



Toegang voor jeugd met een levenslange en levensbrede hulpvraag

Routes naar een integrale afweging

Kenmerk: A2000020571

26 januari 2021



Disclaimer

Rapportage voor onderzoek naar integrale afweging jeugd met Triple L (levenslang, levensbreed, levensloop) uitgevoerd door KPMG in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit document anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen.

Inhoudsopgave

Waarom dit onderzoek?	4
Hoofdstuk 1: schets van de doelgroep	7
Hoofdstuk 2: routes in detail	13
— Leidende principes	14
— Ondersteuning	18
— Zelfscan	19
— Basisfuncties	21
Hoofdstuk 3: vervolgstappen	23
Bijlagen	25
I Lopende initiatieven	
II Casuïstiek	



Waarom dit onderzoek?

De toegang voor kinderen en jongvolwassenen met een levenslange en -brede zorgvraag moet beter

Voor kinderen en jongvolwassenen met een levenslange en -brede vraag is het vinden van passende zorg een zoektocht

Vanuit de Jeugdwet organiseren gemeenten veel vormen van zorg en ondersteuning voor kinderen en jongeren¹. Dat betekent dat onder de Jeugdwet een zeer breed scala aan zorg- en ondersteuningsvragen bestaat: van kort tot langdurig en van enkelvoudig tot (zeer) complex. Sommige inwoners hebben te maken met aandoeningen, disposities of gebeurtenissen die levenslang en levensbreed (verregaand) van invloed zijn op hun levensloop (Triple L). Vanwege de effecten van aandoeningen of gebeurtenissen, zeker als er meerdere problematieken bij een persoon, of in een gezin spelen, zien sommige gezinnen zich genooddaakt hun leven lang structureel of herhaaldelijk beroep te doen op zorg en ondersteuning.

Sinds 2015 vallen de kinderen die dit betreft tot hun 18e levensjaar onder de Jeugdwet, tenzij het gaat om de medische zorg (die hoort bij de Zvw) en 24-uurszorg en toezicht (die hoort bij de Wlz). Na het 18e levensjaar heeft de doelgroep ook (of alsnog) te maken met de Wmo, Zvw en Wlz.

Op het grensvlak van die wetten zijn schrijnende kwesties ontstaan. Dat is een eerste knelpunt. Ten tweede is voor de groep die kampt met langdurige, chronische problematiek een (al te gemakkelijk) beroep op eigen kracht vaak niet passend. Ten derde schept het afgeven van korte indicaties onnodig onrust voor problematiek die niet over gaat. En ten vierde kan er onvoldoende oog zijn voor de vraag van het gezin/systeem als geheel.

Wat is nodig om passende zorg voor de Triple L groep snel te vinden en duurzaam in te kunnen zetten?

De complexiteit van sommige vragen en het al dan niet (h)erkennen van problematiek in de toegang leiden er in de praktijk toe dat ouders en kinderen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Dit is een groep waarbij zorg niet gericht is op genezing, maar in zet op behoud van kwaliteit van leven en ontwikkeling. Door met een integrale blik te kijken met

aandacht voor hun levensloop kunnen jeugdigen (en hun gezin/systeem) beter worden ondersteund om zo tot maximale ontwikkeling te komen op gebieden als leren, werken en wonen. Het begrip 'eigen kracht' is een waardevolle pijler in de Jeugdwet en is ook voor deze groep van belang. Vanwege de context van de Triple L-doelgroep wordt die eigen kracht echter een leven lang (intensief) aangesproken. Er is bij deze groep vaak onvoldoende aandacht voor wat nodig is om deze eigen kracht op een goede manier te ondersteunen. Belangrijke knelpunten gaan over²:

- Erkenning en herkenning van de problematiek van deze doelgroep (onvoldoende kijken met een brede blik waardoor het ontwikkelingsperspectief niet zichtbaar wordt)
- Het onvoldoende betrekken van ouders als partner in het toegangsproces
- Het steeds herhalen van het toegangsproces vanwege een kortdurende beschikking en daardoor een korte toegekende ondersteuningsduur, terwijl de behoefte langdurig en zelfs levenslang kan zijn
- Onvoldoende zicht op hoe het toegangsproces verloopt (ouders ervaren een "black box")
- Ruimte krijgen om zorg te regelen via een pgb is ingewikkeld
- Onvoldoende mogelijkheden voor respijtzorg en logeeropvang

Dat willen we verbeteren. Ten eerste door (h)erkenning van de verschillende aandoeningen, disposities en gebeurtenissen die de reden zijn voor, of die kunnen leiden tot chronische langdurige problematiek, te verbeteren. Daarnaast door (wederom) aandacht te vragen voor een passende houding en de juiste vaardigheden van professionals die deze kinderen (en hun gezin/systeem) tegenkomen, en dan met name de professionals werkzaam in de breedte van het toegangsproces. En ten derde door aan gemeenten te vragen om hun inrichting en beleidskeuzes te evalueren aan de hand van concrete "Triple L"-casuïstiek.

Deze knelpunten worden breed herkend en gedragen. Cliëntenorganisaties geven aan praktijksignalen te zien dat er geen verbetering op gang komt voor de problemen die zij al enige tijd zien, bijvoorbeeld waar het gaat om de (te)

¹ Tenzij er sprake is van een medische zorgvraag (Zvw) of een zeer ernstige en chronische zorgvraag die om continue (24/7) ondersteuning vraagt (Wlz).

² Levenslange en levensbrede zorg- en ondersteuningsvragen van jeugdigen en jongvolwassenen, Significant public, augustus 2019

Door verschillende routes tegelijk in te slaan ontstaat balans tussen wat nu en op de langere termijn helpt

korte beschikkingsduur. Er is een urgente behoefte aan grip op de oplossingen die kunnen helpen de genoemde knelpunten weg te nemen. KPMG is door het ministerie van VWS gevraagd om een basis te leggen voor praktische oplossingen. Een brede blik en integrale aanpak zijn daarin belangrijke uitgangspunten. De oplossingen kunnen professionals en beleidsmedewerkers helpen om deze doelgroep beter te bedienen.

Er moet een balans zijn tussen wat nodig is, en wat haalbaar is

De oplossingsrichting moet helpen de ervaren knelpunten te verminderen. Het is daarin belangrijk om ook rekening te houden met het beroep dat vanuit allerlei hoeken op (de organisatie van) de toegang wordt gedaan. Toegang gaat over het hele proces van toeleiding tot, advisering over en bepaling van ondersteuning. Zorg en ondersteuning moet passend zijn voor het kind en gezin, en tegelijk ook doelmatig. Het is een uitdaging om voor de Triple L-doelgroep een balans te vinden tussen deze factoren.

Vijf jaar na de introductie van de Jeugdwet bestaan voor deze doelgroep dan ook nog steeds de genoemde knelpunten. Een brede blik en integrale aanpak wordt in principe door iedereen met een rol in de toegang nagestreefd. Het blijkt echter voor medewerkers in de toegang lastig om de situatie meteen goed in te schatten en daarbij ook goed passende zorg in te zetten. Kern is dan ook een goede triage, waarbij kennis beschikbaar is of ingeroepen kan worden om ook deze doelgroep direct aan de voorkant te kunnen herkennen. Het is evident dat er voor deze groep méér nodig is dan nu kan (en wordt) gedaan en alle betrokken partijen onderkennen dat de knelpunten opgelost moeten worden. Met dit onderzoek leggen we een basis om stapsgewijs haalbare verbetering aan te brengen.

Met behulp van leidende principes en routes handvaten bieden om de toegang voor deze groep te verbeteren

Dit rapport geeft inzicht in leidende principes die de basis zijn voor het begrip voor deze doelgroep. Dat begrip is nodig om knelpunten te reduceren. Er

worden drie routes voorgesteld die de knelpunten verder kunnen wegnemen. De routes zijn gebaseerd op kwalitatief onderzoek. De routes geven invulling aan wat bij kan dragen aan het verminderen van de knelpunten voor deze groep, zodat ook zij maximaal en naar vermogen kunnen ontwikkelen.

We staan aan het begin van een beweging. Route en eindpunt zijn niet in beton gegoten

Tijdens het uitvoeren van dit – relatief beknopte – onderzoek is een aantal zaken veelvuldig besproken. En nog niet ieders vragen zijn van een (bevredigend) antwoord voorzien. Daarom geven we de lezer graag mee:

- Dit onderzoek vormt het begin van een beweging naar meer begrip en verbetering van ondersteuning voor de Triple L groep. Er worden routes voorgesteld die zich nog moeten en mogen vormen. Het zijn ijkpunten die helpen te starten. Wij denken dat het belangrijk is om vooral ook snel te starten! De discussie kan verlamd werken, terwijl er nu juist beweging nodig is om verder te komen. Door te starten wordt informatie en ervaring verzameld die direct kan helpen vervolgstappen te verbeteren.
- Dit onderzoek richt zich op een doelgroep. Dat werpt de vraag op of dat past bij een inclusieve samenleving. Wij menen van wel: we zien inclusiviteit als een opdracht waarbij iedereen op gelijke voet kan ontwikkelen en participeren. Dan is het ook passend om te investeren waar dit doel binnen bereik moet gebracht. Daarnaast wil je de ‘oogst’ vooral ook zo breed mogelijk (ook voor andere doelgroepen) benutten.
- Het rapport spreekt veel over jeugd. Dat komt omdat de vragen veelal in beeld komen wanneer het kind nog jong is. Echter maakt juist het Triple-L vraagstuk dat dit rapport ook volwassenen betreft.

1. Schets van de doelgroep

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken van de doelgroep..

2. Leidende principes en routes in detail

Dit hoofdstuk beschrijft routes die kunnen helpen de knelpunten weg te nemen.

3. Vervolgstappen

Dit hoofdstuk gaat kort in op vervolgstappen om de routes tot een succes te brengen.

4. In de bijlagen wordt kort aangegeven welke initiatieven momenteel lopen die inhoudelijk raakvlak hebben met dit rapport. Ook is casuïstiek opgenomen ter kleuring.

