



Jeugdhulp Fase 3

ONDERZOEKSOPZET

Een onderzoek voor de gemeenteraden van Dongen, Goirle, Hilvarenbeek en Loon op Zand

10 oktober 2024

Aanbieding aan gemeenteraden

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De Rekenkamer in Midden-Brabant (RMB) voert een meerjarig onderzoek uit naar de jeugdhulp. Dit onderzoek is opgedeeld in drie fasen. In november 2021 heeft de RMB aan de gemeenteraden de onderzoeksopzet voor de fasen 1, 2 en 3 aangeboden.

De RMB presenteert hierbij de onderzoeksopzet voor fase 3 van het meerjarig onderzoek naar jeugdhulp. Deze opzet sluit aan op de rapportages van de RMB over:

- Fase 1 Evaluatie van de inkoopstrategie – rekenkamerbrief d.d. 8 juli 2022, met de titel ‘Goede koop of dure koop?’
- Fase 2 Evaluatie van de inkoopcontracten – rapport d.d. 8 juni 2023, met de titel ‘Helpen doen we samen?’¹

De aanleiding voor dit onderzoek was dat de regio Hart van Brabant de taak op zich had genomen om met particuliere zorgaanbieders contracten af te sluiten voor de inkoop van jeugdhulp. Het inkooptraject was gebaseerd op bestuurlijke uitgangspunten die de raden in 2021 hadden vastgesteld (zie bijlage 1). Een belangrijk doel van de eind 2022 afgesloten aanbestedingsronde voor de jeugdzorg, waarvoor de regio Hart van Brabant verantwoordelijk was, was om te komen tot een sterkere sturing van de jeugdzorg en daarmee tot een grotere financiële beheersbaarheid van de uitgaven in de jeugdzorg.

In de eerdere rapportages van de RMB werd met name bezien in hoeverre de formulering van de inkoopstrategie en de daarna afgesloten contracten voldoende garanties gaven dat de bestuurlijke uitgangspunten zouden worden gerealiseerd. De beheersmaatregelen die in de contracten met zorgaanbieders waren opgenomen, lagen echter grotendeels buiten het directe handelingsperspectief van de gemeenteraden. Het ging hierbij bijvoorbeeld over de bekostigingswijzen voor hoog-specialistische zorg (S1) en veel voorkomende zorg (S4) en de interventies die de zorgaanbieders kunnen gebruiken bij de jeugdhulp. Over deze en andere zaken zijn contractueel afspraken gemaakt met de zorgaanbieders. De gemeenteraden kunnen daar op korte termijn geen invloed op uitoefenen.

Daarom heeft de RMB er in fase 2 van het onderzoek voor gekozen om alleen aanbevelingen te formuleren vanuit het directe handelingsperspectief van de gemeenteraden op korte termijn. Het ging hierbij om een focus op de lokale toegang, het contractmanagement en een visie op normalisering, hoewel werd toegevoegd dat op iets langere termijn het handelingsperspectief van de gemeenteraden zich ook naar andere onderwerpen kan uitbreiden.

1.2 Afbakening

Bij dit onderzoek stelt de RMB het handelingsperspectief van de gemeenteraad centraal. Daarom ligt de nadruk op de uitvoering van de jeugdhulp door de lokale toegang. Een kernvraag hierbij is op welke wijze de bestuurlijke uitgangspunten

¹ [Rapport-jeugdzorg-Fase-2-def.-aanbieding-aan-gemeenteraden-8-juni-2023_mimumSize.pdf \(r-mb.nl\)](#)

bij de uitvoering een rol spelen. De nadruk zal hierbij liggen op de uitgangspunten financiële beheersbaarheid (uitgangspunt 1) en selectief gebruik of normaliseren (uitgangspunt 2).

Het contractmanagement op de zorgaanbieders zal in deze fase buiten beschouwing blijven, omdat dit grotendeels bij de regio is belegd. In het RMB-rapport van fase 2 zijn hier bovendien al kritische opmerkingen over gemaakt. Zie bijvoorbeeld het in dat rapport vermelde risico 1 op blz. 16. Daar staat dat de tegenkracht via het contractmanagement kan worden aangetast door de samenwerkingsfilosofie. De recente persberichten² over de budgettaire problemen bij het samenwerkingsverband Crossroads lijken tekenen te zijn dat dit risico bewaarheid is geworden. Op verzoek van de raden is de RMB bereid een zienswijze op deze problematiek te geven.

