende regio's is inmiddels overgegaan tot meerjarenafspraken ten aanzien van de crisisfunctie, dat zullen we ook in het volgende hoofdstuk terugzien. Veel geïnterviewden geven aan dat met name de financiering van crisisbedden op grond van bezetting een goede invulling van de crisisfunctie in de weg staat. Het belemmert passende hulp, omdat kinderen en jongeren te lang op 'verkeerde' bedden verblijven. Verschillende geïnterviewden wijzen op de financieringsproblemen die ontstaan als een kind of jongere 'buiten de regio' wordt geplaatst.

Een ander knelpunt dat geïnterviewden noemen is dat financiering uit verschillende bronnen kan komen: de zorgverzekeraar en de gemeenten. Dit zorgt in een aantal regio's tot drempels in de samenwerking tussen organisaties.

Daarnaast ervaren de geïnterviewden ook dat de gescheiden financiële systemen en verschillende financiële incentives niet alleen leiden tot extra administratieve lasten, maar ook tot verschillende sturing en het versterken van het 'wij-zij' gevoel. Tot slot wijzen geïnterviewden op de budgetplafonds waarmee (samenwerkende) gemeenten sturen. Wanneer deze plafonds zijn bereikt wordt het kind of de jongere doorverwezen naar andere aanbieders.

Knelpunt



Regio-indeling

'De verschillende gebiedsindelingen zitten in de weg.'

Het niet samenvallen en veranderen van verschillende regio-indelingen wordt door verschillende geïnterviewden genoemd als een knelpunt. Dat bemoeilijkt samenwerkingsafspraken. Vooral als regionale indelingen veranderen *'vraagt het veel tijd voor ze 'gezet' zijn'* (beleidsmedewerker). Bovendien kunnen ze dwars door de gegroeide zorgverbanden en werkwijzen heenlopen. Ook kunnen individuele gemeenten uit samenwerkingsverbanden stappen zonder dat duidelijk is wat dat betekent voor de invulling van de crisisfunctie. Na de decentralisatie *'duurde het lang voordat de crisis in beeld kwam'*, geeft een manager

van de crisisdienst ggz aan. Een leidinggevende van een crisisdienst die lang werkzaam was bij een gemeente, ziet de beweging dat *‘in regio’s met heel veel kleine gemeenten elke gemeente in het begin zijn eigen Bureau Jeugdzorg heeft ingericht. Vervolgens zijn gemeenten samengegaan en ‘tellen nu de eigen bedjes’*

Knelpunt



Informatie stroomt niet

‘We hebben niet hetzelfde EPD. Het kost erg veel tijd en moeite om informatie uit te wisselen: per organisatie zijn vaak nét andere dingen nodig.’

Organisaties, gemeenten en regio’s beschikken ieder voor zich over informatie. Deze informatie wordt weinig met elkaar gedeeld om een gedeeld beeld te maken van een situatie in de regio. Informatie over hulp gaat vaak over een onderdeel van de hulp. Sommige geïnterviewden geven aan dat informatie over het hele hulptraject ontbreekt. Vragen als ‘is de hulp effectief’ of ‘had acute hulp voorkómen kunnen worden’ kunnen moeilijk worden beantwoord. Informatiesystemen, waaronder de elektronische patiëntendossiers (EPD’s), sluiten niet goed op elkaar aan, of kunnen om privacy redenen niet goed met elkaar communiceren. De overdracht van informatie in een acute situatie is een tijdrovend proces en dient volgens juridische kaders te verlopen.

4.4 TOT SLOT

Geïnterviewden zien acute crisissituaties in toenemende mate ontstaan als ‘oplossing’ voor wachttijden of niet passende hulp die eerder in de keten wordt geboden. Ook zien zij meer kinderen en jongeren die niet eerder in beeld waren, waarbij opvolging moeilijk is. Een eerste beeld dat oprijst uit het overzicht van knelpunten in het bieden van acute mentale hulp voor kinderen en jongeren is die van fragmentatie: professioneel, organisatorisch en randvoorwaardelijk. Dit uit zich in een ‘eigen taal’, vasthouden aan eigen beoordeling, vasthouden aan eigen werkprocessen, domeinen afbakenen etc. Het hangt samen met de ‘span of control’ (lokaal, regionaal, bovenregionaal), met regie en het ontbreken ervan en met concurrentie.

Een tweede beeld in dit overzicht lijkt juist voort te komen uit het (nog) niet kunnen realiseren van oplossingen in de vorm van integraal (samen)werken, organiseren en financieren. In het volgende hoofdstuk zien we dat deze gewenste oplossingen in andere regio’s soms al wel zijn gevonden en ook ingevoerd.

Oplossings- richtingen in de acute mentale hulp voor jeugd

Aan alle geïnterviewden is gevraagd naar oplossingen voor de door hen naar voren gebrachte knelpunten. Die staan centraal in dit vijfde hoofdstuk. We hebben gevraagd naar oplossingen die in de regio's waar zij werkzaam zijn al zijn ontwikkeld en worden ingezet. We noemen dit de werkzame ingrediënten die in de verdere ontwikkeling van acute mentale hulp voor kinderen en jongeren kunnen worden benut. We hebben ook gevraagd naar oplossingen die de geïnterviewden wenselijk achten om de knelpunten op te lossen. Dan gaat het om oplossingen die vernieuwend zijn of waarover ze gehoord hebben. Deze oplossingen hebben we potentieel werkzame ingrediënten genoemd om huidige knelpunten te benaderen en op te lossen.

In de eerste twee paragrafen beschrijven we deze twee groepen ingrediënten. In de laatste paragraaf beschrijven we drie oplossingsscenario's waarin de werkzame ingrediënten zijn samengebracht. Deze oplossingsscenario's worden in een aantal regio's ingezet. We abstraheren deze regio's om twee redenen. Ten eerste willen we de blik richten op het specifieke samenspel van werkzame ingrediënten. Het is afhankelijk van meerdere omstandigheden, zoals het aantal aanbieders, schaalgrootte, bevolkingsdichtheid, regionale visie hoe deze scenario's kunnen worden ingezet. Ten tweede hebben we geen standaard om de oplossingsrichtingen te kwalificeren. We geven weer wat voor de geïnterviewden werkt in de praktijk.

Het verschil in de mate waarin we een oplossingsrichting hebben gehoord geven we weer in beschrijvende vorm: veel geïnterviewden, een aantal geïnterviewden, een enkele geïnterviewde. We noemen geen percentages, om suggesties van exactheid te vermijden. Het streven is een geschakeerd beeld te geven van de oplossingsrichtingen in de huidige situatie ten aanzien van de acute

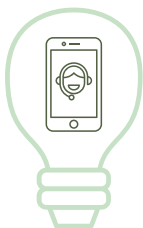
mentale hulp voor jeugd. Er zijn oplossingsrichtingen die door veel geïnterviewden zijn genoemd en gedeeld en herkenbaar zijn in meerdere regio's, maar er zijn ook oplossingsrichtingen, die in de interviews door een enkeling of een minderheid worden genoemd en door anderen in de regio('s) waar zij werkzaam zijn niet als oplossingsrichting wordt ervaren. Ze laten zien dat een vraagstuk ook anders kan worden geduid of in de praktijk anders uitpakt en zijn meegenomen in de analyse.

5.1 WERKZAME INGREDIËNTEN



Acute mentale hulp als vak

Meerdere geïnterviewden geven aan dat een belangrijke oplossing voor meerdere knelpunten begint bij het benaderen van acute mentale hulp voor kinderen en jongeren als een vak. Een specialisme dat een specifieke organisatie vraagt en professionals en zorgaanbieders die dit er niet 'bij' doen. Verschillende geïnterviewden geven aan dat niet elke professional competent is voor acute mentale hulp. *'Het gaat om mensen met een crisis-dna'*, geeft één van de geïnterviewden aan. In de regio's waar acute hulp als vak wordt benaderd, geeft een aantal geïnterviewden aan onderdeel te zijn van een hecht team met een sterke mate van continuïteit onder medewerkers. Dit ingrediënt is werkzamer als het lukt om dit werk ook apart te organiseren of het zo te organiseren dat het niet als (versturend) onderdeel van regulier werk wordt ervaren.



Centraal aanmeldpunt

Een centraal aanmeldpunt betekent dat er één telefoonnummer is in een regio waar alle crisishulp aangemeld wordt. Vanuit het centrale aanmeldpunt wordt de crisishulp gecoördineerd van aanmelding tot aan de opvolging. *'Ik doe een melding en hierna nemen zij de regie op zich en coördineren. Ik kan het echt loslaten als arts en krijgt te zijner tijd terugkoppeling'* (kinderarts).

De invoering van één centraal meldpunt is er in twee vormen: voor alle crisishulp jeugd en voor alle crisishulp in de regio ongeacht leeftijd.



Integraal (samen)werken

Integraal (samen)werken wordt door veel geïnterviewden naar voren gebracht als reeds beproefde oplossing en een oplossing in ontwikkeling. De werkzaamheid van integraal werken heeft een inhoudelijke en organisatorische dimensie. Het belang van samenwerken wordt door alle geïnterviewden benadrukt als oplossing en als probleem. Samenwerken vraagt om een kader waarbinnen voor iedereen de verantwoordelijkheid en taken duidelijk zijn. Een voorbeeld dat vanuit de somatiek werd aangereikt is de werking van een reanimatieteam. In dit team is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is, heeft één teamlid = duidelijk de regie en is ieders taak duidelijk. De situatie vraagt om korte, bondige communicatie en géén discussie tijdens het acute moment.

Op de inhoudelijke dimensie gaat het om het samenbrengen van de expertise van professionals, die elkaar aanvullen, ondersteunen en zorgen voor een

sterkere en passender aanpak in een integraal team. Professionals samenbrengen vanuit de jeugd-ggz, de jeugd- en opvoedhulp en jeugd-lvb bevordert een bredere systemische blik op de crisissituatie en helpt in het zoeken naar best passende vervolghulp. Integraal werken wordt onder meer ingezet in de triage. Geïnterviewden geven aan dat *'een goede triage het halve werk [is]'*, juist in de situaties waarin de problematiek 'gestapeld' is en gedragsproblemen, opvoedingsproblemen en psychische problemen een rol spelen. Daarmee biedt het werkzame element van integraliteit ook een oplossing voor het knelpunt van 'het grijze gebied'.

Geïnterviewden geven aan dat integraal (samen)werken vooral niet moet worden begrepen als het creëren van 'eensoortige medewerkers'. *'Als iedereen alles moet kunnen, kan uiteindelijk niemand echt meer iets'* (kinder- en jeugdpsychiater). Het gaat erom dat beter gebruik gemaakt wordt van elkaars onderscheiden vaardigheden en expertise. Een aantal geïnterviewden benadrukt dat integraal (samen)werken tijd vraagt om elkaar te leren kennen en te vertrouwen. Peer support na ingewikkelde situaties, kwetsbaar naar elkaar te durven zijn, naar elkaar luisteren en fouten durven maken, moeten voortdurend onder de aandacht zijn. Juist in de crisiszorg *'is scherpte naar elkaar nodig, maar is samenwerken lastig'*.

Verschillende geïnterviewden noemen dat het voortdurend gezamenlijk bespreken van casuïstiek een goede manier is gebleken om elkaars werkwijze beter te leren kennen en begrijpen en te ervaren dat ook andere perspectieven op problematiek mogelijk zijn. *'Oma kijkt anders naar de crisis dan de psychiater. Dat kan leiden tot een andere oplossing'* (manager jeugd-ggz).