Leeswijzer



1. Schets van de doelgroep

Het afbakenen van de doelgroep helpt om te bepalen in welke mate oplossingsrichtingen passend zijn

Het sociaal domein kan de doelgroep dichtbij en inclusief ondersteunen, maar de aansluiting moet beter

In een complexer wordende maatschappij hebben we bewust aandacht nodig voor gezinnen en jeugdigen die langdurend en doorlopend ondersteuning verdienen om mee te doen en hun levensloop goed te plannen. Die levensloop gaat over de brede blik die nodig is om vroegtijdig in te zetten op het creëren van kansen om mee te doen (denk aan wonen, leren, werk, etc.). En hoewel in de beginjaren na de decentralisaties veel naar de Wlz is gekeken voor problematiek die 'niet over gaat' is het juist het sociaal domein dat deze groep dichtbij en inclusief kan ondersteunen (waarmee we geen uitspraak willen doen over het wettelijk kader waarin de groep 'zou horen', maar over de potentie om dichtbij, inclusief en integraal te werken). In het perspectief van een beweging die vooral gericht is geraakt op kortere en lichtere ondersteuning is het niet altijd gemakkelijk om aansluiting te organiseren voor deze groep, die een chronische behoefte aan een vorm van zorg en ondersteuning heeft (die behoefte zelf kan fluctueren over de tijd). Oog hebben voor de doelgroep en erkenning op de lang(er)durende ondersteuningsbehoefte geeft niet alleen gehoor aan een maatschappelijke opdracht, het kan op langere termijn ook leiden tot meer kans op ontwikkeling, betere kwaliteit van leven en meer maatschappelijk rendement. De aansluiting tussen de behoeften, potentie en de ondersteuning moet echter beter.

De doelgroep is nog niet goed afgebakend. Een betere definitie helpt bij het vinden van passende en structurele oplossingen

Om te bepalen in welke mate oplossingsrichtingen passend zijn, is het belangrijk om goed te begrijpen om wie het gaat. De knelpunten zijn bekend, maar hoeveel mensen ervaren ze en hoe vaak komt het voor? Als dit niet scherp is, is ook moeilijk te beziën in welke mate een oplossingsrichting (echt goed) passend is. In het eerder genoemde onderzoek van Significant¹

wordt de doelgroep als volgt omschreven:

“Voor de groep jongeren en jongvolwassenen met een levenslange en levensbrede beperking geldt dat de problematiek ‘niet over gaat’. Het karakter en de uitgangspunten van de Jeugdwet en Wmo zijn veelal gericht op normaliseren, demedicaliseren en ontzorgen en zetten in op eigen kracht. Dat gaat voor deze groep niet altijd op. Voor deze groep geldt namelijk dat zij levenslang zorg en ondersteuning nodig hebben in plaats van tijdelijk. Daarbij kan de aard en omvang van de hulpvraag uiteraard wel veranderen. Bovendien is hun zorg en ondersteuning niet gericht op genezing (curatief) en ligt de nadruk nog meer op het geheel van het gezin/systeem.”

In het genoemde onderzoek wordt geen uitspraak gedaan over de omvang van de doelgroep. Er bestaat een variabel beeld van het volume: van enkele honderden gezinnen in het land tot honderdduizenden. Het gaat dus om een doelgroep waarvoor nog geen goed grip bestaat op de kenmerken. Die grip is er nog onvoldoende omdat de aandoeningen en beperkingen bij iedereen anders (kunnen) zijn. Ook de draagkracht van het systeem waarin kinderen en volwassenen met een chronische aandoening, beperking en/of ontwikkelingsstoornis opgroeien/verblijven is verschillend. Tot slot kan de zorg en ondersteuning die zij ontvangen, ook uiteen lopen. De hulpbehoefte sluit aan op wat er al is (in het gezin/systeem) en dat wordt vaak onvoldoende in kaart gebracht.

Ten tijde van het schrijven van dit rapport wordt een onderzoek opgestart met als doel het afbakenen van de doelgroep en het in kaart brengen van het volume. Om op dit moment alvast de nodige richting te geven hebben wij op de volgende pagina's de context en kenmerken van de doelgroep zo goed als mogelijk in kaart gebracht.

De levensloop van de doelgroep is van invloed op de ondersteuningsbehoefte

De fluïde aard van de vraag maar ook de effectiviteit en duurzaamheid van de ondersteuning heeft effect op het volume

Op pagina 8 wordt genoemd dat er nog geen goed beeld is van het volume en dat de inschatting ervan sterk uiteen loopt. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat de eigenschappen van de zorg- en ondersteuningsvraag nog relatief breed zijn en daar zowel een smalle, als een bredere doelgroep onder valt. Anderzijds heeft dit te maken met het feit dat de ondersteuningsvraag fluïde is. Dat wil zeggen, kan verschillen over de tijd en beïnvloed kan worden door *life events*.

Betrokken partijen geven aan dat een 'stut-en-steunstructuur' maakt dat de intensiteit van een zorgvraag kan verminderen en er balans in een gezin kan ontstaan. Dat betekent echter niet dat de ondersteuning niet meer nodig is; stopt die dan ontstaat het risico dat de balans ook verdwijnt. De figuur onderstaand geeft dit visueel weer. De balans betreft alle levensdomeinen, dus inclusief werk, wonen, vrije tijd, onderwijs en alle leden van het gezin/systeem.



Onderstaand een toelichting op de gehanteerde termen in de figuur:

- In de figuur wordt gesproken over “**complexiteit**”. Dat gaat niet per definitie over de aandoening of de beperking maar heeft ook betrekking op het samenspel met het gezin, andere betrokkenen en met *life events* zoals iedereen die op levensdomeinen meemaakt (zoals een verhuizing, ander werk, een scheiding, het overlijden van een dierbare, etc.).
- Met “**escalatie**” wordt bedoeld de mate waarin problematiek versterkt of een hogere impact op de jeugdige en het systeem/gezin hebben (op alle levensdomeinen). Met de-escalatie wordt de route naar een stabiele situatie bedoeld.

De figuur is als piramide opgebouwd omdat met passende zorg en ondersteuning mogelijk is escalatie te voorkomen en daarmee ‘doorstroom’ naar de hogere treden in de piramides te voorkomen of verminderen.

Op de volgende pagina's geven we de kenmerken weer van de doelgroep zoals die uit het kwalitatieve onderzoek naar voren zijn gekomen. Dit heeft betrekking op de gehele piramide en omschrijft langs welke indicatoren wel van één doelgroep wordt gesproken.

De doelgroep heeft vier onderscheidende factoren gemeen (I)

EIGENSCHAPPEN VAN DE ZORG- EN ONDERSTEUNINGSVRAAG

KENMERKEND:

- één of meerdere impactrijke beperkingen/aandoeningen waardoor er in meer domeinen van het leven, een langdurige ondersteuningsvraag is voor jeugdigen en hun ouders/naasten.
- Niet alleen het kind, maar ook broers/zussen en ouders ondervinden impact van de ziekte/beperking of aandoening van het kind.
- Er is sprake van behoefte aan langdurige (intensieve) ondersteuning en/of begeleiding en/of verzorging en een continue zoektocht naar wat mogelijk is en wat werkt. De vraag is niet op te lossen met 'een uurtje in de week', fluctueert weliswaar maar de aandoening/beperking gaat niet over en de vraag blijft.
- Er is meestal sprake van een onplanbare 24-uurs vraag om toezicht, nabijheid, sturing en overname, die op momenten wisselt van intentie. Dat kan professionele begeleiding zijn of begeleiding/ondersteuning vanuit de omgeving (zoals ouders). Deze groep heeft niet altijd 24 uur zorg nodig heeft maar vraagt wel om een 24/7 alertheid. Deze groep komt over het algemeen niet of pas na het 16e jaar in aanmerking voor een WLZ-indicatie.
- De grote diversiteit van de groep: het kan gaan om kinderen met een (combinatie van) verstandelijke beperking, lichamelijke beperking, zintuiglijke beperking, somatische aandoening of psychische kwetsbaarheid.

VOORBEELDEN:

- Jeugd met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking. Al dan niet gecombineerd met gedrags-en/of ontwikkelingsproblematiek.
- Jeugd met een autisme-spectrumstoornis, al dan niet gecombineerd met een verstandelijke beperking of somatische aandoening.
- Jeugd met een (ernstige) lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige beperking.
- Jeugd met specifieke somatische beperkingen of aandoeningen met een hoge ziekte- en zorglast, waarvan sommigen op den duur ook invaliderend kunnen zijn. Denk daarbij aan spierziekten of aandoeningen die kunnen leiden tot doofheid/ blindheid of doofblindheid. Uiteraard kunnen deze beperkingen ook voorkomen in combinatie met een verstandelijke beperking en/of met autismespectrum.
- Jeugd met zeldzame syndromen met een onduidelijk ontwikkelingsverloop, of jeugd waarvan het diagnostisch nog niet duidelijk is wat er aan de hand is, maar waar wel – op verschillende/meerdere ontwikkelingsgebieden – ontwikkelingsvragen zijn.

DE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING KAN WISSELEN, DE BEPERKING GAAT ECHTER NIET OVER EN DE VRAAG IS INTEGRAAL

- De vragen kunnen met de tijd verschillen in intensiteit maar zijn langdurig, vaak levenslang en levensbreed van aard. Het doel van de ondersteuning is dus niet genezing, maar ontwikkeling en behoud van kwaliteit van leven.
- Om daarnaast ook kansen te kunnen benutten op het gebied van ontwikkeling is er altijd een vorm van ondersteuning nodig bij leren en ontwikkelen, vrije tijd, werk en verwerven van inkomen en wonen. Bijvoorbeeld in de vorm van extra ondersteuning in het onderwijs.
- De behoefte aan begeleiding van de jeugdigen zelf en het gezin/systeem kan wisselen over de tijd. Ondersteuning schept een steunstructuur die ook balans kan aanbrengen. Verdwijnt die ondersteunende structuur dan komt ook de balans in het gedrag.
- Het ontbreken van voldoende ondersteuning heeft impact op het hele systeem. Passende ondersteuning is mede gericht op het bieden van respijt, teneinde verlies van arbeid, relatieproblemen, psychische klachten bij broers/zussen, uitval van school/werk, inkomens/schuldenproblematiek tegen te gaan.
- De ondersteuning is voorwaardescheppend voor alle levensdomeinen voor de jeugdige en ouders/naasten en met name voor ontwikkeling op het gebied van onderwijs, werk en wonen. De ondersteuningsvraag is daarmee integraal en verweven in de gehele levensloop, op verschillende domeinen en wisselend in intensiteit op verschillende momenten, mede afhankelijk van life events. Hiervoor is het van belang dat er langdurende beschikkingen worden afgegeven, die flexibel zijn en aangepast kunnen worden gedurende de levensloop.