Net als in fase 1 en fase 2 van dit onderzoek beperkt de RMB zich voorts tot Segment 1 (S1, hoog specialistische zorg) en Segment 4 (S4, veel voorkomende zorg). Dit betekent ook dat er geen expliciet onderzoek gedaan wordt naar het functioneren van de jeugdbescherming in onze gemeenten. Een belangrijke reden daarvoor is dat er momenteel in de regio Hart van Brabant gewerkt wordt aan een herschikking van de organisatie van de jeugdbescherming. Wel zal dit onderzoek mogelijk informatie kunnen opleveren over de problemen die toegangsmedewerkers ervaren bij het indiceren van jeugdigen die voor jeugdbescherming in aanmerking zouden kunnen komen³.

Ook besteedt de RMB in deze fase geen aandacht aan de kwaliteit van de verleende zorg door de zorgaanbieders. Wel zal bekeken worden in hoeverre de gemeenten dan wel de toegang gebruik maakt van de data die hen over de verleende zorg bereiken via de door de regio Hart van Brabant samengestelde dashboards.

1.3. Context van de problematiek

Zoals hiervoor beschreven beperkt de RMB zich in dit onderzoek tot de lokale toegang. Bij de toegang zijn, tenzij anders vermeld, inbegrepen dorpssteams die eventueel namens de gemeentelijke toegang vormgeven aan de uitvoering. Als we alleen de toegang binnen de gemeentelijke organisatie bedoelen, voegen we het bijvoeglijk naamwoord gemeentelijk toe. Dus: gemeentelijke toegang.

De kernvraag is of de uitvoerders die binnen de toegang de zorgvraag van burgers beoordelen, de bestuurlijke uitgangspunten mee laten wegen bij het opstellen van de zorgindicatie. Meer in het bijzonder is de vraag of het zogeheten 'normaliseren' en 'selectief gebruik' ingang vinden bij de toegang.

Normaliseren betekent dat de toegang nagaat of de problemen van de zorgvrager tot de 'normale problemen van het dagelijkse leven' behoren. Als dat het geval is, zal door de gemeente gefinancierde zorg niet per se noodzakelijk zijn. Selectief gebruik betekent dat als gespecialiseerde hulp nodig is, dit op een zo laag mogelijke schaal zal worden verleend.

² Zie het artikel "Zorggeld is op voor kinderen met complexe problemen: 'ouders zijn wanhopig'" in het Brabants Dagblad van 21 september jl.

³ Over de onduidelijke rol van de gemeenteraden) bij de jeugdbescherming, zie het rapport "Georganiseerde Onmacht" van de Algemene Rekenkamer uit april 2023.

Voor de beheersbaarheid van de instroom in de jeugdzorg is niet alleen de toegang van belang. Ongeveer 60 procent van de indicaties naar jeugdzorgaanbieders loopt via huisartsen. Daarom stelt de Hervormingsagenda Jeugd (HJ, zie [deze link](#) voor de tekst van de HJ) dat samenwerking tussen lokale teams en huisartsen noodzakelijk is om een goede analyse van de zorgvraag te kunnen maken. Idealiter stellen huisartsen en contactpersonen vanuit de lokale teams gezamenlijk vast of hulp nodig is. In het Rapport Jeugdzorg Fase 2 heeft de RMB geconstateerd dat de contracten de gemeentelijke toegang een rol heeft toebedacht bij het toetsen van toewijzingen door het medisch domein. Dit onderzoek zal daarom ook enige aandacht besteden aan de wijze waarop de indicatie door de huisartsen mede door de gemeentelijke toegang wordt gecoördineerd.

2. Probleemstelling

De toegangsfunctie voor de zorg die gemeenten wettelijk moeten uitvoeren, is erop gericht om te bepalen of aan zorgvragers zorg moet worden verleend, en zo ja, wat voor zorg. De toegang fungeert als een 'poortwachter' en bepaalt in die hoedanigheid of er al dan niet indicaties voor zorg moeten worden afgegeven.

In de Hervormingsagenda Jeugd van juni 2023 wordt het huidige functioneren van de jeugdzorg als volgt geproblematiseerd. Kinderen en jongeren met complexe problemen komen vaak op wachtlijsten terecht. Voor kinderen met lichte en 'normale' opvoedproblemen wordt echter sneller dan vroeger professionele hulp ingezet.

