

**Specialistische Jeugd GGZ Afschalen met Behoud van Kwaliteit: Visie van Nieuwegeinse  
Professionals.**

Sofie Servaas (6949134)

Masterthesis Youth, Education and Society

Universiteit Utrecht

Juni 2021

Eerste Beoordelaar Universiteit Utrecht: Monique van Londen – Barentsen

Tweede Beoordelaar Universiteit Utrecht: Semiha Sözeri

Begeleiders Gemeente Nieuwegein: Eline van Boxtel & Marjo Volman

FETC registratienummer: 21-0708

Aantal woorden: 7981

### Abstract

**Aim:** The aim of the youth act (2015) to reduce the use of specialized youth mental health care (SJGGZ) by empowering families and strengthening less intensive youth care (LJH) has not been achieved. Instead, in the past years the duration of SJGGZ-treatment is longer and the intensity of it is higher, causing the SJGGZ waiting lists increase. This study investigates how the downscaling of intensive and/or prolonged care offered through the SJGGZ in Nieuwegein can be facilitated while maintaining or improving the quality of care. **Method:** Fourteen semi-structured qualitative interviews were conducted with SJGGZ-professionals, referrers (Social District Teams and assistant practitioners for mental health care), LJH-professionals, and one parent. **Results:** To facilitate downscaling of SJGGZ-care in Nieuwegein, more trust and better organizational coordination is necessary for improving the interprofessional collaboration between the SJGGZ, the Social District Teams and the LJH. Additionally, the resilience of families can be reinforced more and the social network can be involved more during the SJGGZ-treatment. **Discussion:** To facilitate the downscaling of SJGGZ-care changes need to be made to the SJGGZ, the Social District Team and the LJH. Policy consultants within the municipality can support these changes. Furthermore, more research needs to be conducted to investigate the effectiveness of the suggestions for improvement that stem from this research on the downscaling of SJGGZ-care.

*Keywords:* downscaling, specialized youth mental health care, interprofessional collaboration, normalization

### Samenvatting

**Doel:** Het doel ingegeven vanuit de Jeugdwet om de specialistische jeugd GGZ (SJGGZ) te verminderen door de eigen kracht van gezinnen en de lichte jeugdhulp (LJH) te versterken wordt niet gehaald. Er wordt de afgelopen jaren in de SJGGZ juist langere en intensievere zorg geboden waardoor er onvoldoende cliënten uitstromen en wachtlijsten oplopen. Daarom is onderzocht hoe het afschalen van intensieve en/of langdurige trajecten binnen de SJGGZ in de Gemeente Nieuwegein bevorderd kan worden met behoud of verbetering van de zorgkwaliteit. **Methode:** Er zijn veertien kwalitatieve

semigestructureerde interviews gehouden met SJGGZ-professionals, verwijzers (wijkteam en POH jeugd-GGZ), LJH-professionals, en een ouder. **Resultaten:** Voor het bevorderen van het afschalen van SJGGZ-zorg is er meer vertrouwen en organisatorische afstemming nodig in de interprofessionele samenwerking tussen de SJGGZ, het wijkteam en de LJH. Ook kan de eigen kracht van gezinnen worden versterkt en kan het sociale netwerk beter betrokken worden tijdens de SJGGZ-behandeling. **Discussie:** Om het afschalen van SJGGZ-zorg te bevorderen zijn veranderingen nodig bij zowel de SJGGZ, het wijkteam als de LJH. Beleidsmedewerkers van de gemeente kunnen deze veranderingen ondersteunen. Ook is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van de verbeterideeën die uit dit onderzoek zijn gekomen.

*Sleutelwoorden:* afschalen, specialistische jeugd GGZ, interprofessionele samenwerking, normaliseren

### **Specialistische Jeugd GGZ Afschalen met Behoud van Kwaliteit: Visie van Professionals**

Aanleiding voor de invoering van de Jeugdwet (2015) is het vereenvoudigen van het jeugdstelsel en het versterken van de eigen kracht van de jongere en van het zorgend en probleemoplossend vermogen van diens gezin en sociale omgeving. Een middel om dit te bereiken is het investeren in lichte jeugdhulp (LJH) waardoor het beroep op specialistische jeugd-GGZ (SJGGZ) vermindert (van Rijn & Teeven, 2013).

SJGGZ is intensieve hulp voor jeugdigen en gezinnen met een complexe hulpvraag waarbij ontwikkelings-, gedrags- en/of psychiatrische problemen een rol spelen, en/of waarbij ouders kampen met ernstige opvoedproblemen (Expertgroep BGJZ, 2017). LJH omvat de generalistische basis jeugd-GGZ (BJGGZ) en maatschappelijke ondersteuning. De BJGGZ is voor jeugdigen met lichte tot matig-ernstige psychische problematiek, met een beperking in het dagelijks functioneren in combinatie met een steunend sociaal netwerk, of waarbij herstel te verwachten is na een relatief korte of geprotocolleerde interventie. Tevens is het voor jeugdigen met een ernstige psychiatrische stoornis met stabiele problematiek en behoefte aan langdurige monitoring (GGZ Standaarden, 2020).