De doelgroep heeft vier onderscheidende factoren gemeen (II)

DE LEEFOMGEVING IS (ZWAAR) BELAST EN HEEFT OOK EEN ONDERSTEUNINGSVRAAG

- Er is veelal sprake van een zware belasting op de leefeenheid (systeem, gezin). De impact op gezinnen is groot en is niet alleen mentaal/emotioneel, maar er is ook effect op andere levensdomeinen zoals wonen, werken, vrije tijd, vervoer naar onderwijs of zorginstellingen, etc.
- De eigen kracht wordt vaak al lang ingezet, ook voordat de gemeente in beeld komt. Gezinnen proberen het vaak eerst zelf te redden. De vraag van het kind en van het gezin ontwikkelen zich in samenspel. Als ouders niet goed in hun vel zitten vanwege de grote belasting die zij ervaren heeft dit veel invloed op de dynamiek in het gezin. Er ontstaat onrust en het kind reageert daarop, vaak met gedragsproblemen thuis en/of op school. Ouders trekken dan pas op het laatste moment bij de gemeente aan de bel. Er ontstaat een risico om te lang of stevig in te zetten op het gebruik van eigen kracht. Tijds ondersteuning gericht op ouders is dus ook onderdeel van de integrale blik.

IN DE MEESTE SITUATIES IS ER AL LANGER EEN VRAAG

- Gezinnen kunnen al een hele historie hebben binnen en buiten de gemeente. Dat kan divers zijn: denk aan de inzet van integrale vroeghulp, een medisch traject (kinderarts, revalidatiearts), behandeling in de ggz.
- Deze gezinnen kunnen dan ook met meerdere wettelijke kaders en partijen te maken hebben, niet alleen om zorg en ondersteuning te leveren maar ook als het gaat om vroegsignalering (het tijdig herkennen – dat overigens op alle leeftijden van belang is). Het kan gaan om onderwijs, jeugdhulp of ondersteuning vanuit de gemeente (sociaal domein-breed, dus inclusief Wmo en Participatiewet), huisarts, jeugdarts, medisch specialist, POH Jeugd, cliëntondersteuning, Veilig Thuis, Justitie en Veiligheid.
- Daarnaast kan de gemeente ook het eerste adres zijn waar de hulpvraag wordt gesteld. Bijvoorbeeld bij een nog niet herkende autisme-spectrumstoornis of een lvb. Dan is het zaak om goed te luisteren naar het verhaal van de hulpvrager/ouders/naasten en is bewustzijn van de overige kenmerken op deze en de vorige pagina van belang.

De doelgroep heeft ook de knelpunten gemeen. Die vormen de basis voor de stap naar oplossingsroutes

Van knelpunten naar oorzaken naar oplossingen

Bestaand onderzoek¹ geeft inzicht in de knelpunten die de doelgroep ervaart. Om hier kleuring aan te geven is in bijlage II een aantal casussen opgenomen. Om de stap naar oplossingsrichtingen te maken, is het nodig om de achterliggende oorzaken van de knelpunten beter te begrijpen. De oplossingsrichtingen moeten de knelpunten aanpakken.

Er is veel discussie (geweest) over de oplossingsrichting die het beste past. Dit onderzoek combineert verschillende oplossingsrichtingen en geeft daarmee perspectief op verbetering. De focus ligt op “en/en”: én op korte termijn starten met het werken aan knelpunten én op de langere termijn het gesprek voeren over structurele verbetering.



- Erkenning en herkenning van de problematiek van deze doelgroep (onvoldoende kijken met een brede blik waardoor het ontwikkelingsperspectief niet zichtbaar wordt)
- Het onvoldoende betrekken van ouders als partner in het toegangsproces
- Het steeds herhalen van het toegangsproces vanwege een korte ondersteuningsduur door kortdurende beschikkingen
- Onvoldoende zicht op hoe het toegangsproces verloopt (ouders ervaren een “black box”)
- Ruimte krijgen om zorg te regelen via een pgb is ingewikkeld
- Onvoldoende mogelijkheden voor respijtzorg en logeeropvang
- Medewerkers (allen met een rol in toegang) zijn soms onvoldoende toegerust om de doelgroep goed te (h)erkennen. Individuele expertise in toegang kan ontoereikend zijn. Het gaat om wat kennen en kunnen professionals m.b.t. deze doelgroep?
- Bij (h)erkenning van de doelgroep maken knelpunten in beleid dat medewerkers in de toegang niet altijd voldoende instrumenten in handen hebben om te doen wat nodig is. Men zit gebonden aan regels die passende ondersteuning in de weg staan waardoor er geen brede levensloopplanning wordt ingezet. Het gaat om:
 - Regels zoals de duur van een beschikking en de beschikbaarheid van passend aanbod (denk aan pgb, respijtzorg, logeerzorg en maatwerk daarin);
 - Specifiek m.b.t. pgb: het goed kunnen aftasten of er sprake is van een weloverwogen bewuste keuze en hanteren van de voorwaarden voor verstrekking en uitvoering ervan;
 - Aanpak met een te grote focus op genezing/herstel en het eerst inzetten van de eigen kracht (met onvoldoende zicht op/aandacht voor de mate waarin dit al gebeurt).
- In dit onderzoek worden leidende principes geformuleerd die de basis vormen voor oplossingen voor de knelpunten (zie pagina 14).
- Vervolgens wordt een aantal routes voorgesteld die tezamen kunnen helpen om met de knelpunten aan de slag te gaan.
- De routes hebben inhoudelijk raakvlakken en overlap en zijn dan ook niet ‘of/of’ maar vullen elkaar aan.
- Ze zijn ook niet verplicht: wel bieden ze een startpunt voor wie aan de slag wil gaan met deze knelpunten.
- Met deze routes zijn de knelpunten niet meteen de wereld uit. Er is ook een lokaal proces nodig om het probleem en de aanpak te doorleven. Met de routes ontstaat een ‘toolkit’ om dat lokale proces in gang te zetten en te ondersteunen.
- De routes volgen uit een aantal leidende principes die de inhoudelijke waarden weergeven die passen bij het goed inrichten van het toegangsproces voor gezinnen met levenslange en levensbrede vragen.

¹Levenslange en levensbrede zorg- en ondersteuningsvragen van jeugdigen en jongvolwassenen, Significant public, augustus 2019; Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland, Verwey Jonker instituut, april 2019



2. Leidende principes en routes in detail

De leidende principes geven de waarden die passen bij het toegangsproces voor levenslange en -brede vragen

Onderstaand zijn de leidende principes opgenomen. Ze geven de inhoudelijke waarden weer die passen bij het goed inrichten van het toegangsproces voor gezinnen met levenslange en levensbrede vragen. De leidende principes vormen de uitgangspunten voor de drie routes en de inhoudelijke punten ("inhoudelijke onderdelen"; zie vanaf pagina 18) daarin. De eerste drie principes zijn in zekere zin **randvoorwaardelijk** voor een goed toegangsproces. Principes vier tot en met zes zijn meer **inhoudelijk**

van aard.

De principes zijn niet exclusief voor de Triple L-doelgroep en kunnen ook relevant zijn voor anderen. Het is ook niet de bedoeling ze 'toe te eigenen' aan Triple L. Ze worden nu geëxpliciteerd voor deze groep om een beweging naar verbetering op gang te brengen. De vruchten van die beweging kunnen – en moeten – breder geplukt worden.

1

De onderscheidende factoren van de doelgroep zijn breed bekend (op landelijk en op lokaal niveau). Daarmee is er geen discussie over jeugdigen en gezinnen/systeem die bij de Triple L doelgroep kunnen horen. En is de kennis over deze doelgroep beschikbaar en toepasbaar in de toegang. Dit helpt bij ondersteuning op maat en draagt bij aan (h)erkenning.

2

'Eigen kracht' inzetten vraagt om maatwerk. Dat vraagt om een doorvertaling van het begrip eigen kracht naar wat je mag verwachten (in ondersteuning, werk, vrije tijd, wonen, etc.) en aandacht voor (de grenzen van) wat een gezin aan kan. Het 'opgebruiken' van de eigen kracht moet voorkomen worden.

3

Professionals krijgen en nemen voldoende ruimte om te doen wat nodig is. Dat vraagt om een lokale visie op de Triple L doelgroep en vooral ook de wijze waarop die wordt doorvertaald naar de handelingsruimte voor professionals/randvoorwaarden in het toegangsproces (en de zorg en ondersteuning die eruit volgt). Het is belangrijk dat professionals de ruimte die er is ook goed benutten en die houding mag je verwachten.

4

De problematiek gaat niet over. Dat vraagt om een steunstructuur (de samenhang van zorg en ondersteuning) die vooruit kijkt, blijvend kan zijn en meebeweegt met *life events* en andere gebeurtenissen gedurende de hele levensloop.

5

De problematiek treft niet alleen een individu maar ook het systeem/gezin. Dat vraagt om een integrale blik op alle levensdomeinen die de omgeving van de jeugdige binnen beschouwing neemt.

6

Een preventieve blik en levensloopplanning is nodig. Het doel van zorg en ondersteuning is niet zozeer herstel of genezing, maar ontwikkeling en balans in het gezin/systeem en daar past aandacht voor preventie en levensloopplanning bij.