De Hervormingsagenda Jeugd stelt over 'normale' problemen: "dienen daarom met voorrang in eigen kring binnen sterke sociale verbanden (thuis, op school, in de wijk, etc.) te worden opgepakt". De toegang moet dit 'normaliseren' bevorderen via zijn poortwachtersfunctie. Anderzijds moet de toegang ervoor zorgen dat de jongeren met de zwaarste problemen sneller geholpen worden en op de juiste zorgplek terecht komen. Een secundair gevolg van deze gewenste handelwijze van de toegang is dat daardoor ook de budgetten voor de jeugdhulp (beter) beheersbaar worden.

Om deze taken goed te kunnen vervullen, moet de toegang aan een aantal 'stevige' eisen voldoen die de HJ opsomt. Zo moeten de lokale teams multidisciplinair zijn, een brede analyse van een gezin kunnen maken, zelf basishulp kunnen verlenen, samenwerken met medici, netwerken integrale vroeghulp, jeugdbescherming, enzovoorts. Dergelijke eisen zijn inmiddels in een [richtinggevend kader](#) 'Toegang, lokale teams en integrale dienstverlening' door de VNG vastgelegd (maart 2024).

Uit dit kader blijkt dat de komende jaren de toegang voor een grote uitdaging komt te staan. Toegangsmedewerkers zullen enerzijds empathisch genoeg moeten zijn om jongeren met zware problemen naar de juiste zorg te kunnen leiden. Anderzijds zullen zij zich moeten realiseren dat kostenbeheersing toch voornamelijk zal moeten komen van selectiever hulp toewijzen. Zoals het richtinggevend kader van de VNG schrijft: "Niet elke hulpvraag heeft een professioneel antwoord nodig, niet elke zorgvraag vraagt om dezelfde reactie. Bovendien vinden afwegingen altijd plaats in een context van subjectiviteit en

van schaarste aan tijd, geld en middelen.” Zij zullen dus soms zorgvragers naar het voorliggend veld of naar hun eigen netwerk moeten verwijzen.

Uit de bovenstaande overwegingen leidt de RMB een centrale onderzoeksvraag af.

**De centrale onderzoeksvraag:
Hoe werken de in 2021 vastgestelde bestuurlijke uitgangspunten van met name selectief gebruik en kostenbeheersing door in de indicatiestelling door de toegangsmedewerkers en wat kunnen de uitkomsten van dit onderzoek betekenen voor het handelingsperspectief van de raad?**

Aan de formulering van dit onderzoeksvoorstel is een vooronderzoek voorafgegaan waar de RMB met een aantal betrokken organisaties heeft gesproken. De nadruk lag hierbij op de gesprekken met de gemeenteambtenaren betrokken bij het sociaal domein. De informatie die door hen genereus werd verstrekt heeft de RMB geholpen bij het vormgeven van dit onderzoeksvoorstel. De bevindingen van dit vooronderzoek worden in bijlage 2 weergegeven. In de volgende paragraaf 3 gaat de RMB iets dieper in op de vragen die spelen bij de indicatiestelling en wat er in de praktijk voorafgaat aan en volgt op de indicatiestelling.

3. De kern van het onderzoek: indicatiestelling

3.1 Werkwijze van de triagisten

Zoals uit het voorgaande is gebleken draait het onderzoek om de wijze waarop de indicatiestelling verloopt. Het gaat hierbij om de werkwijze van individuele medewerkers die werkzaam zijn bij de gemeentelijke toegang of, indien relevant, het dorpssteam. Zij beoordelen of er een indicatie voor de zorg ten behoeve van zorgvragers moet worden afgegeven. De RMB zal onderzoeken op welke wijze deze zogenaamde triagisten een indicatie opstellen en welke motieven daarbij een rol spelen. Spelen, bijvoorbeeld, de bestuurlijke uitgangspunten, zoals normaliseren en selectiviteit een hoofdrol?