Maatschappelijke ondersteuning bestaat uit 1) het bevorderen van sociale samenhang, mantelzorg, vrijwilligerswerk, veiligheid en leefbaarheid en het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld; 2) het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking of psychosociale problemen; en 3) het bieden van beschermd wonen en opvang (van Rijn & Opstelten, 2018). Hieronder valt ook preventieve ondersteuning, welke vrij toegankelijke voorzieningen omvat die gericht zijn op het versterken van beschermde factoren en vroegsignalering (GGZ Standaarden, 2020; RIVM et al., 2019).

De assumptie van de Jeugdwet is dat de kosten voor de algehele jeugdhulp verminderen wanneer een verminderd beroep wordt gedaan op de SJGGZ (Friele et al., 2018). Uit de evaluatie van de Jeugdwet blijkt echter dat er geen sprake is van een vermindering van zorg geboden door SJGGZ (Friele et al., 2018) en dat door de inzet op preventie en vroeg-signalering de kosten in de meeste gevallen juist stijgen (Hildering et al., 2020).

Ook in de Gemeente Nieuwegein is de landelijke trend (Hildering et al., 2020) zichtbaar dat het gebruik van SJGGZ niet vermindert. Een beleidsdoel van de Gemeente Nieuwegein is om te voorkomen dat jeugdigen in langdurige en intensieve hulp terecht komen middels preventie en goede toeleiding naar jeugdhulp (Gemeente Nieuwegein, 2018). Uit de cijfers blijkt echter dat het versterken van de LJH niet leidt tot verminderd gebruik van SJGGZ. Er is in Nieuwegein sprake van een stijging van kosten in de SJGGZ (van 2018 tot 2019 met 15%), ondanks een zeer beperkte stijging van het aantal cliënten (2%). De behandeltrajecten bij de vier grootste SJGGZ aanbieders in Nieuwegein (Altrecht, Dokter Bosman, Psymens en Indigo) duurden in 2019 gemiddeld langer en omvatten meer uren dan in 2018 (Gemeente Nieuwegein, 2020). Hieruit blijkt dat cliënten in Nieuwegein langer in zorg blijven. Naast aandacht voor toeleiding en preventie is er dus ook aandacht nodig voor het afschalen van langdurige en/of intensieve SJGGZ-trajecten. Afschalen betekent het verminderen van de totale behandel tijd (de duur en/of intensiteit van de behandeling) met behoud van kwaliteit van zorg (Oberjé et al., 2016). Daarom staat in dit onderzoek de vraag centraal hoe, volgens betrokken professionals binnen de Gemeente Nieuwegein, het afschalen van SJGGZ-zorg bevorderd kan worden zodat het doel ingegeven vanuit de Jeugdwet om het beroep op SJGGZ-zorg te verminderen en de eigen kracht van gezinnen te versterken beter gerealiseerd kan worden.

### **SJGGZ Afschalen**

Ook binnen de internationale wetenschappelijke literatuur lijkt er weinig aandacht te zijn voor het afschalen van GGZ-zorg, terwijl meer aandacht uitgaat naar het opschalen van zorg, bijvoorbeeld in het *stepped care* model (van Straten et al., 2014). Hierbij starten cliënten met (evidence-based) laag-intensieve zorg waarbij hun voortgang wordt gemonitord en er, indien nodig, wordt opgeschaald naar intensievere zorg. Deze methode lijkt in vergelijking met reguliere GGZ-behandeling voor volwassenen even effectief of zelfs (kosten)effectiever (Araya et al., 2003; Crow et al., 2013; Ho et al., 2016; Mitchell et al., 2011; Muntingh et al., 2013; Oosterbaan et al., 2018; Seekles et al., 2011; Tolin et al., 2011; van Straten et al., 2014) waarbij cliënten sneller resultaten boeken (Oosterbaan et al., 2018). In deze studies over stepped-care wordt een gelijksoortige methode voor het stapsgewijs afschalen niet onderzocht, terwijl afschalen mogelijk ook zou kunnen leiden tot hogere (kosten)effectiviteit.

Doordat cliënten te lang in SJGGZ-zorg blijven en er dus weinig uitstroom is, komen er onvoldoende plekken vrij voor nieuwe cliënten (Zorg voor de Jeugd, 2020). Gezinnen waarvoor SJGGZ noodzakelijk is ontvangen daardoor mogelijk geen hulp en blijven op de wachtlijst. Dit is zowel onwenselijk voor de mensen met ernstige problematiek als voor de maatschappij (Beckers et al., 2018), aangezien de economische gevolgen van onbehandelde psychische aandoeningen groter zijn dan de behandelkosten ervan (Yerramilli & Bipeta, 2012). Daarnaast is langere behandeling niet altijd effectiever dan kortere behandeling (Laporte et al., 2018).