Naast de gezamenlijke casuïstiekbespreking wordt een 'ambassadeur' ingezet om het integraal (samen)werken in het team te ondersteunen. De rol lijkt op die van een verpleegkundig specialist. De 'ambassadeur' geeft uitleg aan verwijzers over *'waarom we de dingen doen die we doen'* en springt in om uit te zoeken waarom iets niet goed is gegaan *'wanneer het ijzer niet meer heet is'*. *'Bijvoorbeeld wanneer we iemand van de HIC ontslaan en deze jongere heeft nog suïcidale gedachten, dan helpt de ambassadeur om dit goed toe te lichten. Zij spreekt beide talen (i.e. van psychiatrie en jeugd- en opvoedingshulp) en mensen weten haar te vinden. De psychiater heeft hiervoor helaas geen tijd'* (kinder- en jeugdpsychiater).

Integraal werken moet georganiseerd worden om werkzaam te kunnen zijn. Spontaan integraal (samen)werken gebeurt vooral incidenteel. In de meeste gevallen waarin integraal (samen) werken als oplossing wordt ingezet neemt dit de vorm aan van een detachering van medewerkers vanuit twee of meer samenwerkende organisaties. In in ieder geval een regio is een netwerkorganisatie opgericht waarin multidisciplinaire teams vanuit een brede scope alle vraagstukken rondom jeugdhulp oppakt.

In de regio's waar zo wordt gewerkt, bevordert dit de mogelijkheid tot een versnelling in de toeleiding naar vervolgzorg, omdat verschillende zorgorganisaties via de integrale aanpak betrokken zijn bij het team dat de aanmelding, triage en/of coördinatie van crisiszorg vormgeeft. Het versterkt de onderlinge samenwerking en stimuleert 'de doorstroom'. De gedetacheerde medewerker verbindt met de acute hulp én blijft verbonden aan de moederorganisatie. Dit biedt ook mogelijkheden voor het ontwikkelen van een gezamenlijk aanbod aan hulp, wanneer de situatie hierom vraagt. Integraal werken legt verbindingswegen aan die niet gemakkelijk kunnen worden verbroken. Bij uitval van een medewerker kan de moederorganisatie voor vervanging zorgen. De medewerkers behouden 'korte lijntjes' en daarmee een soepele overdracht.

De uitdaging voor regio's en aanbieders die integraal werken is om de verschillende geldstromen bij elkaar te brengen en om het werken in verschillende dossiers mogelijk te maken. Oplossingen die worden gevonden zijn bijvoorbeeld dat één organisatie als 'hoofdaannemer' verantwoordelijk is.



De rol van de spelverdeler

De rol van de spelverdeler bevordert het oppakken, triëren en/of coördineren van een crisissituatie en voorkomt dat een verwijzing van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Een spelverdeler is werkzaam in situaties die zich in het eerder genoemde 'grijze gebied' afspeelen. Uit de interviews blijkt dat soms 'de sleutel zit bij diegenen die aan de poort zitten' wanneer het gaat om passende, tijdige en goede acute hulp en soms in de zorgcoördinatie. De rol van de spelverdeler wordt ingevuld door een zorgprofessional die een inschatting maakt waarbij de inhoud van de casus leidend is, ondersteund door een overeengekomen format dat een gedegen beeld geeft van de crisissituatie en een besluit over hoe verder. Belangrijk voor de werkzaamheid van de spelverdeler is dat deze rol een mandaat heeft die verder reikt dan de eigen organisatie of eigen afdeling. Het zorgt ervoor dat er één partij is, die de beslissing neemt in de triage of de zorgcoördinatie. In de regio's waarin een vorm van spelverdeling met succes wordt ingezet, gaat het vaak om een integraal team, dat de spelverdelersrol gezamenlijk vervuld door zorgprofessionals uit meerdere organisaties en een triage-instrument. In de praktijk worden de gemaakte afspraken voortdurend bekrachtigd en wordt erop (bij)gestuurd. Het vraagt om ingebouwde evaluatiemomenten.



Afspraak is afspraak

Deel van bovenstaand werkzaam ingrediënt – de spelverdeler – is dat er duidelijke afspraken gemaakt worden over het vervolg. Wanneer een besluit over de vervolgstap genomen is, accepteert de betrokken zorgverlener de casus. Oftewel: de partij naar wie getrieerd wordt, pakt de crisissituatie op en biedt de benodigde hulp. Er is geen discussie mogelijk na dit genomen besluit, de triage kan niet in twijfel worden getrokken of opnieuw worden gedaan.

Duidelijke afspraken vormen een oplossing voor het knelpunt dat de opvolging

in de crisissituatie vaker wordt gedreven door beschikbaarheid van hulp dan door de best passende hulp, gegeven de inhoudelijke beoordeling van de crisissituatie. Een spelverdeler maakt een inschatting van de situatie op basis van de inhoud. Het commitment van de betrokken organisaties maakt dat er vervolgens ruimte is om het besluit op basis van inhoud handen en voeten te geven. Afspraken vormen ook een oplossing voor het knelpunt van verbroken verbindingen. In verschillende regio's zijn inmiddels werkafspraken gemaakt tussen zorgaanbieders die een basis voor netwerkzorg leggen.

In dit verband wordt gewezen op de kracht van de generieke module acute psychiatrie, die partijen uitnodigt (dwingt) om gerichte, duidelijkere afspraken met elkaar te maken. *'De GMAP zorgt dat we die afspraken hebben' (kinder- en jeugdpsychiater).*



Methodisch werken

Een methodiek¹⁰ helpt in het communiceren op basis van dezelfde taal. Het beschrijft ieders rol en biedt een duidelijk handelingskader voor professionals. Sommige methodieken en interventies bieden door dataverzameling bovendien de mogelijkheid tot voortdurende toetsing en verbetering. Dit geldt bijvoorbeeld voor de High Intensive Care afdelingen (HIC). Tot slot bieden ambulante interventies de mogelijkheid om het ambulantiseringproces beter te structureren.

In een aantal regio's wordt bestaande interventies en methodieken uitgebreid om goed aan te sluiten op andere methodieken. Ze helpen doorlopende lijnen te creëren. Bijvoorbeeld: in de ggz is Intensive Home Treatment (IHT), een methodiek die een opname van patiënten in de volwassen-ggz verkort of vervangt door het bieden van intensieve thuishulp, geschikt gemaakt voor jeugd (IHT Jeugd). Met behulp van de SPUK gelden wordt in één regio deze interventie uitgebreid naar een vorm van crisisinterventie die meteen kan worden ingezet in een crisissituatie (IHT C). En eventueel verlengd naar een stabiliseringsfase (IHT J). In een andere regio zijn de SPUK gelden juist benut om een IHT-jeugd team te starten en wordt bijvoorbeeld een verbinding gelegd met de basishulp vanuit het buurtteam. Een ander voorbeeld is de ambulante spoedhulp thuis (AST), een module die in de jeugd- en opvoedingshulp wordt ingezet. De uitdaging van dit werkzame ingrediënt is om interventies en methodieken domein verbindend in te zetten.



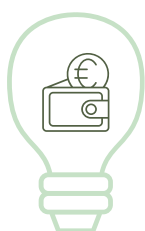
Meerjarenafspraken en financiering

Een belangrijk werkzaam ingrediënt dat door veel geïnterviewden wordt genoemd, gaat over het financiële kader dat wordt geboden voor crisishulp. Er zijn

¹⁰ In hoofdstuk 3 hebben we gewezen op een onderscheid tussen methodiek en interventie, dat niet altijd even scherp is. Het gaat ons hier primair om het 'methodisch' handelen, handelen op basis van een omschreven aanpak.

principiële inhoudelijke bezwaren tegen marktwerking in acute crisissituaties. Een verandering van partijen die deze zorg leveren, heeft een enorme impact op de kwaliteit van de crisiszorg.

Enkele geïnterviewden zijn ook tevreden over het financiële kader, omdat dit is vastgelegd in een meerjarenafspraken met meerdere gemeenten en jeugdhulp-regio's en een klein aantal zorgaanbieders. Er wordt gewerkt op grond van een gedeelde regiovisie en er geldt vaak een beschikbaarheidsbijdrage, met name voor crisisopnameplekken/bedden of time-outvoorzieningen. Er zijn evaluatiemomenten die ruimte bieden voor verbetering. Geïnterviewden die in regio's werken waar dit het geval is, geven aan meer ruimte, rust en duidelijkheid te ervaren om de keten samen vorm te geven.



Meer financiële ruimte

Meerdere geïnterviewden gaven aan dat de tijdelijke beschikbaarheid van extra financiële middelen (SPUK gelden) lucht heeft geboden en in die zin een oplossing vormt, omdat er tijdelijk extra personeel kan worden aangesteld. Daarbij gaat het om de ruimte een bestaand team uit te breiden of een nieuwe methodiek in te voeren.



Outreachend crisisteam¹¹

Dit team gaat zelf op de situatie af, wat leidt tot snelheid en efficiëntie. Binnen het team is een verscheidenheid aan expertise, 'die je zo in de auto kan zetten'. Dit team maakt een goede inschatting van de situatie, voordat iets overgedragen wordt naar een andere aanbieder/instelling. Dit maakt dat één team verantwoordelijk is voor het totaal aan eerste stappen bij een crisismelding: het opnemen van de telefoon, de triage, uitrukken, eerste interventie en vervolgens op de juiste plek neerleggen. Dit voorkomt vertraging.

5.2 POTENTIEEL WERKZAME INGREDIËNTEN EN GOEDE IDEEËN

Landelijk coördinatiepunt voor (crisis)opnameplekken

Er zijn verschillende soorten opnameplekken en typen bedden. Veel geïnterviewden geven aan dat een overzicht, regionaal, bovenregionaal en landelijk ontbreekt. Men weet niet welke expertise beschikbaar is op de opnameplekken.

Een coördinatiepunt heeft overzicht over opnameplekken, weet welke expertise beschikbaar is en kan coördineren in het matchen tussen vraag en aanbod. Een coördinatiepunt biedt op langere termijn ook inzicht in de gewenste en noodza-

11 Outreachend werken betekent dat hulpverleners naar gezinsleden toe gaan, in plaats van dat ze gezinsleden bij hen laten komen. Uit onderzoek blijkt dat professionals outreachend werken aandragen als werkzame factor binnen integrale jeugdhulp (NJI, z.d.)

kelijke omvang van de opname voorzieningen, kan trends en regionale hick-ups in beeld brengen en zo bijdragen aan beter beleid.

Intensiveren van de consultatie telefonisch en digitaal

Het inzetten van consultatie is een potentiële oplossing voor personele krapte. Deels wordt de consultatie al ingezet. Kinder- en jeugdpsychiaters werken als achterwacht voor de crisisdiensten van de ggz. Het belang van het intensiveren van de consultatieve functie in relatie tot personele krapte en schaarste is groot. *‘Als mensen door een beetje expertise worden gesteund, durven ze veel meer op te pakken’*. Het inzetten van consultatie, zeker ook digitaal, biedt mogelijkheden om over een groter gebied de crisisfunctie voor kinderen en jongeren tijdig te kunnen uitoefenen. Waar op lokaal en regionaal niveau sprake is van krapte, is er landelijk altijd voldoende expertise beschikbaar (bijv de dienstdoende kinder- en jeugdpsychiater ergens in het land of veilig thuis), wanneer hier meer digitaal gebruik van wordt gemaakt. Ook biedt het kansen om het patroon van het door- en afgeven van moeilijke situaties te doorbreken. Voorbeelden van acute mentale hulp uit landen met een lage bevolkingsdichtheid kunnen laten zien dat er goede mogelijkheden zijn om volume en schaal van organisatie te matchen. De bovenregionale expertisenetwerken kunnen een rol spelen in de coördinatie.