3.2 Inbedding van de indicatiestelling: organisatie en sturing

De indicatiestelling gebeurt niet in het luchtledige, maar is afhankelijk van de manier waarop de toegang in ruime zin georganiseerd en gefinancierd is. Hierover is door de RMB al veel informatie verzameld tijdens het vooronderzoek (zie bijlage 2). Het gaat er hierbij om of er sprake is van dorpssteams en in hoeverre deze onafhankelijk van de gemeente opereren. Bij het bestaan van een dorpssteam is daarnaast van belang of deze op grond van een contract met de gemeente of via subsidiëring opereren. Ook de omvang van de gemeentelijke toegang en/of dorpssteam komt hier aan de orde. Verder is de vraag in hoeverre de gemeentelijke toegang en/of dorpssteam zelf hulp verleent. Tenslotte is de relatie met het medisch domein relevant.

Daarnaast kan de werkwijze van de triagisten mede bepaald worden door de wijze van sturing in de gemeente. Bij sturing gaat het om de vraag welke ‘opdrachten’ uitvoerende instanties krijgen om de vastgestelde doelen te realiseren. Het kan gaan om opdrachten van de gemeenteraad aan het college

van B&W, opdrachten van het college aan de gemeentelijke toegang, tot en met de opdrachten die de triagisten krijgen bij het indiceren van hulp. Idealiter zou de gemeente ook in staat moeten zijn het medisch domein te sturen, maar dit domein is gemachtigd los van de gemeente door te verwijzen. In het algemeen geldt dat sturing meer invloed op de triagisten zal hebben naarmate de doelen concreter zijn geformuleerd.

3.3 Na de indicatiestelling: monitoring en verantwoording

Als de indicatiestelling tot een verwijzing naar een zorgaanbieder heeft geleid, zal hierover informatie doorgegeven worden aan de regio Hart van Brabant. De regio Hart van Brabant gebruikt de van de gemeenten ontvangen informatie als input voor het dashboard dat de regio voor iedere gemeente opstelt. De RMB gaat na hoe de overdracht van gegevens van gemeenten naar de regio verloopt. Ook is de vraag op welke wijze de gemeente gebruik maakt van het dashboard van de regio Hart van Brabant.

Tenslotte wordt over het hele proces van indicatiestelling, verwijzing en verwerking van resultaten verantwoording afgelegd aan de gemeenteraad. De gemeenteraad is het centrale democratische orgaan dat in de gemeente beslist over waar de gemeente geld voor uitgeeft en op welke wijze dat gebeurt. De verantwoording over de uitgaven jeugdzorg aan de raad is deels een taak voor de regio, en deels speelt het college van B&W een rol.

Voor de verantwoording van B&W zijn de P&C-stukken belangrijk. Dat begint met vaststellen van de begroting waarbij de raad het college opdracht geeft om de inhoudelijke doelen te realiseren binnen de gestelde (financiële) kaders. Met de jaarstukken controleert de gemeenteraad vervolgens of de doelen zijn gerealiseerd en wat het heeft gekost. Idealiter sluiten deze zogenaamde P&C-documenten aan bij kaderstellende beleidsnota's en/of verordeningen. Ook tussentijdse rapportages, zoals voorjaarsnota's, raadsinformatiebrieven, zouden op enig moment zijn neerslag in de P&C-documenten moeten krijgen. Een centrale vraag is daarom of de informatie in de P&C-documenten de raad in staat zijn sturende en controlerende rol voor de jeugdhulp waar te maken.

Daarnaast is het relevant te weten welke afspraken zijn gemaakt over de rapportage aan de raad over de door de toegang bereikte resultaten (bv. over preventie, normaliseren, selectief gebruik, kwaliteit van de zorg). Ook de hiervoor genoemde dashboards die door de regio worden opgesteld, zouden een rol kunnen spelen bij de verantwoording naar de gemeenteraad.

3.4 Het handelingsperspectief van de raad

Wat de uitkomsten dit onderzoek zullen zijn, valt uiteraard op voorhand niet te voorspellen. Wel is het duidelijk dat als het nodig mocht zijn de werkwijze van de triagisten zodanig te wijzigen dat de bestuurlijke uitgangspunten beter tot hun recht komen, het niet aan de raad is deze verandering rechtstreeks aan te brengen. Het handelingsperspectief van de raad ligt met name voor en/of na het proces van indicatiestelling.

Als veranderingen noodzakelijk blijken te zijn, kan de raad aan het college van B&W opdracht geven de sturing van de lokale toegang –de gemeentelijke toegang en/of het dorpssteam/voorliggend veld - zodanig te hervormen dat de

bestuurlijke uitgangspunten beter tot hun recht komen. Dit ingrijpen door de raad via sturing aan de *voorkant* van de indicatiestelling, zou vervolgens aan de *achterkant* een vervolg kunnen krijgen, indien noodzakelijk, door bij het college aandacht vragen voor het proces van monitoring en verantwoording van de resultaten van de jeugdhulp.