Meer onderzoek naar het bevorderen van afschalen van SJGGZ-hulp is dus gewenst. Er zijn enkele Nederlandse studies gedaan naar de belemmeringen in het afschalen van SJGGZ-zorg. Hieruit blijkt dat belemmeringen voor het afschalen van SJGGZ-zorg zijn dat er binnen de SJGGZ onvoldoende aandacht is voor het normaliseren van problemen (Hildering et al., 2020) en er onvoldoende interprofessionele samenwerking plaatsvindt (Friele et al., 2019).

### ***Normaliseren binnen de SJGGZ***

SJGGZ-professionals bieden mogelijk langer zorg dan nodig omdat zij onvoldoende aandacht hebben voor normaliseren en onvoldoende vertrouwen op de eigen kracht van mensen (Hildering et al., 2020). Normaliseren is een belangrijk doel in de Jeugdwet. Volgens de memorie van toelichting bij de Jeugdwet betekent het normaliseren van opvoedvragen dat de hulpverlening zoveel mogelijk wordt verleend in de *dagelijkse omgeving* van de jeugdige, dat wordt uitgegaan van de mogelijkheden en de behoeften van jeugdigen en hun ouders en dat hulp en ondersteuning aanvullend is aan wat ouders en jeugdigen zelf kunnen (*eigen kracht*) (van Rijn & Teeven, 2013). Psychiaters onderkennen volgens Friele et al. (2019) het belang van normaliseren, maar zijn van mening dat als een jeugdige eenmaal SJGGZ-zorg ontvangt normaliseren niet langer mogelijk is. Zo willen SJGGZ-professionals de zorg soms niet afschalen omdat ze een verantwoordelijkheidsgevoel ervaren en geen verkeerde afweging willen maken, een sterke persoonlijke betrokkenheid bij het gezin voelen, moeilijkheden ervaren in het objectief beoordelen van de behoeften van gezinnen en/of er kans is op een terugval bij de jeugdige (Hildering et al., 2020; Nootboom et al., 2020b; Zorg voor de Jeugd, 2020). Deze aspecten passen niet bij het normaliseren van problemen.

Volgens Friele et al. (2019) draagt het weer verbinden van het gezin met het eigen *sociale netwerk* bij aan het normaliseren van problemen. Couwenbergh en van Weeghel (2020) vonden dat GGZ-professionals ter preventie van chronische problematiek onvoldoende systemisch denken, onvoldoende aandacht hebben voor het creëren van de juiste context voor veranderingen in het dagelijks leven en onvoldoende gebruik maken van de veerkracht van cliënten en de eigen hulpbronnen. Factoren die gerelateerd zijn aan het informele sociale steunnetwerk van de cliënt dragen echter bij aan het afschalen van specialistische hulp naar minder intensieve behandeling (Becker et al., 2018) en aan het herstel van mensen (tussen de 16 en 84 jaar) met ernstige mentale problemen (Hendryx et al., 2009).

Om het sociale netwerk van een cliënt te versterken kunnen bijvoorbeeld vrijwilligers worden ingezet. Bij volwassenen met ernstige mentale problemen blijkt het inzetten van vrijwilligers effectief voor het vergroten van de ervaren sociale steun, het subjectieve welzijn en voor de kans op herstel (McCorkle et al., 2008; van Ginneken et al., 2013).

### ***Interprofessionele Samenwerking***

Friele et al. (2019) stelt dat een goede samenwerking tussen wijkteams en SJGGZ-aanbieders en tussen jeugdhulpaanbieders onderling kan bijdragen aan het zorgvuldig afschalen van zorg. Interprofessionele samenwerking wordt gedefinieerd als de samenwerking tussen verschillende niveaus van zorg en verschillende zorgaanbieders die in relatie tot elkaar staan en werken aan het gemeenschappelijke doel (Sapag et al., 2015) om continuïteit van zorg te creëren (Friele et al., 2019; Oxman, 2008). Met deze definitie kunnen verschillende jeugdhulporganisaties de benodigde hulp ook tegelijkertijd bieden, zoals het geval is bij integraal werken (Hetrick et al., 2017; Hildering et al., 2020). Integraal werken leidt veelal tot passende en effectieve hulp (Asarnow et al., 2015), maar kan ook juist leiden tot hogere kosten voor de jeugdhulp (Hildering et al., 2020).

Interprofessionele samenwerking wordt zowel door professionals, als door ouders en verzorgers gewaardeerd (Maehnder et al., 2020; O'Reilly, 2012). Friele et al. (2019) vond in vijf Nederlandse gemeenten dat er bij de wijkteams en gemeentes maar beperkte aandacht is voor interprofessionele samenwerking. De intentie om samen te werken is er, maar de reflex is vaak om te werken vanuit de oude sectoren en specifieke professies (Friele et al., 2019). Wanneer een gezin bijvoorbeeld gebruik