De leidende principes komen op verschillende manieren terug in de routes

Zie voor deze routes vanaf
pagina 17

	Dit vinden we belangrijk:	Dit bereiken we met:	Hier werken we aan door:
Randvoorwaardelijk	1. De onderscheidende factoren van de doelgroep zijn breed bekend	- Een landelijk overzicht van kenmerken van de doelgroep inclusief een landelijke raming van het volume. Dit helpt bij ondersteuning op maat en draagt bij aan (h)erkenning. - Een lokaal (gemeentelijk) onderzoek naar de omvang en kenmerken van de doelgroep. Het startpunt is de visie op de doelgroep (rekening houdend met deze leidende principes). Een vertaling naar een maatschappelijke kosten-batenanalyse helpt om een beeld te krijgen bij de wijze waarop preventie tot meerwaarde kan leiden.	- De ontwikkeling van een monitor voor de doelgroep (gebeurt landelijk) - De onderscheidende factoren zijn onderdeel van route 1 - Lokaal onderzoek te doen als onderdeel van route 2
	2. 'Eigen kracht' inzetten vraagt om maatwerk.	Zoals te lezen valt op pagina 8 is vaak sprake van een (zware) belasting op de omgeving. Eigen kracht is een belangrijke pijler, maar de draaglast van gezinnen varieert met life events mee. Dat vraagt om een doorvertaling van het begrip eigen kracht naar wat je mag verwachten (in ondersteuning, werk, vrije tijd, wonen, etc.) en aandacht voor (de grenzen van) wat een gezin aan kan. Het 'opgebruiken' van de eigen kracht moet voorkomen worden.	Het uitvoeren van de zelfscan als onderdeel van route 2 (zie pagina 17)
	3. Professionals krijgen en nemen voldoende ruimte om te doen wat nodig is.	- Een visie op de Triple L doelgroep die op lokaal niveau (gemeente) wordt vertaald naar de randvoorwaarden die in het toegangsproces nodig zijn om te doen wat nodig is. Het is belangrijk dat professionals de ruimte die er is ook goed benutten en die houding mag je verwachten. Het 'veilige midden' is niet de enige route die past binnen de kaders. - Met randvoorwaarden wordt bedoeld bijvoorbeeld de ruimte om beschikkingsduur, inzetbaarheid van specifiek aanbod (ook over domeinen heen) en passendheid van pgb in te zetten.	Het uitvoeren van de zelfscan als onderdeel van route 2 (zie pagina 17)
Inhoudelijk	4. De problematiek gaat niet over.	De problematiek is levenslang en levensbreed en heeft impact op het systeem/gezin. Hier komen principes 4, 5 en 6 dus samen. Zorg en ondersteuning moet hier op aansluiten door een steunstructuur te vormen die vooruit kijkt, blijvend kan zijn en meebeweegt. Preventie en integraliteit vormen de kern.	Ondersteuningsaanbod van route 1
	5. De problematiek treft niet alleen een individu maar ook het systeem/gezin. 6. Een preventieve blik en levensloopplanning is nodig.	- Op pagina 11 staat een analyse van de oorzaken van knelpunten. Deze zaken komen terug bij de inhoudelijke leidende principes. Het is nodig dat: - Medewerkers in de toegang voldoende zijn toegerust om de doelgroep goed te (h)erkennen (dat betekent ook de juiste expertise kunnen invliegen en vraagt om kennis/kunde en houding als luisteren, empathie e.d.). - Het beleid rondom het gemeentelijk toegangsproces voldoende ruimte biedt om voor deze doelgroep te komen tot een passend plan, rekening houdend met o.a. beschikkingsduur, de inzet van het pgb en het organiseren van de goede voorwaarden daartoe, de beschikbaarheid van respijt- en logeerszorg, integrale zorg en ondersteuning (zie de programma's van eisen van de drie routes voor meer detail).	- Het uitvoeren van de zelfscan als onderdeel van route 2 - Deel te nemen aan het trainingsprogramma van route 1 (betreft alle toegangsprofessionals, inclusief niet-gemeentelijk/niet in een lokaal team) - De basisfuncties voor lokale teams te borgen via route 3

De drie routes in het kort

De drie routes maken gebruik van wat al wordt ontwikkeld

In onderstaande figuur lichten we kort de drie routes toe die onderdeel zijn van dit onderzoek en die helpen de leidende principes in de praktijk te brengen. Op de volgende pagina's werken we de routes uit. Een belangrijk uitgangspunt is dat de focus ligt op gebruik maken van dat wat er al ligt. Deze routes helpen om te toetsen in welke mate er al voldoende aandacht en ruimte is voor de specifieke aandachtspunten rondom deze doelgroep. En waar die er nog niet is, bieden ze handvaten voor concrete stappen.

Er is al veel van hetgeen in route 1,2 en 3 staat beschikbaar. En tegelijk zien we dat nog niet iedereen daar gebruik van maakt én dat de doelgroep nog steeds knelpunten ervaart. Daarom denken we dat het tóch belangrijk is om deze routes in te zetten, ondanks dat ze voor sommigen niet nodig zullen zijn of achterhaald voelen.

Wat komt er na de routes?

De routes geven richting aan wat helpend kan zijn om de knelpunten weg te nemen. Echter zijn we er nog niet met het uitvoeren van de routes. Het gaat juist om het op lokaal niveau onderzoeken, leren en verbeteren. Daarom zien we twee fases (zie ook de vervolgstappen op pagina 24):

- De eerste fase focust op de ontwikkeling van de routes. Voor iedere route kan de inhoud ontwikkeld worden aan de hand van de principes en geldt dat ze aangescherpt en verbeterd mogen en kunnen worden.
- De tweede fase is een lokaal vervolg: gemeenten zijn aan zet om lokaal aan de slag te gaan met het wegnemen van de knelpunten voor deze groep. Bijvoorbeeld door te starten met een groep van gemeenten die graag zelf aan de slag wil, dan de routes en aanpak te verbeteren en vervolgstappen te bepalen.

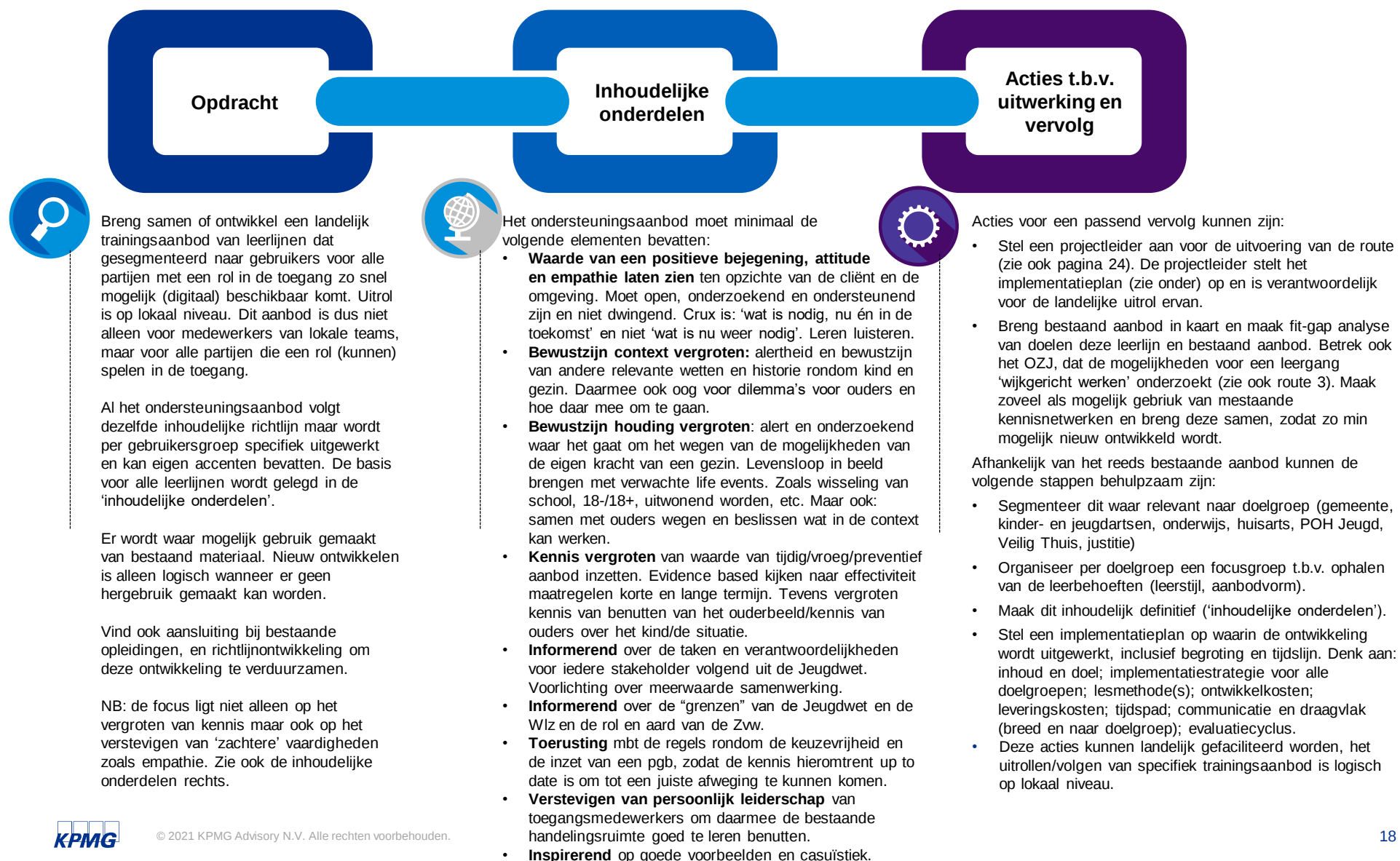


Verbinding tussen alle routes is belangrijk. Het is goed mogelijk dat route 1 en 2 deels uitgevoerd worden "via" route 3 omdat daar al veel wordt ontwikkeld. Echter is de focus van route 3 alleen de lokale teams. Het is dus belangrijk om voor de andere routes de aansluiting met de andere professionals/verwijzers in de toegang te bewaken. Route 3 vervangt de andere routes niet.