Expertise naar voren brengen in een netwerkaanpak

Deze oplossing richt zich met name op het voorkómen van crisissituaties. Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat een deel van de toename van acute mentale problemen samenhangt met de hulp die eerder is geboden. Dit geldt voor de situaties waarin kinderen en jongeren al in behandeling zijn. Een belangrijke sleutel ligt in het slim combineren van specialistische en generalistische hulp, multidisciplinair, in de wijk en dicht bij het gezin of de jeugdige en in het tijdig evalueren van de ingezette hulp. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van preventieve consultatie, aansluitend op de hiervoor genoemde oplossingsrichting.

(Intensief) Casemanagement

Een oplossing die verder strekt dan de crisissituatie, maar wel van belang is wanneer een crisissituatie zich voordoet, is intensief casemanagement. Een casemanager is een vast aanspreekpunt voor de jeugdige of het gezin en de ‘linking pin’ voor het gezin met andere betrokken hulpverleners en instanties en is verantwoordelijk voor de hulp die het gezin ontvangt. Daarbij is de casemanager overstijgend aan welke benodigde (crisis)interventie of organisatie dan ook. De casemanager is in staat eventuele problemen te signaleren en weet de weg die bewandeld moet worden om deze te verhelpen. Daarbij kan de casemanager ook optreden in crisissituaties, waarbij (gespecialiseerde) hulp ingeschakeld kan worden en de casemanager de hulpverlening afstemt met andere betrokkenen. Theoretisch sluit de methodiek aan bij het algemeen werkzame principe van ‘1 gezin 1 plan’.

Versterking van de integrale outreachende hulp als crisisinterventie

Een oplossingsrichting gericht op het knelpunt 'slecht vormgegeven ambulanti-seringsproces' is het versterken en verbeteren van outreachende hulp. Geïnterviewden geven aan dat outreachende hulp, ook en juist in crisissituaties, vaak beter aansluit op de jeugdige en het systeem rondom de jeugdige. Zij bepleiten oplossingen die meer in verbinding staan met het 'normale leven' van jongeren. Een opname doet dat niet. Eerder zijn al voorbeelden gepasseerd zoals IHT en AHS.

De oplossingsrichting zit in het tijdig en integraal aanbieden van deze diensten. *'Wanneer je geen bed hebt, maar je wel binnen een uur ambulante kan starten met ggz-expertise, kom je echt in een andere situatie terecht'*. Een oplossing die in dit verband wordt genoemd is een integraal veiligheidsteam in de wijk, een vorm van outreachend werken vanuit de jeugdbescherming. Hiermee kan een acute opname of uithuisplaatsing worden voorkomen.

5.3 DRIE SCENARIO'S VOOR ACUTE MENTALE HULP

In een aantal regio's wordt de hierboven geschetste ingrediënten samengebracht in een 'aanpak'. We onderscheiden drie van deze aanpakken. Opvallend is dat twee van deze drie scenario's al langere tijd wordt ingezet, ook (ruim) voor de decentralisatie van de jeugdhulp. Verder valt op dat de scenario's door andere, vaak nabijgelegen regio's worden 'overgenomen' en aangepast aan de specifieke regionale situatie. Er lijkt sprake van een 'spreeffect'.

Scenario 1 – Integrale triage bij aanmelding

Het eerste scenario is een integrale triage ('rotonde') bij aanmelding. Zowel verwijzers als burgers (ouder/kind) bellen naar een centraal telefoonnummer. Een ervaren hulpverlener, die getraind is in het inschatten van crisisaanmeldingen vraagt uit volgens een vast format en maakt een inschatting welke zorg nodig is. Deze informatie wordt in een app doorgezet naar de triagist.

De triagist beslist op basis van de informatie. Hier is geen discussie over mogelijk. Voordat de hulpverlening start, wordt eerst teruggekoppeld aan de verwijzer welke interventie uitgevoerd zal worden. Na het centrale aanmeldpunt, waar het interview en triage naar juiste zorgaanbieder(s) plaatsvindt, hebben de betrokken partijen 24x7 hulpverleners beschikbaar om een beoordeling ter plaatse uit te voeren of direct hulp te verlenen, bij voorkeur in een duo.

Na de start van de hulpverlening zal zo snel mogelijk een wijk- en/of gebiedsteam betrokken worden. Mocht een ambulante interventie niet toereikend zijn, dan hebben de betrokken partijen beschikking over residentiële crisisplaatsen, waarbij dit nadrukkelijk gepresenteerd wordt als intermezzo in het ambulante behandeltraject: kortdurend, met duidelijke doelen en criteria voor ontslag.

Scenario 1 op hoofdlijnen

- 1 centraal telefoonnummer
- Ervaren hulpverlener aan de lijn, getraind en ervaren in het inschatten van crisis-aanmeldingen
- Vraagt uit wat er aan de hand is/welke zorg nodig is
- Intern overleg, je wordt teruggebeld
- Boodschap welke actie wordt ingezet
- Afspraken over inzet professionele hulpverlener
- Professionele hulpverlening wordt gestart

Scenario 2 – Crisis interventieteam

Het tweede scenario is een crisis interventieteam (CIT), binnen kantoor tijden bereikbaar voor verwijzers en buiten kantoor tijden bereikbaar voor zowel verwijzers als burgers. Een telefonist vraagt de informatie uit en de situatie wordt beoordeeld op urgentie en inhoud. Het CIT bestaat uit een team van verschillende organisaties en expertises. Medewerkers van het CIT zijn gedetacheerd vanuit de jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp, LVB en verslavingszorg. Waar nodig hebben de medewerkers van het CIT een brandweerfunctie en gaan op de situatie af. Dit gebeurt in duo's, waar bij voorkeur een combinatie van verschillende expertises wordt gemaakt.

Na de interventie en inschatting wordt een plan gemaakt om de juiste vervolgzorg in te richten, waarbij de uiteindelijke beslissing wordt gemaakt in afstemming met een gedragswetenschapper.

Scenario 2 op hoofdlijnen

- Binnen kantoor tijden: verwijzer belt naar CIT (centraal nummer). Buiten kantoor tijden: verwijzer óf kind/gezin zelf belt naar CIT
- Overdag: ouder/kind kan crisis melden bij de vestiging waar diegene cliënt is of bij een professional zoals het Centrum Jeugd en Gezin, de politie of op school. Die professional maakt de inschatting of er sprake is van een crisis en of het CIT ingeschakeld moet worden
- Telefonist (bureaudienst) vraagt informatie uit
- Situatie wordt beoordeeld op urgentie en inhoud
- Intern overleg met medewerkers bureaudienst (verschillende organisaties, verschillende expertises)
- Vaststellen welke expertises nodig zijn
- Waar nodig gaat een combinatie op de situatie af
- Bureaudienst geeft aan melder door dat hulp onderweg is
- Daarna wordt er een plan gemaakt over wat er nodig is om de veiligheid van de ouders en het kind of de jongere te vergroten
- Het CIT is maar kort betrokken en als er langer ondersteuning of hulp nodig is, zorgen ze er samen met de ouders en het kind of de jongere voor dat deze hulp wordt aangevraagd

Scenario 3 – Integrale coördinatie van zorg

Het derde scenario betreft een integrale coördinatie van zorg. De aanmelding van de crisissituatie kan in dit geval op verschillende plekken plaatsvinden. Denk aan de crisisdienst van de ggz of van de jeugdzorginstelling. De betreffende crisisdienst doet op dat moment de inschatting en een eventuele interventie. Wanneer er verdere hulp nodig is, communiceert de verwijzer de casus naar het coördinatiepunt. Het coördinatiepunt wordt bemest door werknemers vanuit verschillende zorgorganisaties die speciaal zijn opgeleid op het gebied van acute mentale hulp. Zij vormen met elkaar een netwerk. Bij het coördinatiepunt wordt de triage van de casus gedaan naar de passende aanbieder. De aanbieder levert vervolgens de zorg die nodig is.

Scenario 3 op hoofdlijnen

- Crisissituatie wordt aangemeld bij crisisdienst van een instelling (kunnen er meerdere zijn; ggz, Veilig Thuis, wijkteams)
- Crisisdienst maakt inschatting (eerste interventie)
- Situatie wordt doorverwezen naar coördinatiepunt wanneer opvolging nodig is
- Medewerker coördinatiepunt triert de casus naar een passende zorgaanbieder
- Zorgaanbieder levert benodigde zorg

Data en stuurinformatie

Op het gebied van monitorings- en stuurinformatie is de snelle – en niet al lastig te bepalen – conclusie dat er behoudens op gemeentelijk niveau op landelijk niveau weinig data voorhanden is. Zowel voor wat betreft de klinische zorg als de intensief ambulante zorg voor kinderen en jongeren. Idealiter is inzichtelijk hoe groot de vraag naar acute zorg is, welk type acute zorg nodig is, of er sprake is van effectieve samenwerking en hoeveel capaciteit er beschikbaar is¹².

De geïnterviewden die meewerkten aan deze verkenning geven aan dat er echter wel veel behoefte is aan monitorings- en stuurinformatie. Al lopen de behoeften aan het soort informatie sterk uiteen. De weergave van de behoeften en suggesties van de geïnterviewden lees je terug in dit hoofdstuk. Allereerst reflecteren de geïnterviewden op de aanwezige monitorings- en stuurinformatie, dan volgen hun wensen en behoeften en tot besluit van dit hoofdstuk, zoomen we in op de zgn. crisisbedden-app, een tool waarmee zicht gehouden kan worden op het aantal beschikbare crisisbedden voor jeugdigen.

6.1 WAT IS ER BESCHIKBAAR AAN DATA- EN STUURINFORMATIE?

In Nederland is (sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015) nauwelijks tot geen landelijke, centrale monitorings- en stuurinformatie beschikbaar over de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren tot 18 jaar.¹³ Er zijn binnen

12 Er is in 2021 een eenmalige uitvraag gedaan door de Nederlands ggz: [https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/0e75f613-bd1b-4559-a815-808cbd-d67be7/210310-Rapport-uitvraag-acute-jeugd-ggz-DEF\(1\).pdf](https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/0e75f613-bd1b-4559-a815-808cbd-d67be7/210310-Rapport-uitvraag-acute-jeugd-ggz-DEF(1).pdf)

13 Het aantal afgegeven crisismaatregelen en zorgmachtigingen wordt landelijk bijgehouden in de ketenmonitor Wvggz. https://wvggz-kct.nl/wp-content/uploads/2022/02/Ketenmonitor-Wvggz_2021_1.o.pdf Uit deze monitor kan niet worden afgeleid wat het aandeel jeugdigen is. JeugdzorgNederland houdt de plaatsings- en uitstroomgegevens bij in de JeugdzorgPlus. Plaatsingen in jeugdzorgplus kunnen, maar hoeven geen interventie te zijn in een situatie van acute mentale hulp, zoals eerder in deze verkenning besproken. <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2017/03/2021-I-Factsheet-plaatsings-en-uitstroomgegevens.pdf>

de Jeugdwet ook geen verplichtingen (zoals ROM) om data te verzamelen. De afgelopen jaren ontwikkelden diverse (samenwerkingen tussen) gemeenten wel sets van beleids- en stuurinformatie die aansluiten bij de informatiebehoefte van specifieke gemeenten op het gebied van jeugd(zorg). Dit zijn vooral datasets die strategische (bruikbaar voor colleges en raden) en tactische stuurinformatie (bruikbaar voor programmamanagers/managers van de toegangsfunctie, zoals buurt-wijkteams). Denk hierbij o.a. aan het aantal crisis arrangementen, beschikkingen en verwijzingen.