maakt van hulp vanuit verschillende domeinen wordt vaak nog per domein in isolatie een afweging gemaakt over de benodigde ondersteuning (Hildering et al., 2020). Dit komt volgens Karam et al. (2018) doordat bij samenwerking tussen verschillende organisaties de verschillen in cultuur en werkwijze, de fysieke afstand en formele paden van communicatie overbrugd moeten worden. SJGGZ-professionals noemen dat problemen in het afschalen van zorg kunnen komen door onvoldoende samenwerking en onvoldoende bekendheid met elkaar. Doordat grote aanbieders met veel gemeentes en regio's te maken hebben, weten ze vaak niet wie ze kunnen spreken (Friele et al., 2019). Voor het bewerkstelligen van interprofessionele samenwerking is het van belang dat er contact is met elkaar en er een gedeelde visie is. Daarnaast is het van belang dat professionals waardering hebben voor elkaars inzet en kennis hebben van de beschikbare middelen, van de eigen rol en de rol en het perspectief van de ander (McDonald, 2007; Ranahan & Thomas, 2016; Tsasis, 2009).

Daarnaast blijken onvoldoende beschikbaarheid van LJH als vervolgzorg, wachtlijsten bij LJH en minder goede bereikbaarheid van LJH-professionals belemmerend te zijn in de samenwerking rond het afschalen van zorg (Friele et al., 2019; Nooteboom et al., 2020b; Zorg voor de Jeugd, 2020). Ook is het afschalen naar LJH extra lastig bij complexere problematiek doordat kleine GGZ-aanbieders terughoudend zijn in het overnemen van cliënten met complexere problemen (Beerepoot et al., 2020; Friele et al., 2020).

GGZ-hulpverleners noemen tot slot dat de privacywetgeving een belemmering is voor goede samenwerking met wijkteams, huisartsen en gemeenten (Friele et al., 2019; Zorg voor de Jeugd, 2020).

### ***Nadelen van de Nadruk op Afschalen***

De nadruk op het bieden van zo licht mogelijke zorg, zoals bij zowel stepped care als het afschalen van SJGGZ-zorg, kan een risico zijn voor te late doorverwijzingen, omdat de mogelijkheden van LJH kunnen worden overschat en jeugdigen daardoor niet de benodigde gespecialiseerde hulp krijgen (Transitie Autoriteit Jeugd, 2017). Volgens GGZ-professionals kan de problematiek daardoor verergeren. (Friele et al., 2019). Daarnaast komt de toename van zwaardere zorg volgens een GGZ-aanbieder onvoldoende terug in de bekostiging (Friele et al., 2019) en kampen jeugdzorgaanbieders met capaciteitsproblemen zoals een hoog ziekteverzuim en een tekort aan geschoold personeel (Beerepoot



et al., 2020). Het gevolg is dat wachtlijsten oplopen en het langer duurt voordat jeugdigen geholpen worden (Beerepoot et al., 2020).

Een ander nadeel van het afschalen van SJGGZ-zorg naar LJH is dat gezinnen veel moeten wisselen van hulpverleners. Hierdoor is opnieuw tijd nodig de cliënt te leren kennen en moeten cliënten vaker hun verhaal vertellen (Beerepoot et al., 2020), wat bij hen tot frustratie en stress kan leiden (Jones et al., 2009). Dit terwijl continuïteit van zorg een belangrijk aspect blijkt te zijn van kwalitatief goede zorg (Biringier et al., 2017; Campbell et al., 2007) en een vertrouwensrelatie met dezelfde behandelaar cruciaal is voor het herstel van de cliënt (Le Boutillier et al., 2011).

### **Huidig Onderzoek in Nieuwegein**

In de Gemeente Nieuwegein wordt het doel om de SJGGZ-zorg te verminderen door de LJH te versterken - vergelijkbaar met de landelijke trend - niet gehaald. De focus in wetenschappelijk onderzoek en het jeugdbeleid van de gemeente Nieuwegein ligt vooral op het verbeteren van de toeleiding en het voorkomen van zorg en niet op het afschalen ervan. Ondertussen wordt er in de SJGGZ langere en intensievere zorg geboden waardoor er onvoldoende cliënten uitstromen en wachtlijsten oplopen (Transitie Autoriteit Jeugd, 2017). Daarom staat in dit onderzoek de volgende onderzoeksvraag centraal: hoe kan in de Gemeente Nieuwegein het afschalen van intensieve en/of langdurige trajecten binnen de SJGGZ bevorderd worden met behoud of verbetering van de zorgkwaliteit? Deze hoofdvraag wordt beantwoord middels de volgende deelvraag:

Wat zijn volgens SJGGZ professionals, verwijzers, ex-clieñten/ouders en LJH-professionals belemmeringen en verbeterideeën om het afschalen van SJGGZ-zorg te bevorderen op de volgende thema's: a) Normaliseren van problemen; en b) Interprofessionele samenwerking.

De verwachting is dat ook binnen de Gemeente Nieuwegein het afschalen van SJGGZ-zorg wordt belemmerd doordat er bij de SJGGZ onvoldoende aandacht is voor het normaliseren van problemen en doordat er onvoldoende interprofessionele samenwerking is tussen de SJGGZ, het wijkteam en de LJH. Dit zal worden getoetst in de interviews. Nieuw aan dit onderzoek is dat er daarnaast in een concrete context, namelijk de Gemeente Nieuwegein, wordt onderzocht welke praktische verbeterideeën volgens

alle betrokken professionals en de doelgroep mogelijk zijn om het afschalen van SJGGZ-zorg te bevorderen.