De routes samengevat

	 Route 1 ONDERSTEUNINGSAANBOD	 Route 2 ZELFSCAN	 Route 3 BASISFUNCTIES
Doel	Wat is het? Alle partijen met een rol in de toegang (NB: niet alleen gemeente) hebben via passend trainings- en ondersteuningsaanbod handvatten om problematiek te (h)erkennen en kunnen dat vertalen naar wat nodig is voor het uitvoeren van hun werk. Waarmee niet wordt bedoeld dat iedereen alles moet kennen/kunnen, maar wel moet herkennen wanneer aanvullende expertise nodig is. Het gaat niet alleen om kennis, maar ook om 'zachtere' vaardigheden (houding) zoals empathie, inlevingsvermogen.	Wat is het? Een scan (zo veel als mogelijk aansluiten bij/laten opgaan in bestaand materiaal zoals de Zorg en ondersteuning Evaluatie Tool/ZET) stelt gemeenten in staat om een analyse van de knelpunten in het toegangsproces uit te voeren. Ook helpt de scan om lokaal de omvang van de doelgroep in kaart te brengen (o.b.v. het landelijk onderzoek). Tot slot brengt de scan verbetering op randvoorwaarden in kaart (handelingsruimte medewerkers, beschikkingduur, advisering rondom pgb etc.) en helpt een verbeterplan op te stellen. Er is specifieke aandacht voor de toegang tot regulier onderwijs nodig.	Wat is het? Aansluiting bij het bestaande traject rondom implementatie basisfuncties. Een aantal van de basisfuncties heft duidelijke raakvlakken met de leidende principes, zoals 'handelen met een brede blik'. De aansluiting tussen de leidende principes en de basisfuncties vormt een vertrekpunt. De leidende principes kunnen bijvoorbeeld als addendum op de basisfuncties worden gezien.
Mogelijke gebruikers	Gesegmenteerde aanpak: medewerkers lokale teams, onderwijs, huisarts, POH jeugd, jeugdarts, kinderarts/medisch specialist, VT, justitie en veiligheid, ouders, wonen (zoals BW)	Alle gemeenten. Uit te voeren door bijvoorbeeld een beleidsmedewerker. Een start kan gemaakt worden met gemeenten die hier voor open staan. Zo kunnen ervaringen worden opgedaan, doorontwikkeld en vervolgstappen afgestemd.	Professionals in de gemeentelijke toegang (medewerkers van lokale teams, omdat de basisfuncties daarop richten)
Mogelijke vorm	Gevarieerd en gesegmenteerd trainings- en ondersteuningsaanbod afgestemd per doelgroep. Mogelijkheden: factsheet, e-learning, klassikaal trainingsaanbod, werkbezoeken, casusoverleg. Vind ook aansluiting bij bestaande opleidingen, en richtlijnontwikkeling om deze ontwikkeling te verduurzamen. Diversiteit in vormen van leren; casusgebonden leren; kort/overzichtelijk	Onderzoek omvang: plan van aanpak voor onderzoek naar omvang en kenmerken doelgroep. Knelpuntenanalyse: bijvoorbeeld een digitale vragenlijst met instructie, met daarbij ook een voorstel voor kwalitatief onderzoek met aandacht voor betrekken inwoners/gezinnen t.b.v. vertaling van beleid naar praktijk. Gericht verbeterplan: bijvoorbeeld een format om hiermee te helpen.	In het traject Zorg voor de Jeugd is aanbod beschikbaar. Denk aan lezingen, webinars, instrumenten en maatwerkadvies. Nu worden mogelijkheden onderzocht voor een opleiding voor beleidsmedewerkers en professionals in het versterken van het wijkgericht werken waarin de vijf basisfuncties centraal staan.
Aansluiting bij andere initiatieven	Kan veel vormen hebben en dat is ook aan te raden zodat verschillende groepen gebruikers op passende manier bediend worden.	Monitor naar omvang en kenmerken doelgroep (in ontwikkeling in opdracht van VWS) Zorg en ondersteuning Evaluatie Tool (ZvdJ/TSD/NJi)	Doorontwikkeling basisfuncties lokale teams; verbetertraject 'samen werken aan een betere toegang sociaal domein'
Randvoorwaarden voor succes	Gebruiken wat er al is; strategie communicatie en verspreiding gezien bestaande kwantiteit aan aanbod; verbinding met opleidingen t.b.v. uitbreiding professionaliteit	Borg het perspectief van de inwoner, hoe pakt beleid uit? Inbrengen onderdeel "goede voorbeelden", in gesprek over casussen die wél goed gaan en leer daarvan. Participatief, actiegericht onderzoek, patronen destilleren uit casuïstiek en inzicht in knelpunten vanaf de werkvloer om gericht en lokaal te acteren.	Uitvoering leercyclus samen met inwoner

Route 1: ondersteuningsaanbod



Route 2: zelfscan (1/2)



Ontwikkel in aansluiting met/als onderdeel van al bestaande instrumenten (zoals de Zorg en ondersteuning Evaluatie Tool/ZET), een zelfscan waarmee gemeenten de verbetermogelijkheden in het eigen beleid in kaart brengen. De focus van de scan ligt op het in kaart brengen van de aansluiting van het gemeentelijke beleid/de uitvoering ervan bij de inhoudelijke onderdelen. *NB: bij voorkeur sluit dit aan bij reeds bestaande instrumenten en wordt niet iets nieuws ontwikkeld.*

De scan bevat bijvoorbeeld de volgende onderdelen:

1. Onderzoek omvang: plan van aanpak t.b.v. opzet onderzoek naar omvang doelgroep i.r.t. maatschappelijke kosten-batenanalyse.
2. Knelpuntenanalyse: denk aan een digitale vragenlijst met instructie, met daarbij ook een voorstel voor kwalitatief onderzoek met aandacht voor betrekken inwoners/gezinnen t.b.v. vertaling van beleid naar praktijk.
3. Participatief, actiegericht onderzoek. In gesprek over casussen die niet, of juist wél goed gaan en leer daarvan. Patronen destilleren uit casuïstiek en inzicht in knelpunten vanaf de werkvloer om gericht en lokaal te acteren.
4. Gericht verbeterplan: format voor gericht verbeterplan met verplichte elementen.

De scan moet het perspectief van de beleidsmedewerker, de zorgprofessional en de inwoner meenemen.

Bijvoorbeeld door te starten met een aantal gemeenten die hier graag mee aan de slag willen. Een optie voor de volgende fase kan zijn om vanuit casuïstiek te bekijken welke gemeenten worden uitgenodigd om hier een snelle start mee te maken.



Het **onderzoek naar de omvang** kan de volgende elementen bevatten (uitgewerkt in een format/plan van aanpak):

- Lokale analyse van omvang doelgroep n.a.v. de omschrijving in dit rapport en het landelijk monitoronderzoek dat in 2021 wordt uitgevoerd. Dit onderzoek biedt naar verwachting een goede basis voor lokale invulling.
- Omschrijving visie op de doelgroep: maatschappelijk doel (in relatie tot leidende principes).
- Visie vertaald naar maatschappelijke kosten-batenanalyse.
- Casusgericht onderzoek waarbij ook inwoners worden betrokken. Samen leren van zaken die niet, en juist wel goed gaan.

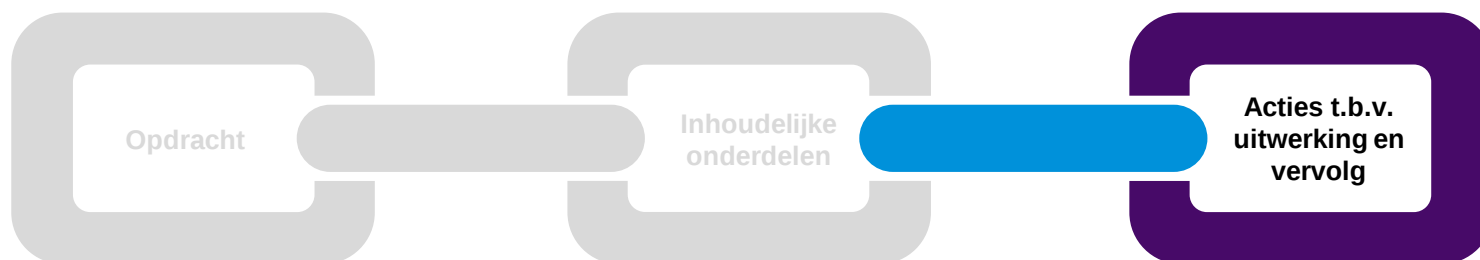
Het **zelfscaninstrument** kan de volgende elementen bevatten (voegt dit toe aan bestaand instrument):

- Analyse van het functioneren van het toegangsproces. **Welke ruimte biedt het proces om maatwerk te leveren m.b.t. het aanbod?** Dit gaat om de vrijheid die toegangsmedewerkers krijgen en gebruiken om te beslissen over:
 - Beschikkingduur (met specifieke aandacht voor langere beschikking toegang regulier onderwijs)
 - Inzet van een pgb (passendheid van pgb bepalen/ als relevante optie beschouwen; organiseren van de voorwaarden)
 - Inzet van respijtzorg en logeerszorg (beschikbaarheid van aanbod, frequentie van gebruik)
 - Inzet van domeinoverstijgende/ integrale oplossingen (wonen, werk, vrije tijd, vervoer, onderwijs, etc.)
- Analyse van het functioneren van het toegangsproces volgend uit beleid. **Welke ruimte biedt het proces om maatwerk te leveren m.b.t. consultatie en advies?** Dit gaat om de vrijheid en de tijd om te overleggen met anderen:
 - Inzet van MDO, casusoverleg, consultatiefunctie, voldoende tijd voor vraagverheldering
 - Is er sprake van een evaluatiecyclus m.b.t. de passendheid van het overeengekomen ondersteuningsplan?
 - Is er voldoende en passende expertise aanwezig in het lokale team/ kan hiermee samengewerkt worden?
- **Analyse van de communicatie** naar ouders in lijn met de uitgangspunten in het PvE van route 1.
- **Beschikbare ondersteuning voor gezinnen.** Wordt gebruik gemaakt van een **cliëntondersteuner** / wordt dit gestimuleerd?
- **Wordt het lokale team getraind** m.b.t. deze specifieke doelgroep? Wordt dit gestimuleerd?
- **Is er een gemeentelijke visie op samenwerking** met huis- en jeugdartsen en onderwijs en is deze vertaald naar uitvoerbaar beleid?
- **Wordt de doelgroep (ouders, andere naasten) betrokken** bij het ontwikkelen van beleid?
- **Toets** met verordening en beleidsregels