4. Uitvoering en planning

4.1 uitvoering

Voor de onderwerpen organisatie en sturing is via de gemeenten al veel informatie verzameld tijdens het vooronderzoek, met name via de managers sociaal domein. Zo nodig zal schriftelijk en/of mondeling extra informatie nagevraagd worden.

De werkwijze van de triagisten, de kern van dit onderzoek (zie de vorige paragrafen), zal de RMB onderzoeken in een samenwerkingsverband met Tranzo (Jolanda Mathijssen, Academische Werkplaats Jeugd, Tilburg University) en PON/Telos (Mariëlle Blanken en Britte van Dalen). De beantwoording van de onderzoeksvragen vindt plaats via het analyseren van documenten, zoals opdrachten, contracten, e.d., maar vooral door interviews per gemeente. Het betreft de volgende functionarissen:

- Gemeentesecretaris in startgesprek, met Manager Sociaal Domein
- Manager Dorpsteam
- Triagisten (medewerkers bij dorpssteam en/of gemeentelijke toegang)

Ook voor de onderwerpen monitoring en verantwoording is al voorwerk gedaan. Bij monitoring is via de regio Hart van Brabant een indruk verkregen welke gegevens door de regio worden verzameld en in welke vorm informatie wordt teruggestuurd naar de gemeenten. Bij de gemeente moet nagegaan worden wie welke informatie verzamelt en wat er intern met de data gedaan wordt. Bij verantwoording kan de RMB zich deels beperken tot de P&C-stukken. Het zal echter ook bij dit onderwerp nodig zijn additionele gegevens te verzamelen.

4.2 Tijdenlijn

Alleen voor het uitvoeren van het onderzoek over de werkwijze van de triagisten is een indicatieve planning gemaakt. De overige onderwerpen (organisatie, sturing, monitoring en verantwoording) zal de RMB parallel aan het onderwerp 'werkwijze' uitwerken.

De planning van het onderzoek 'werkwijze van de triagisten' is als volgt:

Begin november 2024:

Inhoudelijke voorbereiding met Tranzo en PON/Telos

November-december 2024:

Startgesprek met gemeentesecretaris en voorgesprek met manager sociaal domein

Eind december 2025:

Kennissessie met Tranzo en PON/Telos

Januari-februari 2025:

Diepte-interviews met triagisten

Maart-april 2025:
Analyse en rapportage

Eind april 2025:
PON/Telos levert concept eindproduct aan RMB

Medio mei 2025:
Eindproduct 'werkwijze triagisten' gereed

Gelijktijdig met de afsluiting van het onderzoek over de werkwijze van de triagisten zal volgens planning ook het eindrapport van de overige onderwerpen gereed zijn. Het ambtelijk wederhoor met de gemeentesecretaris vindt daarna – mondeling – plaats eind mei/begin juni 2025. Het bestuurlijk wederhoor met de colleges van B&W vindt dan plaats medio juni/begin juli 2025