## **Methode**

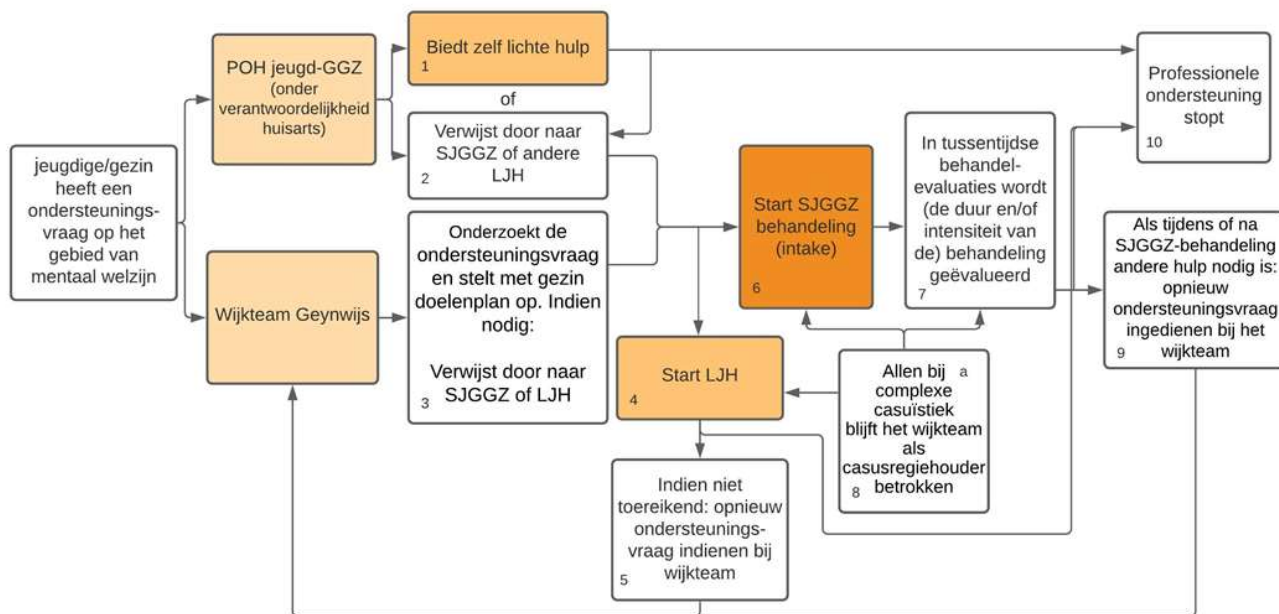
### **Type Onderzoek en Procedure**

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn elementen van de Delphi-methode (Chalmers & Armour, 2019) gebruikt. De Delphi-methode combineert wetenschappelijke kennis met de kennis en meningen van experts om consensus te vinden en beslissingen te nemen over actuele vraagstukken in meerdere rondes. Dit is ook het doel van het huidige onderzoek.

In de eerste ronde van het onderzoek zijn elf interviews gehouden met drie verwijzers (waarvan één dubbelinterview), acht SJGGZ-professionals van zeven verschillende SJGGZ-organisaties en één ouder. Deze drie groepen zijn het meest direct betrokken in het maken van beslissingen over het afschalen van SJGGZ-zorg (zie figuur 1). Zij zijn middels semigestructureerde interviews van 45 minuten gevraagd naar hun ervaringen met en verbeterideeën voor het afschalen van SJGGZ-zorg.

**Figuur 1**

Weergave van de rol van de SJGGZ, het wijkteam, de POH-jeugd-GGZ en de LJH in het proces van op- en afschalen van SJGGZ-zorg in de Gemeente Nieuwegein.



*Noot.* De cijfers geven de verschillende elementen aan in het proces van op- en afschalen. In de resultatensectie zijn deze cijfers tussen parenthesen weergegeven om aan te geven op welk moment van het op- en afschalen van SJGGZ-zorg de belemmeringen en verbeterideeën van toepassing zijn.

<sup>a</sup> Er is sprake van complexe casuïstiek: als er zorgen zijn over de veiligheid; bij afstemming tussen meerdere aanbieders in complexe situaties of een systeem waarbij gezinsleden persoonlijke problematiek hebben; om wachttijdoverbrugging te bieden bij kwetsbare situaties; als de ingezette ondersteuning niet passend genoeg is; als er complexe echtscheidingen spelen waar regie bij nodig is; of als er sprake is van dreigende dakloosheid bij een gezinslid.