Het **verbeterplan** kan de volgende elementen bevatten (zie p21 voor meer detail): Afweging op meerwaarde en vervolgstappen van de volgende onderdelen:

- Wijze waarop ondersteuningsaanbod route 1 en 3 helpend kan zijn bij aandachtspunten
- Het realiseren van 1-op-1 ondersteuning in het toegangsproces (zoals een cliëntregisseur of case manager)
- Het beleggen van langdurige ondersteuning bij een (beperkt aantal) aanbieders
- Het ontwikkelen van een specifiek protocol voor de doelgroep (cliënten)
- Projectplan en -uitwerking zoals governance, besluitvorming, kosten, tijdslijn, succesfactoren, risico's

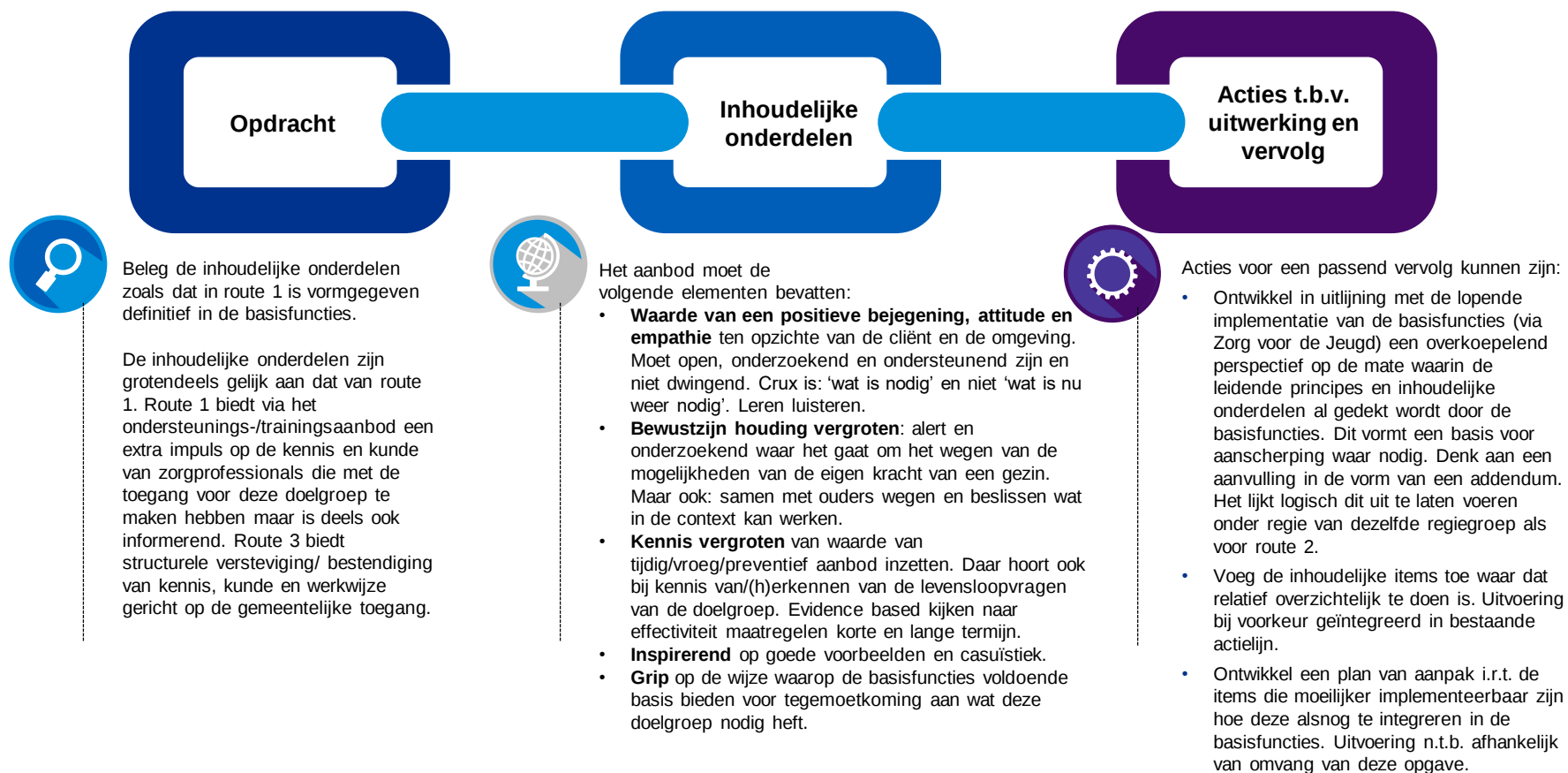
Route 2: zelfscan (2/2)



Acties voor een passend vervolg kunnen zijn:

- Richt een **werkgroep** in t.b.v. de ontwikkeling van de items uit deze route (ontwikkeling lijkt logisch op landelijk niveau, uitvoering ervan lokaal). De werkgroep bestaat uit inhoudelijke experts (waaronder cliëntenorganisaties) en een afvaardiging van de VNG en het ministerie van VWS en geeft inhoudelijk invulling aan de uitvoering van het ontwikkelen van deze route. Zoek ook aansluiting bij het programma Zorg voor de Jeugd, waar de mogelijkheden voor een leergang 'contracteren volgens de bedoeling' worden onderzocht evenals een leergang 'wijkgericht werken'.
 - Een **regiegroep** (zie ook pagina 24) kan in eerste instantie toezien op de ontwikkeling van een plan van aanpak op hoofdlijnen zodat inhoud, draagvlak en kosten helder zijn t.b.v. het organiseren van de financiering en uitrol van het plan.
- Stel een **projectleider** aan voor de uitvoering van de route (zie ook pagina 24). De projectleider stelt het plan van aanpak (zie onder) op en is verantwoordelijk voor de landelijke uitrol ervan.
- **Richt een pilotgroep in** t.b.v. ontwikkelen en testen van de scan (bestaand uit bijvoorbeeld 5-8 gemeenten). Evt ook deelname door NJi, TSD.
 - Zo'n pilotgroep kan ook bestaan uit gemeenten die aangeven zelf graag hiermee aan de slag te willen in een eerste fase. In een latere fase kan overwogen worden om o.b.v. casuïstiek (bijvoorbeeld aangedragen door cliëntenorganisaties) actief gemeenten te benaderen om deel te nemen.
- **Onderzoek de aansluiting** met Zorg en ondersteuning Evaluatie Tool (ZET)/ lopend initiatief VNG en NJi en opstellen fit-gap analyse.
- **Ontwikkel een plan van aanpak** t.b.v. scan, waarin uit te werken en in te brengen t.b.v. besluitvorming:
 - Inhoud en doel
 - Format voor het onderzoek naar de omvang, de knelpuntenanalyse en het verbeterplan
 - Methode scan (digitaal) en proces afname ervan (inclusief benodigde gevraagde inspanning van betrokkenen, inclusief bewoners)
 - Ontwikkelkosten
 - Uitvoeringskosten/ -inspanning door afnemers
 - Proces van terugkoppeling binnen gemeente en vertaling uitkomsten naar actieplan
 - Communicatie

Route 3: basisfuncties



Belangrijk om te benadrukken is dat de routes alle 3 parallel kunnen lopen en elkaar kunnen versterken (en/en, niet of/of).

Handelingsperspectief op lokaal niveau: de elementen voor het verbeterplan

De routes – en dan?

Zoals eerder genoemd bieden de routes perspectief om te werken aan knelpunten. We benoemden 2 fases. Fase 1 gaat over landelijk ontwikkelen/faciliteren en fase 2 gaat over lokaal toepassen met goede voorbeelden ter lering en verbetering van de aanpak.

De reden dat deze twee worden gescheiden is om enerzijds wel het ondersteuningsaanbod te organiseren en daarmee het lokale proces te faciliteren, anderzijds moet er ruimte zijn voor een lokale aanpak gericht op lokaal onderzoeken, leren en daaruit weer terug pakken naar de grote rode lijnen. Dat kan bijvoorbeeld door te starten met gemeenten die graag aan de slag willen. Een vervolgstap kan zijn om op basis van die inzichten de routes en aanpak weer aan te scherpen. Het is mogelijk om ook

Wel is het belangrijk om niet geheel vrijblijvend te zijn – er is immers brede erkenning voor de noodzaak tot het realiseren van verbetering voor deze doelgroep. Daarom is het ook een mogelijkheid om gemeenten waarin specifieke casuïstiek speelt, te bewegen deel te nemen aan deze ontwikkeling.

Ook geven we graag een aantal uitgangspunten mee die terug kunnen komen in het verbeterplan dat als gevolg van het doorlopen van de routes wordt opgesteld. Wij zien daarin in ieder geval de volgende afwegingen terug (zie blauwe blok rechts).