Deze gemeentelijke data wordt in weinig gevallen teruggekoppeld naar of gebruikt door aanbieders van jeugdhulp. Aanbieders houden op 'eigen wijze' hun monitorings- en stuurinformatie bij en leveren maand en/of kwartaalrapportages op basis van prestatie-indicatoren, veelal voor intern gebruik. Denk aan aantal crisisaanmeldingen, doorstroom, etc. Dit is vaak gedestilleerd vanuit een EPD, maar vaker nog zijn het losse registraties (in Excel). Ook hiervoor geldt dat deze niet altijd gedeeld worden met ketenpartners, gemeenten of (boven) regionale netwerken en dat er beperkt op (kan) wordt(en) gestuurd. Behalve als daar specifieke afspraken met gemeenten over zijn, bijvoorbeeld bij het sturen op resultaat.

In de afgelopen periode is op initiatief het Expertisenetwerk Kinder- en Jeugdpsychiatrie (verder: EKJP) een tool ontwikkeld – in de volksmond de crisisbedden-app. Vooral om een door hen zelf ervaren, acuut probleem te tackelen: het snel vinden van een (passend) crisisbed en een contactpersoon om mee af te stemmen of plaatsing werkelijk past en kan. Door het gebruik van deze tool is het eenvoudiger om te zien waar in het land bedden beschikbaar zijn. Dit vereenvoudigt het tijdrovende zoekproces naar een passende plek en geeft zicht op de landelijk beschikbare capaciteit. Samen met gebruikers is er gekeken hoe de app nu functioneert, waar er (snelle) verbeteringen te maken zijn en wat daarvoor voor nodig is.

6.2 WENSEN EN BEHOEFTE T.A.V. MONITORINGS- EN STUURINFORMATIE UIT DE INTERVIEWS

De wensen en behoeften van de geïnterviewden ten aanzien van monitorings- en stuurinformatie lopen sterk uiteen. Dat geldt überhaupt voor het gebruik ervan. In sommige regio's worden degelijke data-projecten opgezet met een minimale dataset. Er leven daardoor minder verhalen (bijvoorbeeld over intoxicaties of andere zgn. regionale trends) en men krijgt inzicht in de intensiteit van de hulpvragen. Patronen en daarmee het lerende effect hiervan wordt langzaam zichtbaar aldus enkele geïnterviewden. Waarbij men steeds weer aangeeft dat het gesprek over de data en de betekenis ervan voor de acute mentale hulp voor jeugdigen belangrijker is dan de data zelf. Voorwaarden voor dergelijke data-projecten zijn tijd en geld is en dat ontbreekt in veel gevallen.

In andere regio's waar een integrale crisisdienst actief is, wordt data gemak-

kelijker verzameld, geanalyseerd en gebruikt om van te leren en te verbeteren. Dit wordt opgemerkt door geïnterviewden die juist niet met zo'n integrale crisisdienst werken: zij geven veelal de suggestie om vanuit integraliteit data te verzamelen. Gerelateerd hieraan is de grote wens vanuit diverse geïnterviewden om data 'over organisaties heen' te verzamelen om ook patronen zichtbaar te maken die gaan over instroom, doorstroom en uitstroom.

'Ik zou juist elk kwartaal uitgebreide rapportage naar gemeenten willen sturen, en met hen in gesprek gaan of we niet mee aan de 'voorkant' (preventief, red.) zouden moeten doen en wie dat vooral zou kunnen doen' (kinder- en jeugdpsychiater).

Maar er zijn ook regio's waar de geïnterviewden aangeven (helemaal) niet over (de juiste) sturing en monitoring informatie te beschikken. Of zelfs onvoldoende weten wat zij zouden willen meten om te kunnen monitoren en sturen. Ze ervaren onvoldoende zicht op (en expertise van) KPI's maar ook niet op wat ze zouden kunnen leren van data. Er zijn daarnaast bij deze geïnterviewden (al dan niet terecht) twijfels over wat je mag/kan binnen de Jeugdwet, privacy is in de ogen van diverse geïnterviewden een remmende factor bij het verzamelen, analyseren en delen van data.

Een deel van de geïnterviewden is uiterst kritisch op het gebrek aan landelijke monitorings- en stuurinformatie, over het ontbreken van een minimale dataset (MDS) en de bijbehorende definities. Zolang landelijke criteria en doelen ontbreken, heeft data verzamelen geen zin, is wat zij aangeven.

'We moeten een goede definitie/standaard hebben van wat goede crisishulp (en dat moet niet hulpverlenerafhankelijk zijn): systeemcrisissen moeten we ook includeren en dan data gaan verzamelen' (manager).

Wat wil men meten en weten?

In de interviews worden veel suggesties gedaan over welke data men tot zijn of haar beschikking zou willen hebben. Denk hierbij aan aantallen meldingen (en op welke momenten), de aard van de meldingen en hoeveel (en welke) interventies door de aanbieders binnen een bepaalde periode zijn gedaan. Informatie-uitwisseling met andere instellingen wordt vaak genoemd, dit vooral om het verloop van trajecten met kinderen en jongeren te kunnen monitoren. Bij deze suggestie wordt overigens vaak de bureaucratie en de privacy-kaart als een belemmering getrokken.

'Ik zou graag de hele traject van een kind monitoren: te beginnen met de instroom, de tijdsinvestering. Dan de knelpunten in kaart brengen en het gesprek voeren over verbetering. Nu zien we alleen acute zorg, maar je wilt voorkomen dat kinderen en jongeren bij ons terecht komen. Dat is niet tijdig, want wij zitten aan 'de achterkant'. Een relevante KPI zou zijn:

hoeveel verschillende zorgverleners heeft een jongere gehad? Niemand heeft deze trajecten scherp' (manager).

Een echte meerwaarde wordt gezien in trends in de tijd, in de (boven) regio, etc. om vervolgens hierover met gemeenten in gesprek te kunnen gaan. Schaal-grootte en volume spelen een rol, waarbij meerdere keren wordt aangegeven niet (alleen) naar (boven)regio's te kijken maar naar inwoneraantallen. Maar 'hoe organiseer je dit' is de vraag die steeds terugkomt.

Data over casuïstiek, dossiers en elkaar

Meerdere malen geven de geïnterviewden aan te willen en kunnen leren van data van casuïstiek en uit dossiers: wat ging er goed maar wat kan er vooral ook beter? Over welke data zouden professionals dan zelf willen maar ook moeten beschikken? En hoe leer je van elkaar op casusniveau? Vaak gaat dit nu via (goedwerkende) online groepen zoals de Siilo-app of andere Whats-appgroepen. Om hieruit te kunnen leren is meer structuur nodig in de vorm van interview-sie en evaluatie.

6.3 VERDER INGEZOOMD: DE CRISISBEDDEN-APP

De crisisbedden-app in zijn huidige vorm is ontstaan vanuit de behoeften die speelden bij EKJP leden. De tool die zij tot hun beschikking hadden, voldeed niet meer. En er was geen alternatief om snel en eenvoudig bij de juiste informatie rond beschikbaarheid van crisisbedden voor jeugdigen met acute psychische problemen te komen. Simpelweg waren – zeker in de avonden en weekenden – professionals eindeloos bezig met bellen voor een passende plek.

In samenwerking met het EKJP heeft technische partner Growtivity een eenvoudige tool opgezet om inzicht te bieden in:

- de beschikbare crisisbedden voor kinderen en jongeren in Nederland
- de bijbehorende contactgegevens van de desbetreffende aanbieder

Inmiddels werken 18 instellingen verspreid over het land met de app, zij geven dagelijks in de tool aan hoeveel bedden zij op dat moment beschikbaar hebben. In de app zijn 143 bedden opgenomen. Een veelvoud van professionals maakt vervolgens gebruik van de tool op het moment dat er gezocht wordt naar een crisisbed. Nadat de app live is gegaan, is verdere verdieping aangebracht. Professionals kunnen de beschikbaarheid van categorie A/B/C bedden inzien op gebied van eetstoornissen.

De crisisbedden-app wordt door het gros van de geïnterviewden (die werkzaam zijn in de ggz) gebruikt, en hoewel er in hun ogen het nodige op is af te dingen, zijn ze erg optimistisch over het initiatief en de mogelijke doorontwikkeling. Het valt of staat voor een groot deel van hen met het invullen van de juiste gegevens en 100% betrouwbaar is het daardoor niet. Veelal wordt er toch nog rondge-

beld, gemaïld of ge-appt omdat de manier waarop de acute mentale hulp per regio georganiseerd is, verschilt. Hoewel men elkaar in de regio wel vaak kent en dat vergemakkelijkt het proces aanzienlijk. Meerdere malen wordt de wens uitgesproken de tool uit te breiden met o.a. jeugdzorg bedden, met een koppeling met somatiek/Medisch Psychiatrische Unit (MPU). Sommigen opperen zelfs een uitbreiding naar volwassenen.

‘Een brede, gezamenlijke app, bijvoorbeeld vergelijkbaar met de kind-zoekt-bed-app van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK) is in ieder geval wenselijk, waarbij er goede afspraken gemaakt moeten worden over het gebruik, de organisatie en de governance. Zo’n app werkt als deze gedisciplineerd wordt bijgehouden’ (kinderarts).

‘Er zijn periodes dat er geen bed is in Nederland. Iets van een plaatsings-commissie is er niet. Er wordt in de app gekeken, rond-geappt en gemaïld. Maar iedereen zegt lief: sorry. Landelijke regie is echt nodig. Nodig dat er garantie is op bepaalde capaciteit in Nederland’ (kinder- en jeugdpsychiater).

Werkwijze van de tool

De tool is eenvoudig van opzet: lean & mean. Aanbieders hebben een QR-code die leidt naar een webpagina (dus feitelijk geen app) waarop zij hun gegevens over beschikbaarheid en eventueel hun contactgegevens kunnen toevoegen en wijzigen. Professionals die gebruik willen maken van de informatie hebben een andere QR code waarmee zij de aanbieders van de crisisbedden en de beschikbaarheid van bedden kunnen bekijken. Dit is niet meer of minder dan een zogenaamde *listview* van de informatie die aangeleverd is door de deelnemende aanbieders.

De app is dus eigenlijk geen app maar een tool/webpagina, waarmee het overzicht aan beschikbare bedden makkelijk te vinden is en daardoor voor iedereen te gebruiken is. Daarbij is de app een sociaal systeem, het gaat er vanuit dat deelnemende aanbieders hun data up-to-date houden. Er is een wederzijds belang. Er is op dit moment geen coördinatie en/of organisatie achter de app actief die borgt dat de data bijgewerkt wordt/up-to-date is.

Techniek achter de tool

De tool draait op het force.com platform, de ondersteunende technologie. Dit biedt als platform ook veel mogelijkheden om uit te breiden. Zo zijn er rapportages mogelijk rondom gegevensvastlegging, zodat trends, maar ook (regionale) verdelingen inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Iets waar op dit moment nog weinig mee gedaan wordt. Ook verdere verdieping of uitbreiding van de functionaliteiten van de tool zijn mogelijk.