De SJGGZ-professionals zijn geselecteerd op basis van de organisaties die ze vertegenwoordigen. De zeven SJGGZ-aanbieders die in 2018 tot en met 2020 de meeste jeugdigen uit Nieuwegein hebben behandeld nemen deel aan het onderzoek. Zij bieden allen hulp aan gezinnen in de regio Lekstroom en zes organisaties werken ook in gemeentes buiten de regio Lekstroom. Drie SJGGZ-

organisaties hebben een jeugdhulpvestiging in Nieuwegein. Zes SJGGZ-professionals werken ambulante, voornamelijk poliklinisch. Ze werken met verschillende leeftijdsgroepen tussen de 0 en 18 jaar. De SJGGZ-professionals zijn werkzaam als (GZ-)psycholoog, psychotherapeut, systeemtherapeut, (ortho)pedagoog, verpleegkundig hoofd, IMH-specialist, of gezinsbegeleider.

Daarnaast zijn er drie verwijzers geïnterviewd die werkzaam zijn als gedragswetenschapper of praktijkondersteuner bij de Praktijk Ondersteuner Huisarts jeugd-GGZ (POH jeugd-GGZ) of het wijkteam Geynwijs. De ouder die heeft deelgenomen aan het onderzoek heeft een kind dat zowel SJGGZ als LJH hulp heeft ontvangen en is geworven via een ervaringsdeskundigheidsgroep.

In de tweede ronde van het onderzoek zijn in een groepsinterview van 60 minuten de resultaten uit de eerste ronde voorgelegd aan twee LJH-professionals. Op deze manier is een feedbackstructuur gecreëerd over de mate van draagvlak (Delphi; Chalmers & Armour, 2019) voor de verbeterideeën uit de eerste ronde. De deelnemers zijn ambulante gezinsbegeleider of orthopedagoog in de basis-GGZ en de opvoedingsondersteuning. Ook zij zijn geselecteerd op basis van hun vertegenwoordiging van de LJH-organisaties waarmee de gemeente Nieuwegein samenwerkt. Aan alle geïnterviewden is voorafgaand aan deelname *informed consent* gevraagd.

## **Meetinstrumenten**

### ***Eerste Ronde Onderzoek***

In de eerste ronde van het onderzoek zijn de vragen in de interviews met verwijzers en SJGGZ-professionals gebaseerd op het theoretisch kader. Ook een ouder is geïnterviewd over dezelfde onderwerpen als in de interviews met de verwijzers en de SJGGZ.

*Visie op afschalen SJGGZ:* De mening is gevraagd over de aandacht voor het afschalen van SJGGZ-zorg en over de belemmeringen en successen in de huidige situatie rondom het afschalen van SJGGZ-zorg. Tevens is gevraagd naar verbeterideeën om het afschalen te bevorderen.

*Het normaliseren van problemen:* De mening is gevraagd over of het normaliseren van problemen kan bijdragen aan het afschalen van SJGGZ-zorg. Ook is gevraagd in hoeverre de SJGGZ-zorg nu in de *dagelijkse omgeving* van de jeugdige wordt geboden, of de *eigen kracht* van het gezin

wordt versterkt en of het *sociale netwerk* wordt betrokken. Vervolgens is gevraagd naar mogelijke verbeteringen op deze aspecten.

*Interprofessionele samenwerking:* Er is gevraagd of het verbeteren van deze interprofessionele samenwerking bijdraagt aan het afschalen van SJGGZ-zorg en hoe de interprofessionele samenwerking nu verloopt. Tevens is gevraagd of professionals elkaar voldoende kennen en voldoende *contact hebben*, of ze een *gedeelde visie* hebben op de problematiek en of de benodigde zorg bij *integrale samenwerking* voldoende integraal wordt afgewogen. Op deze aspecten van interprofessionele samenwerking is vervolgens gevraagd naar verbeterideeën. Tevens is gevraagd of afschalen moeilijker is bij *complexe problematiek* en wanneer er sprake is van *wachlijsten* bij aanbieders.

*Verbeterideeën:* Het interview is afgesloten met de vraag of er buiten deze aspecten nog verbeterideeën zijn voor de SJGGZ, het wijkteam en de LJH om het afschalen van SJGGZ te bevorderen.

### ***Tweede Ronde Onderzoek***

In de tweede ronde van het onderzoek - het interview met de LJH-professionals - zijn de belemmeringen en verbeterideeën uit de eerste ronde voorgelegd. Per onderwerp is de LJH-professionals gevraagd of ze de belemmeringen herkennen, wat hun mening is over de verbeterideeën, wat er volgens hen nodig is om de verbetering in de praktijk te brengen en of ze nog andere verbeterideeën hebben om de belemmeringen te verminderen.