Belangrijke elementen lokaal verbeterplan

1. Omschrijf de kenmerken van de doelgroep inclusief inschatting van het volume in de eigen gemeente en beschouw de doelgroep vanuit het perspectief van maatschappelijke doelen (visie op de doelgroep).
2. Geef in het overzicht van verbetermogelijkheden een afweging op de meerwaarde van de volgende onderwerpen:
 1. Is er voldoende kennis aanwezig bij de gemeentelijke toegangsmedewerkers om deze doelgroep goed te bedienen? Is ook samenwerking met de andere partijen in de toegang en is een beeld van de kennis aldaar? Wordt goed gebruik gemaakt van het ondersteuningsaanbod in route 1 en route 3?
 2. Geef inzicht in de verwachte meerwaarde en vervolgstappen m.b.t.:
 1. Het ontwikkelen van een **protocol specifiek voor deze doelgroep**. Een protocol (denk aan een stappenplan of richtlijn) kan behulpzaam zijn om meer aandacht en ruimte te creëren voor de toegang op het moment dat zij vermoeden dat een kind en gezin tot deze doelgroep behoort. Een protocol kan behulpzaam zijn om toegangsmedewerkers (in de breedte, dus niet alleen gemeentelijke toegangsmedewerkers) inzicht te geven in de stappen die zij kunnen doorlopen om de juiste partijen aan tafel te krijgen en kan een handvat bieden m.b.t. benadering van deze doelgroep. Houd in deze analyse ook rekening met de mogelijke meerwaarde van (boven)regionale samenwerking.
 2. De **inzet van een cliëntregisseur of case manager** (of benutten van de rol van de cliëntondersteuning). Dit is een rol die 1-op-1 ondersteuning in het toegangsproces kan bieden en kind en gezin helpt om over de tijd naast het gezin te staan en hen te ondersteunen in het vinden van een passende route door het zorgproces (dus expliciet ook in afstemming met andere betrokken partijen zoals kinder- en jeugdartsen, onderwijs etc.). Een vast aanspreekpunt helpt.
 3. Het ontwikkelen (of benoemen) van een specifiek **levenslang, levensbreed en levensloop aanbod**, waarbij na constatering dat iemand tot de doelgroep behoort, er bij een aanbieder ruimte voor maatwerk ontstaat (met vertrouwen vooraf en passende verantwoording achteraf).
3. Stel een **concreet projectplan** op met daarin uitwerking van doel, plan van aanpak, governance, besluitvorming, kosten, tijdslijn, risico's en succesfactoren. Kijk daarin ook naar wat er regionaal en in bestaande netwerken al mogelijk is of bestaat.



3. Vervolgstappen

Mogelijke tijdslijn voor vervolgstappen

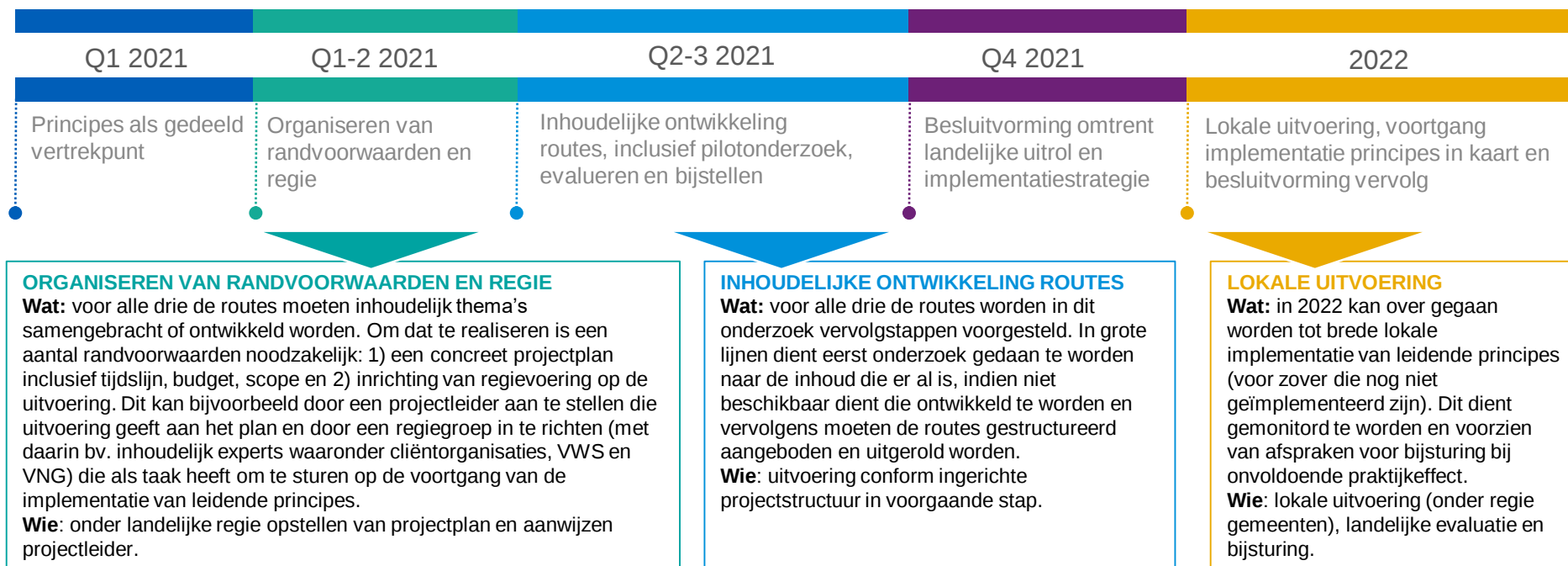
Begin van een beweging

Dit rapport biedt een vertrekpunt voor een beweging, en nog niet het eindpunt. Het vormt een belangrijke basis om:

- **Resultaat te zien:** de leidende principes geven de onderwerpen weer waarop we in de praktijk verbetering kunnen bemerken.
- **Een lat te leggen:** als de leidende principes in de praktijk niet tot verbetering leiden dan is het noodzakelijk hier consequenties aan te verbinden. Dit dient nader uitgewerkt te worden en om dat te kunnen

doen is het noodzakelijk eerst meer grip te krijgen op de inhoud zodat duidelijk wordt hoe groot de ontwikkelopgave op lokaal niveau is.

We zijn er met dit rapport natuurlijk nog niet: de uitdaging zit in het blijvend realiseren van verbetering en het oppakken van de verantwoordelijkheid hiervoor. En die opgave ligt nog voor ons. Om de juiste randvoorwaarden voor vervolg en uitvoering te kunnen organiseren, geven we in dit hoofdstuk een voorstel voor praktische vervolgstappen.





Bijlage

Er lopen verschillende initiatieven waarop aangesloten kan worden

Lopende initiatieven



Zelfevaluatietool¹

Uitgevoerd door: Toezicht Sociaal Domein, Integraal Werken in de Wijk, NJi en Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd

In de Zorg en ondersteuning Evaluatie Tool kunnen gemeenten en uitvoeringspartners inzichtelijk maken welke weg de inwoner aflegt als hij zorg of ondersteuning nodig heeft en hoe deze samenhang is. Het ondersteunt partners in het sociaal domein om het gesprek te voeren over wat goed gaat en wat er nog beter kan. Movisie heeft dit uitgebreid rondom de basisfuncties in het kader van de Verbeteragenda toegang sociaal domein.

Basisfuncties voor lokale teams²

Uitgevoerd door: VWS en ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd

De routekaart voor de basisfuncties van lokale teams is bedoeld voor beleidsmakers en beslissers bij gemeenten die zich bezighouden met de organisatie van ondersteuning en zorg voor inwoners.

De derde route moet uiteindelijk worden geïntegreerd in dit initiatief.

Verbetertraject 'Samenwerken aan een betere toegang sociaal domein'³

Uitgevoerd door: VNG, Ieder(in), Per Saldo en MIND

In dit traject gaan gemeenten, inwoners, cliënten en relevante stakeholders in gesprek. Met behulp van een zelfscan vanuit meerdere perspectieven wordt er besproken waar het beter kan in de toegang en wordt er gekozen voor verbeteropgaven.

¹ <https://www.toezichtsociaaldomein.nl/onderzoeken-en-instrumenten/zelfevaluatietool-gemeenten>

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/09/30/basisfuncties-voor-lokale-teams-in-kaart-de-route-en-componenten-onder-de-de>

³ <https://vng.nl/nieuws/verbetertraject-samenwerken-aan-betere-toegang-van-start>

Casuïstiek: ondersteuning gaat goed, kan het nog beter?

Casus Mees

Manon is een alleenstaande moeder van 39 jaar. Ze woont samen met haar zoontje Mees van bijna 9. Mees heeft een verstandelijke beperking en extra ondersteuning nodig. “Toen Mees klein was had ik al door dat er iets niet klopte. Hij kwam niet verder dan brabbelen, was onrustig en druk. Hij ging naar een peuterspeelzaal, maar dat werkte niet. Op een gegeven moment werd duidelijk dat Mees een ontwikkelachterstand heeft en niet naar het reguliere onderwijs kan. Een moeilijke boodschap.”

Op zoek naar hulp

Voor extra ondersteuning ging Manon op zoek naar hulp. ‘Via het consultatiebureau kwam ik terecht bij MEE, een maatschappelijk werker, osteopaat en een orthopedagogisch dagcentrum. Daarna kregen we ambulante opvoedondersteuning. Mees werd daar alleen maar onrustig van. Ik werd doorverwezen naar het Centrum voor Maatschappelijke Deelname. Daar werd duidelijk dat Mees complexe problematiek heeft en we langdurige ondersteuning nodig hebben. Ik kwam terecht bij het sociaal wijkteam en er moest een beschikking komen vanuit de gemeente voor de ondersteuning.’ Bij het wijkteam wordt Manon aan Sivita gekoppeld. ‘Ik was eerst huiverig, maar Sivita is geweldig. Ik had voor het eerst het idee dat er iemand naar me luisterde. We hebben samen een plan gemaakt met wat ik nodig heb en wat daarvoor moet gebeuren. Bij Sivita kan ik alles op tafel gooien. Ze heeft me bijvoorbeeld vertelt welke mogelijkheden en regelingen er zijn, ik had zelf geen idee. Het contact is heel prettig. Als ik niets van me laat horen, neemt ze vanzelf weer contact op. Ik kan echt op haar terug vallen.’