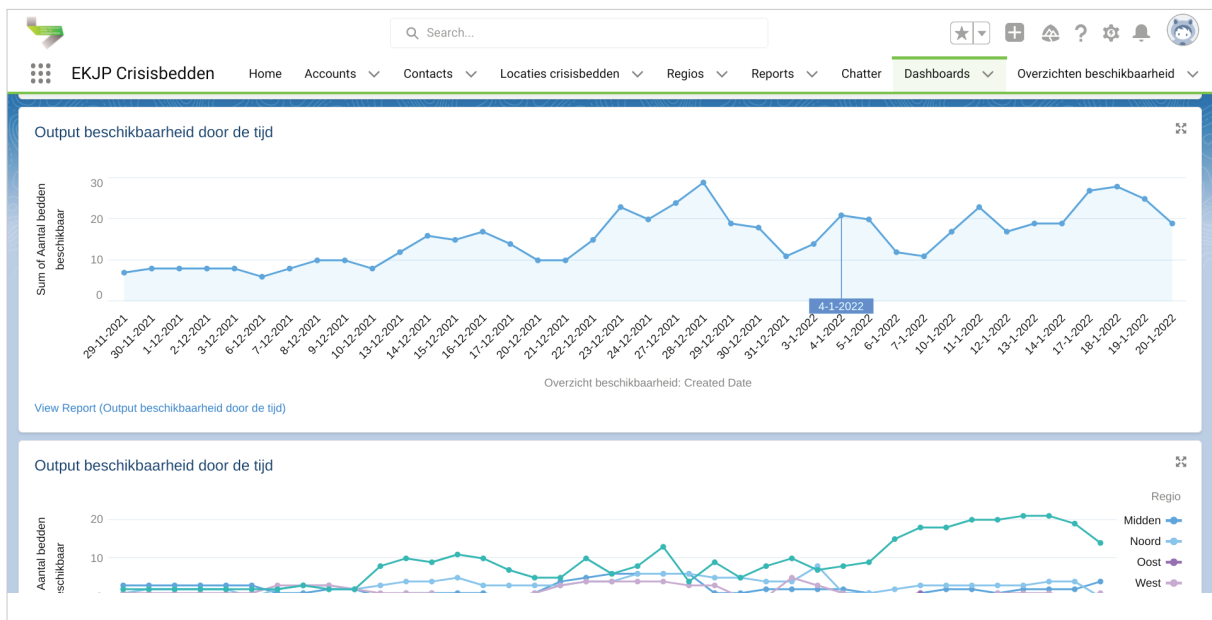
Wensen van gebruikers in beeld: userstories

Als onderdeel van deze verkenning zijn naast vragen in de interviews over

wensen en behoeften t.a.v. monitorings- en stuurinformatie ook drie online inloopsessies georganiseerd met gebruikers van de crisisbedden-app. Uit deze (online) sessies is een aantal mogelijke aanpassingen en suggesties van uitbreidingen van de tool naar voren gekomen. Deze suggesties van gebruikers zijn met de huidige technologie goed en relatief snel uit te voeren. In zogenaamde user stories is de aard en de complexiteit beschreven waarbij ‘small’ een relatieve eenvoudige ingreep is, ‘medium’ een grotere en ‘large’ een grote dan wel kostbare.

Nader toelichten werking en mogelijkheden van de tool (S)

Uit de feedback is gebleken dat voor niet iedereen duidelijk is wat de mogelijkheden van de tool zijn, hoe hij werkt en wat er met de data gedaan kan worden. Door enkele leersessies te beleggen kan het gebruik verbeteren en bestaande vragen beantwoord worden. Ook het gebruik van de bestaande dashboards moet nog omarmd worden. Op landelijk niveau kan dit helpen bij het krijgen van inzichten, zeker als de data uitgebreid wordt.



Uitbreiden deelnemers (S)

Uit de inloopsessies bleek dat er behoefte is aan uitbreiding van het aantal ‘soorten’ bedden zodat meer aanbieders en meer zorgprofessionals de tool kunnen inzetten. Dit kan eenvoudig worden vastgelegd in het systeem. De vraag hierin is wel: welke bedden worden toegevoegd, zijn er kwaliteitscriteria, wie mag ze erop zetten, welke kenmerken hebben ze, wie bepaalt dat/hoe organiseren we dat?

Uitbreiden informatie in de tool (S)

Naast het uitbreiden van het aantal soorten bedden is een wens om meer informatie over de bedden toe te voegen. Een beschikbaar bed is niet altijd geschikt voor een bepaalde casus en beschikbaarheid betekent – bijvoorbeeld

door het schuiven in het team omdat er een ingewikkelde dwangvoedingscasus speelt – niet dat het bed ook het juiste team heeft. Door enkele kenmerken van een afdeling/bed toe te voegen, is de informatie meer bruikbaar. Dit vraagt een eenmalige uitvraag bij de aanbieders. Onderstaand een voorbeeld van kenmerken die per locatie getoond kunnen worden, deze kenmerken kunnen in alle mogelijke richtingen ingesteld worden.

Gebruikerskarakteristiek

Problematiek

ADHD

Contra indicaties

Ernstige eetproblematiek

Faciliteiten

Special Care Unit

Leeftijdscategorie

vanaf 18 jaar

Therapie

Systeemtherapie

Medicatie

Psychomotore therapie

+

Toegang vereenvoudigen (S)

Op dit moment is de toegang georganiseerd middels een QR code. In de gesprekken is aangegeven dat dit soms niet de meest handige optie is, bijvoorbeeld als men niet op een locatie is waar die code 'aan de muur hangt'. Dit is eenvoudig op te lossen door bijvoorbeeld een makkelijke url te koppelen aan de informatie. Denk aan 'crisisbedden.nl'. Dit is voor iedereen makkelijk te onthouden en kan ook als snelkoppeling op een telefoon of computer geplaatst worden.

Inrichten portal (M)

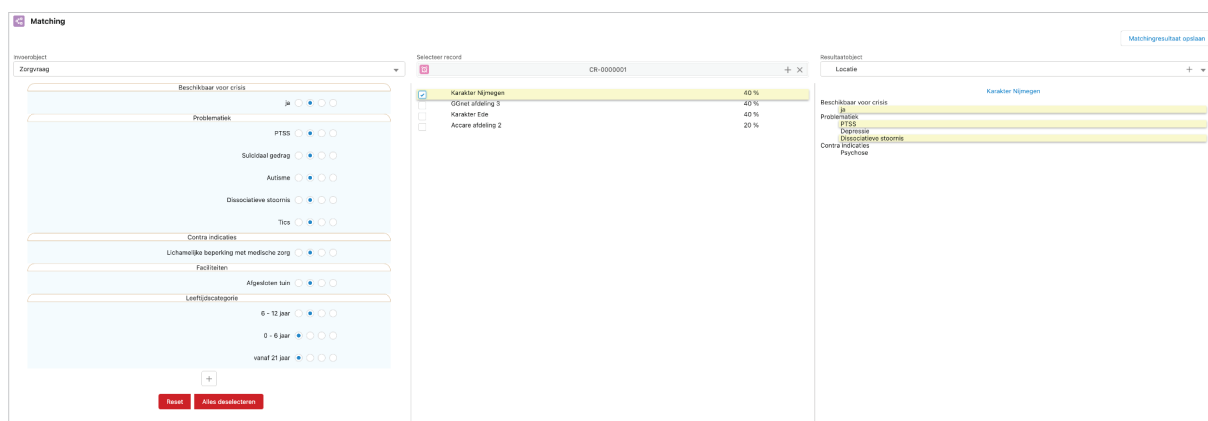
Kijkend naar bovenstaande punten rond uitbreiding gebruikers en functionaliteit, ligt het voor de hand dat één lijst met gegevens niet voldoet. Een 'homepage' die de gebruiker de juiste kant op stuurt zou hierin goed kunnen helpen, waarbij een gebruiker die altijd dezelfde specifieke info zoekt met een directe link deze homepage kan overslaan.

Onderstaand een voorbeeld van hoe dit kan werken, er is een homepage waarin verschillende keuze lijsten gekozen kunnen worden die vervolgens direct getoond worden.



Toevoegen case management (M)

Een toepassing die meer aandacht vraagt, maar technisch mogelijk is, is het voeren van daadwerkelijk casemanagement. In dit geval kan iemand die een bed (of behandeling) zoekt, met een aantal kenmerken aangeven welke zorg er gezocht wordt voor welke patiënt. Hierbij valt te denken aan demografische informatie, informatie over (complexe) behandeling, of persoonlijke voorkeuren. Gelijktijdig staan er aanbieders/locaties/instellingen in het systeem die deze zorg kunnen bieden. Door de invoer ontstaat een match, en kan er gericht contact gezocht worden voor plaatsing. Dit vergt meer invoerwerk, maar levert ook veel bruikbare data op, zowel aan aanbodkant als ontvangst kant. Onderstaand is een voorbeeld van een input deel (links) waarin een aantal kenmerken van de casus snel ingevoerd kunnen worden. Het resultaat is een lijst met locaties of instellingen die deze zorg kunnen bieden. Deze functionaliteit is goed bruikbaar waarbij er met veel verschillende casuïstieken gewerkt wordt en er een groot aantal potentiële aanbieders is.



Crisisbedden-app als communicatie-tool

Het platform waarop de techniek nu draait kent ook communicatietools, zoals chatter, groepscommunicatie etc. Dit kan een mogelijkheid bieden om makkelijker kennis te delen of communicatie te stroomlijnen die nu via informele netwerken plaatsvindt (veelal via mail en What's app of SILO-app). Van belang hierbij is te constateren dat de huidige informele netwerken op dit moment functioneren en dat de betrokken zorgverleners veel waarde hechten aan deze netwerken.

Voorbeeld van een groep waarin gecommuniceerd kan worden, gegevens en documenten gedeeld kunnen worden. Hierin zijn allerlei indelingen mogelijk en kunnen mensen deelnemen in één of meerdere groepen.

Organisatie als hulpmiddel

Een terugkerend thema en een belangrijk vraagstuk bij de doorontwikkeling van de tool is het eigenaarschap van de crisisbedden-app.

Bij een uitbreiding van het aantal gebruikers en de functionaliteiten zal het aantal stakeholders ook uitbreiden en wordt het eigenaarschap belangrijk(er). Van wie is de crisisbedden-app, wie bepaalt de ontwikkelroadmap en wie draagt de kosten? Belangrijk hierbij is ook de keuze over hoe centraal de crisisbedden-app ingezet wordt. Is de informatie domeinspecifiek is, of juist domeinoverschrijdend? Technisch is dit eenvoudig te organiseren zodat de functionaliteiten en data gescheiden zijn te gebruiken, maar in het eigenaarschap vraagt dit om keuzes.

Het inrichten van een entiteit die de crisisbedden-app op zich neemt, is een oplossingsrichting. Deze entiteit kan de coördinatie op zich nemen: technisch en/of zorginhoudelijk. Denk hierbij aan hoe het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden¹⁴ functioneert. Het coördinatiepunt geeft advies, analyseert en bemiddelt bij het vinden van een passend bed voor mensen met verward gedrag die daardoor een beveiligd bed nodig hebben. Door het gebruik van een database, heeft het coördinatiepunt inzichtelijk waar en hoeveel bedden er beschikbaar zijn voor deze doelgroep. Bovendien biedt dit mogelijkheid voor onderzoek.

14 Beveiligde Bedden (z.j.). Wat doet het coördinatiepunt. Geraadpleegd op 1 februari 2022, van <https://www.beveiligdebedden.nl/landelijk-coördinatiepunt>

Bouwstenen voor een lerend netwerk

Zoals elke vorm van spoedeisende hulp is ook acute mentale hulp een vorm van zorg die voortdurend in ontwikkeling is en voortdurend ontwikkeling en vernieuwing behoeft. In de vorige hoofdstukken hebben we beschreven wat hierin knelpunten zijn, waar men oplossingen zoekt en vindt. In dit hoofdstuk richten we de schijnwerper op het leren en verbeteren als basis voor steeds betere acute mentale hulp voor kinderen en jongeren. Het doel is een aantal bouwstenen te onderscheiden die gezamenlijk deze basis kunnen vormen.

We vroegen de geïnterviewden aan het slot van elk gesprek wat voor hen belangrijke leervragen zijn, waar ze kansen zien om te leren en verbeteren. Maar ook waar ze behoefte aan hebben. De antwoorden op deze hebben we geclusterd langs de dimensies inhoud, organisatie en randvoorwaarden. We beschrijven de clusters in de tweede paragraaf. Op basis daarvan komen we in de derde paragraaf tot een aantal bouwstenen voor de inrichting van een lerend netwerk. We starten dit hoofdstuk eerst met een aantal observaties over het huidig lerend vermogen.