BIJLAGE 1 BESTUURLIJKE UITGANGSPUNTEN 2021

1. **Naar een meer gesloten financiering.** We kiezen voor een inkoopvorm waarbij we de kosten beter kunnen beheersen, met een minder grote financiële prikkel voor aanbieders. Beheersing van de kosten, inzicht in productie, kwaliteit en resultaat zijn hierbij belangrijk. Een taakgerichte inkoop draagt bij aan de genoemde uitgangspunten. Niet voor alle segmenten is een taakgerichte inkoop geschikt of realiseerbaar. Een (beperkt) deel van de ondersteuning zal daarom via een andere systematiek worden ingekocht.
2. **Normaliseren.** We willen iedere inwoner de mogelijkheid geven om mee te doen. We willen dat meer doen met algemene of collectieve voorzieningen. Als dat niet voldoende is zetten we individueel maatwerk in. Niet meer dan nodig en ook niet langer dan nodig. We kijken daarbij kritischer naar het hulpaanbod. We zetten in op bewezen effectieve methoden die passen binnen het wettelijk kader.
3. **Verbeterde lokale samenhang.** Doordat we veel aanbieders gecontracteerd hebben is het overzicht verdwenen en zijn verbindingen vervaagd. We willen een herkenbaar aantal aanbieders per gebied (wijk, dorp) of per doelgroep. We contracteren aanbieders die zich committeren aan de lokale opgaven en de verbinding zoeken met het voorliggende aanbod. De gecontracteerde aanbieders moeten dus bijdragen aan de couleur locale. Niet alle onderdelen lenen zich hiervoor. Denk b.v. aan hoog specialistische en intramurale Jeugdhulp.
4. **Werk (ook participatie en opleiding) is de beste zorg.** Werk biedt sociale contacten, betekenis en geeft een betere financiële basis. Werk vermindert de vraag naar hulp. We streven naar een integrale benadering van het sociaal domein. Daarom willen we mogelijk maken dat participatie en de onderdelen in de Wmo die te maken hebben met werk en dagbesteding in samenhang kunnen worden ingekocht. We willen hier met de nieuwe inkoop de voorwaarden voor realiseren.
Daarnaast kunnen we de samenhang tussen zorg- en participatie-aanbod ook op andere manieren versterken, bijvoorbeeld:
 - Eenduidige/ meer samenhang bij indicatiestelling en diagnostiek
 - Flexibele en (direct) toegankelijke dienstverlening van zorg en participatie voor elkaars klanten zodat een combi aanpak zorg-participatie op maat mogelijk is
 - Gelijke uitgangspunten opnemen in afspraken met álle aanbieders in het sociaal domein (bijvoorbeeld omarmen uitgewerkte leidende principes, geen cliënten doorsturen zonder warme overdracht) - gezamenlijk gebruik van infrastructuur, plekken, expertise/ personeel
5. **Eenvoudiger en selectiever systeem.** Door indicatiestelling hebben we een drempel opgeworpen voor inwoners. Door bij melding direct het goede gesprek aan te gaan en sneller praktische hulp te verlenen zijn we

klantvriendelijker en kunnen we selectiever zijn in wat we aanbieden. Veel hulpvragen raken aan bestaanszekerheid en snelle hulp op deze terreinen helpt om zorgkosten te verminderen. We willen dus meer en laagdrempeliger hulp bieden vóór een eventuele indicatie c.q. beschikking.

6. **Misbruik voorkomen (zorggeld is zorggeld).** In de nieuwe contractering selecteren we aanbieders strenger en maken we scherpere afspraken (kwantitatief en kwalitatief) waarop we beter kunnen handhaven. Daarbij kun je denken aan opleidingseisen, kwaliteit van interventies en normen over winst, personeelsratio's, het volgen van de CAO, voldoen aan de Wet normering topinkomens en financiële constructies. Daarbij handhaven we door contractmanagement en toezicht.

BIJLAGE 2. Vooronderzoek Fase 3

De RMB heeft in het najaar 2023/voorjaar 2024 een vooronderzoek gehouden en daarbij met de volgende organisaties en personen gesproken:

1. De VNG over de poortwachtersfunctie van de gemeentelijke toegang
2. De regio Hart van Brabant
3. Beleidsambtenaren Dongen
4. Beleidsambtenaren Goirle
5. Beleids- en dorpssteam Hilvarenbeek
6. Beleidsambtenaren Loon op Zand

Over deze gesprekken kunnen wij het volgende berichten. De VNG bereidt een convenant op De toegang voor⁴. Daarbij zal voor de VNG voorop staan dat de toegang een 'brede scope' hanteert bij het beoordelen van de zorgvraag. Bij een smalle scope kijkt de toegang naar de zorgvrager en baseert daar een indicatie op. Bij een brede scope kijkt de toegang niet alleen naar de zorgvrager, maar ook naar zijn/haar context: hoe is de gezinssituatie, hoe gaat het op school, zit de jeugdige in een netwerk, een club, enz.

Bij zo'n brede scope hoort ook dat de toegang rekening houdt met het bestuurlijk uitgangspunt van 'normaliseren': kan aan de zorgvrager (of begeleiderverzorger /ouder) gezegd worden dat een oplossing in eigen kring mogelijk is, gegeven een brede analyse door de toegang. Ook kan het voldoende zijn om in het voorliggend veld tot adequate zorg te komen. Daarbij zou de toegang idealiter ook in staat moeten zijn zelf lichte zorg te verlenen om de zorgvrager 'op weg te helpen' de eigen problemen op te lossen.