Bijzonder onderwijs

Mees was bijna 8 toen hij naar bijzonder onderwijs ging. ‘De gemeente liet me kiezen uit een paar scholen, vanwege het leerlingenvervoer. Uiteindelijk had één school mijn voorkeur, maar die vond de situatie van Mees te

complex. Gelukkig zit hij nu op een andere school, waar hij helemaal op zijn plek zit.’ Sivita: ‘Mees ging eerst maar halve dagen naar school, daarom moest Manon zelf rijden. Dat was niet vol te houden. We hebben geregeld dat hij nu ook twee dagen per week naar naschoolse opvang kan. En hij staat op de wachtlijst voor weekend en vakantieopvang.’

Huidige situatie

Manon krijgt op dit moment al een aantal jaren ondersteuning. ‘Ik kan zelf nog moeilijk rust vinden, maar zie bij Mees al wel verbetering. Als dat doorzet wordt mijn zorgtaak voor Mees wat minder en kan ik weer meer aan mezelf gaan denken. Ik wil me graag zinvoller voelen en een daginvulling zoeken.’ Het sociaal wijkteam gaat haar helpen bij die participatie. Sivita: ‘We doen wat nodig is en breken de regels als dat nodig is. Die ruimte is er bij het sociaal wijkteam en zo kunnen we maatwerk bieden.’

Reflectie op de casus

Wat gaat goed? Het is heel fijn dat er een ‘Sivita’ is om Manon te ondersteunen. Sivita luistert, helpt en doet wat nodig is. Voor Mees wordt passende ondersteuning gezocht en er wordt gezocht naar manieren om Manon te helpen met een zinvolle daginvulling.

Wat kan beter? “Manon had al vroeg in het leven van haar zoon een ‘niet pluis’ gevoel. Op dat moment had zij doorgestuurd kunnen worden naar de [integrale vroeghulp](#). Daar staat een team deskundigen klaar om uit te zoeken of er iets aan de hand is en zo ja, wat. Kind en gezin worden dan meteen op het goede spoor gezet om zo de schade zoveel mogelijk te beperken. Maar, gemeenten weten dat niet. Ze zeggen dat ze aandacht hebben voor vroegsignalering, maar integrale vroeghulp is iets anders. Er wordt veel te lang gewacht met doorverwijzen. [...] Het is heel fijn dat er Sivita’s bestaan om het gezin te ondersteunen, maar Mees heeft er ook recht op om het beste uit zichzelf te halen. Hoewel hij een ontwikkelingsachterstand heeft kan hij zich ook maximaal ontwikkelen. Dat wordt vaak vergeten.”¹

Bron: [Movisie, november 2020](#) en ¹reflectie van IederIn (via dezelfde link)

Casuïstiek: arrangementen op het snijvlak van zorg en onderwijs passen moeilijk in het huidige stelsel

Context

Elke leerling een passende plek, dat is de bedoeling van passend onderwijs. Maar helaas groeit het aantal leerlingen dat thuis komt te zitten nog altijd (momenteel zo'n 4.000¹). Op verzoek van het programma OPaZ (Ondersteuning Passend Zorgaanbod)² deed Movisie een verkenning van thuiszittersinitiatieven¹. Dit zijn plekken waar kinderen en jongeren die niet meer naar school gaan onderdak vinden, soms voor enkele uren in de week, soms voor meerdere dagen. Het gaat vaak om initiatieven die gestart zijn door ouders en zijn uitgegroeid tot kleinschalige zorginitiatieven.

Movisie omschrijft de uitkomst van het onderzoek als volgt: *“ons belangrijkste inzicht is dat er veel te leren valt van de initiatieven voor thuiszitters. Kort samengevat komt het er op neer dat ieder kind recht heeft op ontwikkeling en dat er nieuwe plekken moeten komen om dat recht op ontwikkeling in de praktijk waar te maken. Ons pleidooi is dan ook om verder te gaan en langs deze lijn vernieuwing en doorbraken in de aanpak dichterbij te brengen. Het (schijn)vraagstuk of deze jongeren in het domein van zorg dan wel onderwijs vallen moet structureel van tafel. Dan komt de weg vrij voor andere vormen van aanbod, zodat de groep die nu van ontwikkeling is verstoken, weer stappen kan zetten en uit het isolement wordt bevrijd.”*

Casus

In een regio is een vorm van zorg op het snijvlak met onderwijs via Zorg in Natura (ZIN) gecontracteerd. De regio scherpt in 2020 de kwaliteits- en inkoop-eisen aan, waardoor er in 2021 voor dit aanbod geen ruimte lijkt te zijn via ZIN. De gezinnen die van dit aanbod gebruik maken wordt verteld dat hun zorg omgezet kan worden naar een pgb. Echter ontstaat een onduidelijke situatie die in december 2020 nog steeds geen oplossing heeft: moet het met pgb gecontracteerde aanbod wel of niet voldoen aan dezelfde eisen als ZIN? De consultants van de regio/gemeenten geven hierop verschillende antwoorden. Ook moeten ouders soms lang wachten op het

ontvangen van de juiste formulieren van de gemeente (langer dan een maand) terwijl gezien de korte tijdslijn haast geboden is.

Het is inmiddels (begin 2021) duidelijk dat er toch gebruik kan worden gemaakt van dit aanbod maar dit heeft veel tijd en overleg tussen partijen gevraagd.

Reflectie op de casus

Deze casus laat zien hoe ingewikkeld het kan zijn om aanbod op het snijvlak van zorg en onderwijs een blijvende passende plek te geven. Het is belangrijk dat gemeenten sturen op kwaliteitseisen. Tegelijk moet er ook ruimte blijven voor innovatie en maatwerk-aanbod. En als eisen veranderen, moet er altijd geïnvesteerd worden in tijdige en goede communicatie.

In de derde onderwijszorgbrief van de ministeries van VWS en OCW van november 2020³ zijn proeftuinen en experimenten aangekondigd waardoor er meer ruimte komt voor onderwijszorgarrangementen voor kinderen en jongeren die nu vaak vastlopen in het onderwijs en de zorg.

Bronnen: Ervaringsverhalen gedeeld met de onderzoekers door Per Saldo en onderzoek OPaZ. Niet openbaar beschikbaar.

¹ Bron: Marjet van Houten e.a., [Leren van thuiszittersinitiatieven](#). Movisie, 2019.

² [Programma Ondersteuning passend zorgaanbod | Informatie langdurige zorg](#)

³ [Kamerbrief over onderwijs en zorg](#), 10 november 2020

Casuïstiek: escalerende complexe gedragsproblematiek

Casus

“Met autisme word je geboren, met complexe gedragsproblematiek niet. Het tweede is een gevolg van een heel moeizame schoolgang. Mijn zoon heeft 5 basisscholen gezien, daarna ging hij naar een autisme gespecialiseerde school (MAVO). Gesprekken waarin ik had aangegeven dat hij extra begeleiding nodig had, bleken nutteloos. Na twee weken escaleerde het zodanig op school dat hij geschorst werd. Het werd naar ons als ouders verschoven en wij kregen psycho-educatie. Ondertussen kregen wij ambulante hulp aan huis vanuit een pgb en ging hij elke maand een weekend logeren zodat wij thuis weer even op adem konden komen en het allemaal weer even aankonden. Hierdoor hadden we ook even tijd om onze andere 2 kinderen aandacht te kunnen geven.”

Ambulante begeleiding

“De ambulante begeleiding sloot aan bij onze hulpvragen maar was alleen voor de thuissituatie bedoeld. Het liefst zagen we uitbreiding van deze begeleiding over verschillende levensgebieden heen. Mijn zoon zat een paar weken nutteloos thuis omdat hij niet meer terug naar school mocht. De onderwijsconsulent kon niet veel meer dan ons verwijzen naar iets van praktijkonderwijs of dagbesteding. Maar dat ging buiten zijn bereik. Ondertussen daalde onze zoon neer in een diepe duisternis. Hij begreep niet waarom het op school niet lukte en niemand hem begreep.

Door escalaties op andere levensgebieden werd het voor de hulpverlener thuis ook steeds lastiger om de juiste ondersteuning te bieden. Zij had geen grip op wat elders plaatsvond omdat zij daar geen begeleiding mocht geven. Ondertussen werd er ook geen logeeropvang meer toegekend, dit zou ook wel binnen de familie opgelost kunnen worden. De gemeente vond dat resultaten onvoldoende werden behaald en vond dat de ondersteuning vanuit een instelling moest komen. Hierdoor kreeg mijn zoon weer met een teleurstelling te maken een hulpverlener waarop hij vertrouwde en bouwde viel weg alsof zijn fundering wegviel.”

Escalatie

“Mijn zoon sprong op een zonnige middag van de bank en zei: Mam, ik ga. Ik bel je nog wel. Die middag ging 10 minuten nadat hij weg was gegaan mijn telefoon. Mijn zoon was compleet overstuurd en zei me gedag. Hij kon het niet meer aan. 14 jaar oud. De politie heeft hem na enkele 112 meldingen van het spoor kunnen halen. Mijn zoon heeft in de anderhalf jaar die daarop volgde 13 instellingen gezien. Dat begon met hier en daar een nachtje of een paar dagen en eindigde in de hel.

Is er dan niemand die kan zeggen: ‘Dit is nu nodig en zo gaan we het doen!’ Daar waar eerst goede hulp vanuit een pgb voldoende was blijkt nu enorm veel zorg en ondersteuning nodig. Als eerder was geluisterd en zorg en ondersteuning vanuit een pgb uitgebreid over meerdere levensgebieden zoals onderwijs had het waarschijnlijk niet zover hoeven te komen.”

Reflectie op de casus

Wat kan beter? De oproep van de moeder die aan het woord is, is helder: “is er dan niemand die kan zeggen: dit is nu nodig en zo gaan we het doen!” De moeder vermoedde dat escalatie voorkomen had kunnen worden als eerder geluisterd en gehandeld was. Dit ervaringsverhaal is een voorbeeld van hoe de knelpunten die in dit rapport beschreven worden in de praktijk kunnen escaleren. Het onderstreept het belang van de leidende principes en het uitrollen van de routes.

Bron: Ervaringsverhalen gedeeld met de onderzoekers door Per Saldo. Opgenomen met goedkeuring van Per Saldo. Niet openbaar beschikbaar.



KPMG on social media



KPMG app

© 2021 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.