7.1 LEREND VERMOGEN IN DE ACUTE MENTALE HULP VOOR KINDEREN EN JONGEREN

Aan de basis van leren, verbeteren en innoveren staat lerend vermogen, het vermogen om uit informatie en ervaringen kennis te verzamelen en die in volgende situaties toe te passen (Huber, 1991). Dat lerend vermogen kan individueel, binnen een team, een organisatie of een netwerk worden belemmerd, bevorderd of vergroot (Senge, 1990). En dit kan op verschillende niveaus van leren (Argyris & Schön, 1978): het leren tot aanpassen aan nieuwe situaties (single loop learning), het leren om te veranderen, te verbeteren of te vernieuwen (double loop learning) en het leren leren of procesleren.

In deze verkenning beschrijven we een aantal observaties over het lerend vermogen op basis van de interviews en de door ons bekeken literatuur. Deze observaties kunnen in het vervolgtraject worden meegenomen en nader worden onderzocht.

- Kennisontwikkeling en verspreiding wordt belemmerd, omdat informatie verspreid en versnipperd is. De informatie over het pad dat het kind of de jongere die acute mentale hulp nodig heeft – van aanmelding tot opvolging – is zowel lokaal en regionaal versnipperd en verspreid. Bovendien is er vaak geen continuïteit waardoor informatie verloren gaat. Ook ligt informatie opgesloten in registratiecodes van gemeenten of gemeentelijke samenwerkingsverbanden en in individuele organisaties. In een aantal, maar zeker niet in alle regio's, werkt men met kwartaalrapportages. Op basis van de interviews kunnen we niet vaststellen in hoeverre deze rapportages worden gebruikt in regionaal beleid. Een landelijke monitor is er niet.

'Ik heb informatie over een heel klein deel van het traject. Wat is nodig voor 0 procent opname? Hoe krijgen we meer zicht op de gehele keten voor de jeugdhulp?' (manager ambulante jeugd- en volwassen ggz).

- Er zijn diverse landelijke en regionale uitwisselingsnetwerken, zoals het HIC-Jeugd netwerk, het netwerk Geneesheer-Directeuren¹⁵, het Landelijk netwerk Dwangvoeding, verschillende communicatienetwerken waarin anoniem informatie en ervaringen worden gedeeld en die in meerdere of mindere mate fungeren als lerende netwerken.
- Negatieve feedback belemmert op verschillende niveaus het leren. Dit geldt ook voor situaties die in de media worden besproken en situaties die sterk klachtgevoelig zijn. Het vergroot de angst voor fouten en het versterkt het vermijden van risico's. Het kan ertoe leiden dat – bijvoorbeeld – een risico op suicidaliteit of zelfbeschadiging een contra-indicatie is bij een opname in een acute situatie. Iets subtieler werkt negatieve feedback door in de professionele beoordeling van elkaar. Een verwijzing wordt uitgelegd als 'handelingsverlegenheid', of 'snelle paniek' in plaats van een hulpvraag van een collega.
- 'Groupthink' belemmert in verschillende regio's het leren. Er wordt geleerd vanuit verschillende domeinen van de zorg. Dat kan leiden tot een eenzijdige perspectief op de problematiek. Deze 'groupthink' gaat overigens op meerdere plaatsen gepaard met een grote behoefte om van elkaar te leren en vanuit meerdere perspectieven naar ingewikkelde situaties te kijken.
- De crisisfunctie is niet overal goed belegd. Het wordt 'erbij' gedaan. Het werken in acute hulp is echter een 'vak'. Het niet goed beleggen ervan, betekent dat het 'vak' en het team dat dit uitoefent zich niet ontwikkelt.
- Er zijn nauwelijks gedeelde afspraken over de te bieden kwaliteit van de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren, zodat een kader voor ver-

15 Geneesheer-directeur wordt als functienaam nog steeds gebezigd. Een geneesheer-directeur is een functie die door psychiater wordt ingevuld. Dit kan zowel een vrouw als een man zijn.

beteren ontbreekt. Dat maakt dat het leren eerder spontaan en onbewust verloopt, maar ook het risico heeft sterk incidentgedreven te zijn.

- Er zijn diverse modelmatige behandelingen in de acute mentale hulp die een handelingskader bieden voor zorgprofessionals, zoals de High Intensive Care unit, IHT Jeugd of de ambulante spoedhulp module. Ook de werkprocedures rondom aanmelding en triage tussen verschillende organisaties kunnen hiertoe gerekend worden. Zij ondersteunen professionals vanuit verschillende achtergronden in een gezamenlijke ‘taal’ en bieden een kader om te verbeteren. De onderlinge aansluiting van deze behandelinterventies op elkaar en de afbakening tot specifieke domeinen kan het leren ook weer belemmeren.
- Er lijken zich de afgelopen paar jaar ontwikkelingen af te tekenen naar meer regionale samenwerking als het gaat om de toegang, inrichting en financiering van de crisisfunctie.

‘Onze visie is twee jaar geleden veranderd van ‘crisis bestaat niet, naar crisis is een specialisme’ (beleidsadviseur samenwerkende gemeenten).

7.2 INVENTARISATIE VAN LEERVragen LANGS DRIE DIMENSIES

Alle geïnterviewden is gevraagd om aan te geven wat leervragen zijn in een groter leerverband. De antwoorden hebben we geclusterd langs de dimensies van inhoud, organisatie en logistiek en randvoorwaarden.

Op de **inhoudelijke dimensie** spelen twee groepen vragen. Ten eerste zijn er vragen rondom het *professioneel leren samenwerken*, zoals:

- Hoe werken anderen samen tussen domeinen (jeugdzorg, jeugd-ggz, jeugd-ivb, somatiek, volwassenen) en wat kunnen we daarvan leren?
- Hoe kunnen we sneller expertise brengen op de juiste plek in plaats van elkaar overal ‘in te lussen’?
- Zijn er manieren bedacht voor casusgebonden samenwerken vanuit een ‘brede blik’, inclusief die van naasten?
- Wat is ervoor nodig om elkaars professionele oordeel te vertrouwen?
- Wat hebben we nodig om de verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor een kind of jongere in een acute situatie?
- Hoe ontwikkelen we ‘crisiscompetente’ teams?

Een tweede groep vragen raakt aan de *kwaliteit van acute hulp* en de afspraken daarover:

- Wat zijn minimale vereisten voor het bieden van goede acute mentale hulp aan kinderen en jongeren?
- Hoe kunnen we de kwaliteit van de acute mentale hulp toetsen?
- Hoe verzamelen we goede data over deze kwaliteit?
- Hoe verbeteren we de bejegening en wordt gekeken naar de ‘hele mens’

Op de **organisatorische dimensie** zijn er vragen over de organisatie van *de toegang tot acute mentale hulp, ambulante diensten en coördinatie- en verdelingsvraagstukken*.

- Hoe richt je de (netwerk)organisatie voor een integraal crisismeldpunt in?

‘Hoe ontwikkelt een crisismeldpunt zich door naar een slagvaardig netwerk’ (beleidsadviseur).

- Hoe stem je werkprocessen in en tussen organisaties hier goed op af? Hoe mandateer je als organisatie het netwerk ten behoeve van de focus op het kind?
- Wat levert het veranderen van de toegang tot acute mentale hulp op?
- Hoe kunnen we ambulante hulp in de crisissituatie beter neerzetten en laten aansluiten op het reguliere aanbod?
- Is het mogelijk en wenselijk een landelijk punt voor plaatsing in te richten, zoals in Covid-tijd op de IC’s gebeurde?

Daarnaast spelen op de **organisatorische dimensie** ook vragen rondom *wachttijden en personele schaarste*, zoals hoe om te gaan met personele krapte. Vooral in dit verband worden ook leervragen geopperd rondom ‘het slimmer organiseren’:

- Hoe kunnen we alternatieven voor een ‘crisisplaatsing’ ontwikkelen? Wat gebeurt er in andere regio’s op dat terrein? En wat in andere landen?
- Kunnen we de consultatieve functie beter benutten? Wat gebeurt er nu al digitaal als het gaat om consultaties? Wat zijn belemmeringen?
- Wie zetten we in? Is de kinder- en jeugdpsychiater altijd aangewezen bij beoordeling? Ook als we weten dat acute mentale hulpvragen ook vaak ‘relationeel’ zijn?

Op de **randvoorwaardelijke dimensie** is er behoefte om:

- Te leren elkaars juridische en financiële kaders beter te begrijpen: gemeenten/regio’s en zorgaanbieders
- Te onderzoeken of landelijke sturing kan helpen, bijvoorbeeld bij plaatsingen
- Elkaar te informeren over contractafspraken en de afwegingen die hieraan ten grondslag liggen in de verschillende regio’s

Het versnellen van het leerproces: het bepalen van de juiste schaal

Om de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren te verbeteren is de schaal van het ‘leren’ van belang. Veel geïnterviewden benadrukten dat ‘crisiswerk’ een ‘vak’ is. Om het goed te kunnen uitoefenen is *teamlernen* van groot belang. Verschillende geïnterviewden geven aan dat dat voortdurend onder de aandacht

moet zijn om het gevoel van onderling vertrouwen en een klimaat van veiligheid te stutten.

Daarnaast is het *organisatieleren* van belang. Je durft als professional en als organisatie verantwoordelijkheid en risico's te nemen op basis van vertrouwen en elkaar kennen. Zeker wanneer dit is gekoppeld aan verplichte bijscholingen en accreditaties. Organisaties die leren hoog in het vaandel hebben staan, inspireren en mandateren professionals vaak ook om in bredere netwerken samen te werken en te leren. Hier kan het casusgebonden leren ook een belangrijke plek krijgen. Voor het regionaal leren – met ketenpartners en regievoerende gemeenten – geldt dat de regio niet te groot moet zijn.

Tot slot liggen er landelijk overkoepelende leervragen voor de overheden, beroepsorganisaties, branches van patiënten, zorgaanbieders en kennisinstellingen. Er is onder meer behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar het totaal aantal benodigde crisisplekken, een kader voor ambulantisering, en de spanningen tussen de diverse juridische kaders.

7.3 BOUWSTENEN VOOR HET LEREND NETWERK

Het voorkómen van acute mentale hulp is een gedeelde wens en doel van kinderen en jongeren, van hun naasten, zorgprofessionals en velen anderen met hen. Als een situatie toch acuut wordt, wil iedereen dat deze hulp tijdig, passend en goed is. Deze verkenning maakt duidelijk dat het maken van gezamenlijke afspraken hierover, regionaal en landelijk, urgent is. Het maken, toetsen en borgen van zulke afspraken vraagt om een lerende praktijk. Alleen dan kan acute mentale hulp zich blijven ontwikkelen.

In dit hoofdstuk is de behoefte aan zo'n lerende praktijk ingekleurd door leervragen. In deze paragraaf schetsen we op basis daarvan een vijftal bouwstenen en een inrichting voor een landelijk lerend netwerk.

- Bouwsteen 1: Professioneel leren (methodieken, multidisciplinair samenwerken)
- Bouwsteen 2: Kwaliteit (normen, afspraken, leren & verbeteren)
- Bouwsteen 3: Financiering/inkoop (ZVW/Jeugdwet, contracten)
- Bouwsteen 4: Organisatie & innovatie (netwerkorganisatie, coördinatie en verdelingsvraagstukken, innovatieve zorgproducten)
- Bouwsteen 5: Onderzoek & monitoring (leren & verbeteren, datafeedback)

Voor de inrichting van het lerend netwerk gaan we vooralsnog uit van een zo goed en veel mogelijke aansluiting op bestaande netwerken en organisaties. Een landelijk lerend netwerk voor acute mentale hulp voor jeugd zal zoveel en zo slim mogelijk aansluiting (moeten) vinden op bestaande netwerken. Er staat ons geen afzonderlijke netwerkorganisatie voor ogen, maar door het benoemen

van 'bouwsteeneigenaren' kan het ontwikkelen van acute mentale hulp binnen bestaande kaders, verantwoordelijkheden en organisaties doorgang vinden.