### **Analysemethode**

Na afname zijn de interviews getranscribeerd en geanalyseerd aan de hand van Nvivo. Er is aan de hand van analytische codes (Morling et al., 2018) enerzijds geanalyseerd of de data overeenkomt met het theoretisch kader aan de hand van vooraf opgestelde labels. Anderzijds is geanalyseerd of er nieuwe of verrassende opmerkingen zijn gemaakt in de interviews. De vooraf opgestelde labels gaan over de aspecten van het normaliseren (dagelijkse omgeving, sociale netwerk en eigen kracht) en over interprofessionele samenwerking (contact met elkaar, gedeelde visie, integrale samenwerking, afschalen bij complexe problematiek en wachlijsten bij LJH). De resultaten uit zowel de eerste als de tweede ronde van het onderzoek zijn in de resultatensectie gezamenlijk weergegeven. Tevens is geanalyseerd op welke elementen in tijdspad van het op- en afschalen van zorg (zie figuur 1) verbeterideeën bedacht

zijn. In de resultatensectie zijn deze elementen met cijfers weergegeven om aan te geven op welk element de belemmeringen en verbeterideeën van toepassing is.

## **Resultaten**

### **Normaliseren**

De SJGGZ-professionals zijn niet eensgezind over de vraag of het normaliseren van problemen kan bijdragen aan het afschalen van zorg. Drie SJGGZ-professionals benadrukken dat normaliseren niet altijd mogelijk is, bijvoorbeeld omdat de problemen volgens de professional niet normaal zijn of omdat er sprake is van zeer kwetsbare mensen. Ook zijn er drie SJGGZ-professionals die zeggen dat er al veel aandacht is voor het normaliseren van problemen en dat hier weinig verbetering in mogelijk is. Toch zijn er volgens de LJH-professionals, verwijzers en vier SJGGZ-professionals wel verbeteringen mogelijk op de onderstaande aspecten.

### ***Dagelijkse Omgeving***

**Belemmeringen.** De ouder heeft de ervaring dat de thuisbehandelaar vergeleken met poliklinische behandeling beter in staat was om vertrouwen te creëren en een goede diagnose te stellen. Meerdere professionals geven echter aan dat ze geen hulp bieden in de thuissituatie. Twee SJGGZ-professionals noemen dat het vooral bij complexe problematiek beter is om op de polikliniek hulp te bieden, omdat het gezin daarmee meer geactiveerd wordt en het gemakkelijker is om over de onderliggende problematiek te praten. Ook scheelt het reistijd waardoor er meer gezinnen op één dag geholpen kunnen worden. Opvallend is dat drie SJGGZ-professionals regelmatig via het wijkteam een andere organisatie vragen voor opvoedingsondersteuning in de thuissituatie (9).

**Verbeterideeën.** Slechts één SJGGZ-professional noemt dat de organisatie zelf thuisbegeleiding wil gaan bieden.

### ***Eigen Kracht***

**Belemmeringen.** Vier SJGGZ-professionals en één LJH-professional noemen dat gezinnen soms met de behandeling door willen gaan omdat ze nog problemen ervaren, terwijl de SJGGZ-professional van mening is dat de behandeling kan stoppen. Goede nazorg is dan ook van belang (10).

Eén professional noemt verder dat het niet lukt om minder te diagnosticeren aan de hand van de DSM-classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) omdat scholen, wijkteams of LJH's vragen om een DSM-diagnose voordat ze hulp bieden.

**Verbeterideeën.** Eén van de professionals ervaart echter dat wanneer de hulpverlener moet stoppen vanwege persoonlijke omstandigheden, gezinnen vaak wel voldoende zelfredzaam zijn om zonder hulpverlening verder te gaan, terwijl ze eerder niet met de behandeling wilden stoppen. Als verbeteridee wordt genoemd om tijdig een datum te plannen voor de beëindiging van de behandeling (7) en al in het begin van de behandeling naar het gezin duidelijke verwachtingen te scheppen over de tijdelijkheid van de hulp en dat een LJH-aanbieder het gaandeweg mogelijk over zal nemen (6). Volgens één SJGGZ-professional helpt het ook om vooraf duidelijke, afgebakende doelen op te stellen (6). Een SJGGZ-professional heeft positieve ervaringen met de inzet van een strippenkaart (10):

*We werken ook soms aan de hand van een strippenkaart. Dan zeggen we nou oké het gaat nu goed, maar veel ouders of kinderen vinden het heel spannend om het helemaal gelijk af te sluiten. Dan zeggen van nou, we houden het nog 2 maanden open en je mag 3 keer bellen om een afspraak te maken. Gebeurt dat niet, dan sluiten we over 2 maanden af. Dus dan hebben ze nog even die mogelijkheid omdat ze het dan heel spannend vinden om direct af te sluiten. Maar dan zet je dus ook mensen in hun eigen kracht, omdat ze dan zelf aan de bel moeten trekken als er iets aan de hand is. En dan blijken er in eens veel minder problemen te zijn dan wanneer je zelf door gaat, want je kan altijd nog wel wat vinden.*

Een LJH-professional is positief over dit idee omdat het kan voorkomen dat een jeugdige weer een nieuw SJGGZ-traject moet starten bij terugval (9). Een ander noemt dat het wel van belang is dergelijke strippenkaart niet meerdere keren te verlengen en zorg ook echt af te sluiten.