Als de toegang van mening is dat wel geïndiceerde zorg bij een zorgaanbieder verleend moet worden, komt de vraag naar 'selectief gebruik' naar voren. Moet er naar hoog-specialistische zorg, of naar laag-specialistische zorg worden doorverwezen? Hoe lang moet dan het traject zijn? Gaat de toegang monitoren of de zorg het gewenste resultaat heeft?

Het voortgaande betreft de poortwachtersfunctie van de toegang. Hierover hebben wij ook met de regio HvB gesproken. Volgens HvB kan die poortwachtersfunctie pas echt goed uit de verf komen als het Rijk de jeugdhulpplicht strakker omschrijft. Desondanks heeft de regio HvB de indruk dat gemeenten te veel doorverwijzen. Overigens zoekt HvB ook naar opties om op regionaal niveau iets te kunnen betekenen voor de lokale gemeentelijke toegangen. Bijvoorbeeld via samenwerking of door professionele expertise aan te bieden indien mogelijk.

Zoals hiervoor al vermeld loopt 60% van de instroom via het medisch domein. De regio verwacht van de lokale teams dat deze minstens zicht krijgen op de doorverwijzingen van huisartsen. Daarnaast wil de regio werken aan afspraken met het medisch domein. Het toekomstige doel daarvan is dat de huisartsen doorverwijzen naar de gemeentelijke toegang, zeker bij de lichtere jeugdhulp.

⁴ Inmiddels tot stand gekomen met het richtinggevend kader 'Toegang, lokale teams en integrale dienstverlening' door de VNG vastgelegd (maart 2024)

Een voorwaarde voor succes is dan wel dat de lokale toegangen beschikken over voldoende capaciteit en 'producten' om aan deze vraag te voldoen.

Van de gemeenten hebben wij veel informatie gekregen over de organisatie van de toegang.

In Goirle wordt gewerkt met een dorpssteam én een gemeentelijke toegang (klantmanagers jeugd). Het dorpssteam is voor alle inwoners in de gemeente Goirle toegankelijk. De gemeentelijke toegang (klantmanagers jeugd) is enkel beschikbaar als de capaciteit van het dorpssteam niet toereikend is. Het dorpssteam voorziet dan in een warme overdracht naar de gemeentelijke toegang (klantmanagers jeugd).

De poortwachtersfunctie berust hierdoor zowel bij het dorpssteam als bij de gemeentelijke toegang. Maar de poortwachtersfunctie ligt vooral bij de gemeentelijke toegang omdat zij bepalen of er naar niet vrij toegankelijke zorg (zorgaanbieders) kan worden doorverwezen.

In Dongen wordt nog gewerkt aan de invoering van een dorpssteam naast de bestaande toegang (was voorzien in september 2024). De gemeente heeft goede contacten met de lokale huisartsen via 'ambassadeurs' vanuit de gemeente. Sinds begin 2024 is het aantal directe verwijzingen door huisartsen substantieel teruggelopen.

In Goirle en Dongen is het voorliggend veld (dorpssteam) door de gemeenten aanbesteed. De sturing is daar dus vormgegeven in contracten.

Hilvarenbeek en Loon op Zand hanteren een subsidierelatie, met subsidievoorwaarden.

In Hilvarenbeek hebben we de lokale organisatie van de jeugdzorg besproken. Duidelijk kwam naar voren dat ook in Hilvarenbeek – net als de andere gemeenten - het gebruik en de kosten van de jeugdhulp voor een groot deel worden bepaald door de verwijzingen door de medische sector (huisartsen).

De gemeente Hilvarenbeek heeft een financiële relatie met het voorliggend veld door middel van subsidieverlening aan maatschappelijke organisaties, die werkzaam zijn aan de preventieve kant (afvangen van hulpvragen zodat de klant niet instroomt in de jeugdhulp).

We hebben tenslotte specifiek gevraagd naar kwantitatieve gegevens in de zin van gebruik en kosten van de jeugdhulp. Voor de gegevens over gebruik en kosten werden we in Hilvarenbeek doorverwezen naar de regio Hart van Brabant.

In Loon op Zand is sprake van een centraal zorgloket dat zorgvragen kan doorzetten naar het voorliggend veld. Daarnaast zijn er drie wijkteams. Van de vijf huisartsen hebben er vier een praktijkondersteuner die de gesprekken voert met de jongere met een hulpvraag.