Bouwsteen	Bouwsteeneigenaar/regie
Professioneel leren	Samenwerkende beroepsverenigingen
Kwaliteit	Akwa GGZ
Financiering/inkoop	VNG
Organisatie & innovatie	BGZJ/dNLggz/JZN/VGN
Onderzoek & monitoring	EKJP, Kenniscentrum KJP
Overkoepelend	LNAZ, IGJ

Conclusie

Het startpunt van deze verkenning ligt in de toenemende druk op de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren. De constatering die de IGJ en andere partijen in 2021 hierover deden, wordt bevestigd door onze verkenning, maar krijgt ook meer gelaagdheid en kleur. De professionals, ervaringsdeskundigen, beleidsadviseurs, experts en leidinggevendenden die wij spraken ervaren forse knelpunten en schetsen tegelijkertijd wat hierin beter kan en ook al beter gaat.

Er is veel veerkracht in het jeugdhulpveld als het gaat over de acute mentale hulp voor jeugd. Tegelijkertijd is er veel behoefte aan meer eenduidigheid en een gezamenlijke, gedragen visie. Er is een gedeeld streven naar een steviger en beter verbonden netwerk voor mentale hulp aan kinderen en jongeren. Dit vraagt om integraal (samen)werken en meer (boven)regionale netwerkzorg. Daarbinnen is de acute mentale hulp een belangrijk specialisme, waarvan de inzet zoveel mogelijk voorkómen dient te worden. En die, wanneer nodig, bereikbaar, toegankelijk en goed is. Het streven is om deze acute mentale hulp onderdeel te laten zijn van een jeugdhulpveld dat haar veerkracht weet te versterken en vergroten. Deze verkenning draagt hiervoor bouwstenen aan.

De verkenning leert dat dat om de oplossing vraagt van in ieder geval 4 dilemma's

- Kennis en informatie delen versus informatie voor eigen (strategisch) voordeel behouden
- Meer regie op processen en inrichting versus het behouden van autonomie en soevereiniteit van professionals en organisaties
- Slimmere inrichting van werkprocessen en structuren versus de mensen om wie het gaat en die het moeten doen niet uit het oog te verliezen
- Acute mentale hulp jaarlijks aanbesteden of kiezen voor meerjarenafspraken en beschikbaarheid

In deze dilemma's speelt op de achtergrond dat acute mentale hulp niet goed is belegd. Er is geen portefeuille binnen de ROAZ-en toebedeeld en is dus niet in het vizier van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Het behoort niet tot de kern van de activiteiten die de bovenregionale expertisenetwerken jeugd nu oppakken, en het is inmiddels veel beter in beeld van samenwerkende gemeenten, maar is daarbinnen kwetsbaar als gevolg van veranderende regio-indelingen, aanbestedingen etc.

Dit helpt niet in het vergroten en versterken van een veerkrachtiger veld, dat responsief is in situaties van onzekerheid. Wat helpt wel?

- Organiseer acute mentale hulp als specialisme:
 - beleggen binnen de ROAZ-en
 - monitoren van capaciteit
 - leren van en met elkaar in netwerkverband
- Beperk acuut tot situaties die urgent (binnen 24 uur) zijn, waarbij het tijdsaspect een rol speelt
- Verken altijd het brede perspectief: van somatiek tot psycho-sociaal netwerk. Deze pijlers bepalen wat er nodig is, en volgens welke wet gehandeld moet worden (WGBO of Wvvggz, Jeugdwet, Wlz), als de financiering van de hulp onder deze wetten anders verloopt, gaat samenwerking tussen deze velden nooit vanzelf
- Haak acute mentale hulp aan bij de landelijke functie 'bovenregionale expertisenetwerken' vanwege het schaalniveau (volume en capaciteit) en vanwege het vergroten van het lerend en het creatieve vermogen.
- Werk aan netwerkzorg en geen ketenzorg, waarbij acute zorg parallel aan andere /reeds bestaande zorg gestart en gefinancierd kan worden
- Financier de beschikbaarheid, zeker ook op afstand
- Zet ervaren professionals in aan de 'poort', die het klappen van de zweep kennen en creatief naar oplossingen durven kijken. Acute hulp is een specialisme, waarin snel en creatief gehandeld moet worden. Alleen binnen gestelde kaders werken, leidt niet tot een oplossing
- Blijf wendbaar en simpel denken en handelen in de acute situatie

Wat kunnen verschillende partijen hieraan bijdragen?

Bijdrage vanuit professionals

- Zet in op andere, vernieuwende manieren van werken en van organiseren. Veel oplossingen spelen zich af binnen de huidige werkwijzen, waarin zich blijvende tekorten aftekenen. Een oriëntatie op nieuwe manieren van werken en organiseren is hard nodig om op langere termijn tijdige, passende en goede hulp te kunnen bieden
- Dit begint met de vragen te stellen. Kunnen we anders kijken naar het tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters? Is een 'systemische' blik aan een specialist voorbehouden? Wat voegen ervaringsdeskundigen toe?
- Maak meer gebruik van de 'wisdom of the crowd'. Overleg met jongeren en ouders over nieuwe en andere manieren van hulp. Niet tijdens de crisis, maar smeed dit ijzer als het koud is
- Werk samen over de grenzen van je eigen organisatie. Samenwerken met professionals uit andere organisaties is niet vanzelfsprekend, maar wél noodzakelijk voor het kind en vaak inspirerend
- Bied peer support

Bijdrage vanuit zorgaanbieders

- Erken de noodzaak voor samenwerking met andere partijen in het bieden van acute mentale hulp voor kinderen en jongeren
- Geef medewerkers de handelingsruimte in domeinverbindende en multidisciplinaire samenwerkingen
- Bewaak het bieden van super- en intervisies

Bijdrage vanuit (samenwerkende) gemeenten

- Beleg de crisisfunctie met oog voor bestaande netwerkverbanden
- Zorg voor overzicht over de ingekochte acute hulp voor alle partijen
- Zorg voor landelijke monitoring
- Vergroot toezicht op de kwaliteit van de ingekochte acute hulp
- Onderzoek de knelpunten en oplossingen die samenwerkende gemeenten ervaren ten aanzien van de acute mentale hulp voor kinderen, jongeren en hun naasten
- Leer in regionaal verband, samen met professionals, zorgaanbieders, wijkteams etc. over hoe knelpunten op te lossen
- Voer de regie over de acute hulp, i.e. breng partijen om tafel en geef kaders

Bijdrage vanuit brancheverenigingen

- Maak een meerjarenagenda ten aanzien van de acute mentale hulp voor kinderen en jongeren. Stem dit goed af op bestaande netwerkstructuren, zoals de LNAZ.
- Samenwerking is niet vanzelfsprekend, maar vraagt om kader. Bied dit kader voor samenwerking als het gaat om acute mentale hulp voor kinderen en jongeren. Geef het goede voorbeeld door als branches samen op te trekken. Leer van elkaars 'domeinen' en verbind ze

Bijdrage vanuit financiers

- In acute mentale hulp voor kinderen jongeren is samenwerking 'key', maar tevens een leeg begrip zonder heldere financieringsafspraken. Dat vraagt om betrokkenheid van alle financiers voor acute mentale hulp voor jeugd: zorgverzekeraars, gemeenten, de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten en het ministerie van VWS
- Onderzoek en deel de effecten van de verschillende financiële 'prikkel', zoals beschikbaarheid versus bezetting
- Maak een goede financiële regeling tav consultatie

Bijdragen vanuit stelselverantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

- Doe wat nodig is om de versnippering in het veld tegen te gaan en trek hierin samen op met andere ministeries (J&V)

Bijdrage vanuit de beroepsverenigingen

- Adviseer over een landelijk coördinatiepunt ten aanzien van opnameplek-

ken

- Draag bij aan de kwaliteitsontwikkeling voor acute mentale hulp, lerend en in netwerkverband, disciplines hebben veel van elkaar te leren
- Organiseer een lerend netwerk

Bijdrage vanuit kennisinstellingen

- Stimuleer en verbind het onderzoek naar ‘gestapelde’ problematiek

Tot slot zijn er aanbevelingen voor spoor 2, het ontwikkelen van een module of addendum voor de Generieke Module Acute Psychiatrie, de GMAP:

- Wees kritisch ten aanzien van de inzet van specifieke disciplines, zoals in de huidige GMAP
- Kijk goed naar het inzetten van een beoordelingsruimte. Is dat nodig en zo ja, kan deze dicht bij een opnameplek om de inzet van personeel te kunnen combineren
- Heb oog voor de bestaande netwerkstructuren en ga niet iets nieuws inrichten, bijv. mbt vervoer
- Zorg dat het bijdraagt aan het maken van samenwerkingsafspraken op bestuurlijk niveau en bovenregionaal met duidelijke rollen voor iedereen (katalysator/gangmaker)
- Bied duidelijkheid over de minimale vereisten voor goede crisiszorg

Bijlagen

1. Bronnen
2. Interviewleidraad
3. Overzicht van de gesprekspartners
4. Afkortingen

Bronnen

AEF (2020). *Rapportage veldscan. Expertisecentra specialistische jeugdhulp*. Utrecht: AEF.

Anderson, J.E., A.J. Ross, C. Macrae, S. Wiig (2020). Defining adaptive capacity in healthcare: a new framework for researching resilient performance. *Applied ergonomics*, 87, 103111.

Argyris, C., & Schon, D. (1978). *Organizational learning A theory of action perspective*. Reading: MA Addison-Wesley.

De Nederlandse ggz (2021). Publieksrapportage uitvraag acute jeugd-ggz. [https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/0e75f613-bd1b-4559-a815-808cbdd67be7/210310-Rapport-uitvraag-acute-jeugd-ggz-DEF\(1\).pdf](https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/0e75f613-bd1b-4559-a815-808cbdd67be7/210310-Rapport-uitvraag-acute-jeugd-ggz-DEF(1).pdf)

Dwang in de zorg (z.d.). Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). <https://www.dwangindezorg.nl/wvggz>

Hermans, K. (2014). Methodiekontwikkeling, evaluatieonderzoek en de body of knowledge van het sociaal werk. In *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 2014, vol 23, issue 1, pp 33-52.

Herpers & Van Veldhuizen (2021). Intensief behandelcentrum Jeugd. Visie- en methodiekbeschrijving IHT Jeugd & HIC Jeugd. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2021/03/Visie-methodiekbeschrijving-IHT-jeugd-HIC-jeugd.pdf>

Huber, George, P. (1991). Organizational learning: The contributing processes and the literatures. *Organization Science*, 2 (1991), pp. 88-115.

IGZJ (2021). Onvoldoende tijdige en juiste hulp voor jongeren met ernstige psychische problemen. Den Haag: IGZJ. <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/03/15/factsheet-onvoldoende-tijdig-een-juiste-hulp-voor-jongeren-met-ernstige-psychische-problemen>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2020). De zorg en jeugdhulp tijdens de coronacrisis deelrapport: Jeugdigen, jeugdhulp en Covid19: Analyse eerste uitbraak en aanbevelingen voor de sector. <https://www.igj.nl/publicaties/rap->

[porten/2020/09/01/de-zorg-en-de-jeugdhulp-tijdens-de-coronacrisis](#)

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2021). Beeld IGJ na contacten met GGZ instellingen. <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/01/20/beeld-igj-na-contacten-met-ggz-instellingen>

Jeugdautoriteit (2021). Vierde coronaquickscan jeugdzorgaanbieders. <https://www.jeugdautoriteit.nl/documenten/rapporten/2021/02/05/vierde-coronaquickscan-jeugdhulpaanbieders>

Nederlands Jeugdinstituut (z.d.) <https://www.nji.nl/interventies/wat-is-een-jeugdinterventie>

Nederlands Jeugdinstituut (2021). *Effect van corona op jeugd, gezin en jeugdveld*. Utrecht: NJI

Nederlands Jeugdinstituut (z.d.). Inhoudelijke aanpak van integrale jeugdhulp. <https://www.nji.nl/integrale-jeugdhulp/inhoudelijke-aanpak>

Nederlands Jeugdinstituut (z.d.). Wet- en regelgeving bij integrale jeugdhulp. <https://www.nji.nl/integrale-jeugdhulp/wet-en-regelgeving> GGZ Standaarden (2018). Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/organisatie-van-zorg-voor-kind-en-jongere/introductie>

Senge, Peter M. (1990). *The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organization*. New York: Currency Doubleday.

SEJN (z.d.). Ambulante spoedhulp. <https://www.sejn.nl/ambulante-spoedhulp>

VNG (2021). € 50 mln draagt bij aan verminderen druk op acute jeugd-ggz. <https://vng.nl/nieuws/eu-50-mln-draagt-bij-aan-verminderen-druk-op-acute-jeugd-ggz>

VNG (2019). Lijst accounthoudende regio's jeugdhulp openbaar. <https://vng.nl/nieuws/lijs-accounthoudende-regios-jeugdhulp-openbaar>

VNG (z.d.). Contactgegevens expertteams jeugd. <https://vng.nl/artikelen/contactgegevens-expertteams-jeugd>

Wolters Kluwer (2019). De Wet verplichte ggz voor jeugdigen. Waar krijgen gemeenten en jeugdigen in 2020 mee te maken? <https://www.schulinck.nl/opinie/sociaal-domein-jeugd-de-wet-verplichte-ggz-voor-jeugdigen>

Interviewleidraad

1. Wat is jouw rol/functie ten aanzien van acute mentale hulp jeugd in de regio?
2. Wat versta je onder acute mentale hulp voor jeugd?
3. We willen graag een beeld krijgen van de knelpunten / issues die spelen wanneer een kind acute mentale hulp nodig heeft.

De patiëntreis bestaat grofweg uit vijf 'fasen' of 'stappen' :



We bekijken deze stappen op 3 niveaus: inhoud, organisatie/logistiek en de randvoorwaarden.

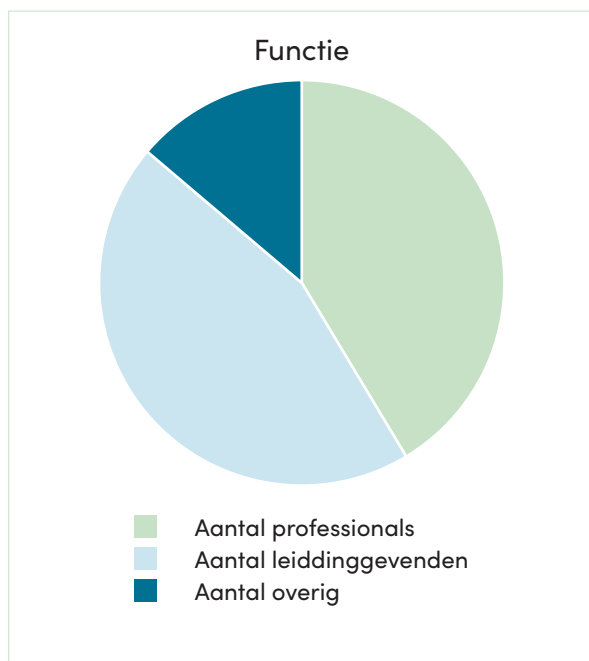
Kun je vanuit jouw rol/functie/perspectief aangeven welke knelpunten zich voordoen in deze fasen en wanneer?

4. We willen graag een beeld maken van oplossingsrichtingen.
 - a. Welke oplossingen hebben jullie zelf al voor de genoemde knelpuntengezocht?
 - b. Waar denk je dat we met elkaar naartoe moeten?
 - c. Ken je 'goede voorbeelden' vanuit jouw eigen regio of elders uit het land?
5. Wat belemmert de invoering van deze oplossingsrichtingen?
6. Aan welke informatie heb je behoefte en/of vind je dat nodig is om te komen tot goede, tijdige en passende jeugdhulp? Welke informatie is er al?
7. Wat zijn belangrijke 'leervragen' ten aanzien van acute mentale hulp jeugd?

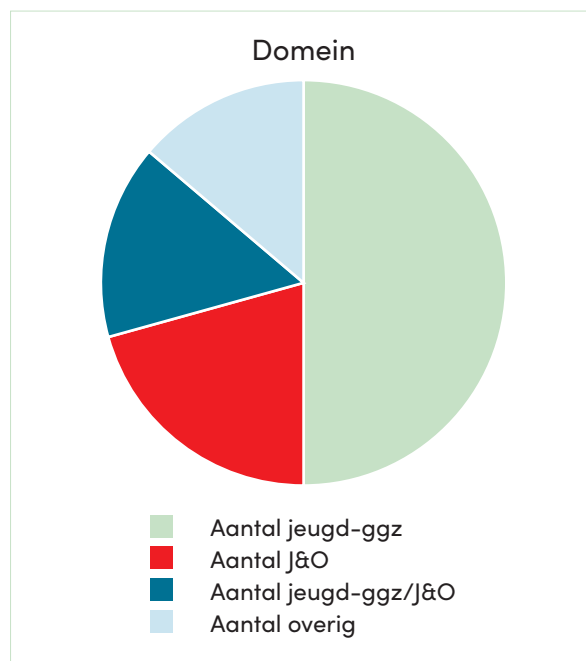
BIJLAGE 3

Overzicht van de gesprekspartners

Totaal aantal gesprekspartners	70
Totaal aantal gevoerde gesprekken	58
In de regio	46
Experts	9
Overig	3



Leidinggevenden = teamleiders/managers etc.
Professionals = kinder- en jeugdpsychiater, psychiater, SPV, medewerker crisisdienst, medewerker J&O
Overig = bestuurder, directeur, projectleider, ervaringsdeskundige, beleidsadviseur



Jeugd-ggz/J&O = combinatie van aanbod in zowel jeugd-ggz als J&O
Overig = LVB of ziekenhuis



Locaties van geïnterviewden

Afkortingen en begrippen

Akwa ggz	Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg
Ambulantisering	Ambulantisering houdt in dat mensen met (ernstige) psychische aandoeningen zo veel mogelijk kunnen deelnemen aan en wonen in de maatschappij. Het streven is: minder en kortere psychiatrische opnamen en gelijktijdig verbetering van de ambulante zorg en ondersteuning.
ASH / AST	Ambulante spoedhulp / ambulante spoedhulp thuis
CM	Crisismaatregel
dNLggz	de Nederlandse ggz, branchevereniging voor de ggz.
EKJP	Expertisecentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
EPD	Electronisch Patiëntdossier
F-ACT	Flexible Assertive Community Treatment, een in Nederland ontwikkeld zorgverstrekkingsmodel ('service delivery model') op basis van het oorspronkelijke Amerikaanse ACT-model.
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
GMAP	De generieke module acute psychiatrie beschrijft de inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen in een crisissituatie van wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische stoornis hebben. https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie
HIC	High Intensive Care is een model voor kortdurende klinische opname in de geestelijke gezondheidszorg. Een gedachtengoed dat door diverse GGZ partners gezamenlijk ontwikkeld is. Centraal in dit gedachtengoed staat het terugdringen van dwang en drang met de aandacht gericht op het herwinnen van de eigen regie van de cliënt.
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp in Nederland.

IHT	Intensive Home Treatment
JB	Jeugdbescherming
KPI	Kritieke prestatie indicator waarmee de prestaties van het team of de organisatie kunnen worden gemeten
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg. Binnen het Landelijk Netwerk Acute Zorg werken acute zorgnetwerken samen met betrokken ketenpartners en professionals aan de optimale toegankelijkheid van acute zorg. Voor iedere patiënt met een acute zorgvraag: elke dag, ook bij opgeschaalde zorg bij rampen en crises.
LTA	Landelijk transitie arrangement
LVB	Licht verstandelijke beperking
MPU	Medisch Psychiatrische Unit. De MPU biedt zorg aan patiënten met verschillende ziektebeelden, die vaak door elkaar heen lopen. Denk aan neurologische aandoeningen, psychoses, depressies en patiënten met lichamelijk letsel na een trauma. Binnen de zorgeenheid is er ook ruimte voor patiënten met een ernstige eetstoornis.
POH-GGZ	Praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg. Ondersteunt de huisarts
ROAZ	<p>Het doel van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is ervoor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt wanneer hij acute zorg nodig heeft. Een ROAZ maakt afspraken om de acute zorg in de regio's goed te organiseren en kwalitatief te verbeteren. Dit alles volgens de geldende normen voor bereikbaarheid van acute zorg.</p> <p>Er zijn elf Regionaal Overleg Acute Zorgketens in Nederland. Ketenpartners in acute zorg zoals ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, GGZ, GHOR en GGD zijn hierbinnen met elkaar verbonden.</p>
Sggz	Specialistische geestelijke gezondheidszorg
Siilo app	Siilo Messenger is een digitaal berichtensysteem waarmee zorgprofessionals kunnen communiceren zonder patiëntgegevens in gevaar te brengen.
SPUK	SPUK gelden zijn specifieke uitkeringen die onder voorwaarden en volgens een doelstelling aan gemeenten worden toegekend en onder voorwaarden kunnen worden ingezet.

SPV	Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Een SPV is gericht op het ondersteunen van de gevolgen van een psychiatrische stoornis in complexe zorgsituaties. De SPV begeleidt en behandelt cliënten en heeft een specifiek deskundigheidsgebied, namelijk de GGZ-verpleegkunde.
Triage	Triage is het beoordelen van de urgentie van de hulpvraag, dat wil zeggen dat een triagist bepaalt met hoeveel spoed een patiënt onderzocht en behandeld moet worden. Vervolgens bepaalt de triagist de wijze waarop de hulpvraag het beste kan worden beantwoord en door wie die patiënt gezien moet worden.
VG-sector	Verstandelijk gehandicapten sector
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet op de Langdurige Zorg
Wmo	Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning
Wpg	Wet op de Publieke Gezondheidszorg
Wvggz	Wet op de verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZM	Zorgmachtiging

Colofon

Auteurs

Monika Scholten, Anke Wammes, Sofie Weerd

Opdrachtgevers

de Nederlandse ggz, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Deze verkenning is mogelijk gemaakt door het beschikbaar stellen van een steunpakket jeugd vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Vormgeving

Bas Reijnen

© Maart 2022

Over de auteurs

Monika Scholten (projectleider) is beleidswetenschapper, werkte jarenlang in de ggz op het snijvlak van beleid, onderzoek en praktijk. Ze is zelfstandige en leidt diverse projecten en programma's in de jeugdhulp w.o. StroomOP en K-EET. Sofie Weerd (projectsecretaris) studeerde Gezondheidswetenschappen en werkt als adviseur bij OchtendMensen, onderdeel van TwynstraGudde, waar ze meewerkt aan de uitdagingen van de zorg van morgen. Anke Wammes werkt ook als zelfstandige waarbij ze haar expertise inzet op strategische communicatie in de zorg waarbij het uiteindelijk altijd gaat over het narratief.