### **Sociale Netwerk**

**Belemmeringen.** De SJGGZ-professionals betrekken het netwerk door wekelijkse gesprekken met ouders, door met de jeugdigen te bespreken wie kan ondersteunen of door ook zelf actief andere netwerkleden te betrekken, zoals de school, kinderopvang en vrijwilligers. Eén professional noemt dat

hulpverleners soms de neiging hebben om zorg te veel over te nemen. Drie SJGGZ-professionals geven aan dat het soms lastig is het netwerk te betrekken omdat ouders dit weigeren of omdat geen netwerk beschikbaar is. Een andere professional noemt echter dat het altijd mogelijk is netwerkleiden te vinden die betrokken kunnen worden.

De geïnterviewden zijn verdeeld over de inzet van vrijwilligers om zo het netwerk van een gezin te versterken. Een SJGGZ-professional zegt dat vrijwilligers goed ingezet kunnen worden voor het bieden van praktische ondersteuning, maar niet om de SJGGZ-zorg eerder af te schalen. Een andere SJGGZ-professional zoekt liever naar een persoon in het informele netwerk dan naar vrijwilligers. Twee SJGGZ-professionals en een verwijzer ervaren de inzet van vrijwilligers wel als positief maar maken er nog weinig gebruik van. Voor één professional is onduidelijk welke mogelijkheden hiervoor zijn.

**Verbeterideeën.** Alle geïnterviewden onderschrijven het belang van het betrekken van het netwerk. Vier geïnterviewden noemen dat het sociale netwerk soms nog beter betrokken kan worden, bijvoorbeeld door de inzet van Jouw Ingebrachte Mentor (JIM) en eigenkrachtconferenties. Eén professional zegt al regelmatig vrijwilligers in te zetten. Twee SJGGZ-professionals zien het als een taak van het wijkteam om vrijwilligers in te zetten en het sociale netwerk te betrekken (3,8,9). Een wijkteammedewerker vindt echter dat de SJGGZ vaker dergelijke voorstellen aan het wijkteam kan voorleggen.

### **Interprofessionele Samenwerking: SJGGZ - Wijkteams**

#### ***Vertrouwen***

**Belemmeringen:** Er is niet altijd een gedeelde visie over de aandacht voor het afschalen van SJGGZ-zorg. De verwijzers en vier SJGGZ-professionals zien het afschalen van SJGGZ-zorg als een middel om de eigen kracht van het gezin te versterken, hulp zoveel mogelijk in de dagelijkse omgeving te bieden, de kosten houdbaar te houden, te zorgen voor een goede doorstroom van cliënten of om te voorkomen dat cliënten lang moeten wachten op vervolgzorg. Er zijn echter ook SJGGZ-professionals die minder positief zijn. De nadruk op het afschalen van SJGGZ-zorg leidt volgens twee SJGGZ-professionals tot wantrouwen vanuit het wijkteam naar de SJGGZ. Een verwijzer noemt dat het gesprek over financiën misschien te weinig wordt gevoerd, terwijl volgens vier SJGGZ-professionals het



financiële aspect van de jeugdhulp prioriteit lijkt hebben boven de behandelinhoud. Zo noemt één SJGGZ-professional:

*En het gevoel dat wij als hulpverlening soms hebben, en dat is niet lullig bedoeld naar sociale teams, maar door die structuur krijg je een soort wrijving dat wij moeten verantwoorden dat het werk wat wij doen wel echt goed is... Dus er ontstaat toch een soort van wantrouwen waar je voor je gevoel heel hard moet werken voordat je de financiering kan krijgen, dat je de zorg mag bieden.*

Ook moet volgens drie SJGGZ-professionals niet vergeten worden dat afschalen niet altijd mogelijk is omdat langdurige behandeling (meerdere jaren) nodig is vanwege complexe problematiek. Daarbij is de vraag gesteld of professionals ook het idee hebben dat de problematiek zwaarder wordt. Volgens enkele geïnterviewden worden de zorgvragen van gezinnen zwaarder door de coronapandemie en/of doordat er vaker sprake is van vechtscheidingen. Anderen noemen dat hulpvragen bij de SJGGZ zwaarder worden doordat de LJH meer zorgvragen op zich neemt en doordat de SJGGZ zich meer richt op onderliggende problematiek in plaats van symptoombestrijding.

Daarnaast is er soms geen gedeelde visie over de benodigde hulp. Het wijkteam wil soms lichtere zorg dan de SJGGZ adviseert (3). Twee professionals zijn van mening dat het vaak beter is om te starten met intensievere zorg en dit vervolgens af te schalen in plaats van andersom. Een verwijzer heeft juist de ervaring dat de SJGGZ soms te lichte hulp adviseert (9).

Andere genoemde belemmeringen zijn het grote verloop van medewerkers waardoor het lastig is vertrouwen op te bouwen en het volgens twee SJGGZ-professionals gebrek aan kennis over psychiatrische problematiek bij wijkteammedewerkers waardoor ze advisezen van de SJGGZ niet goed overnemen.

**Verbeterideeën:** Vier SJGGZ-professionals en één verwijzer noemen expliciet dat een goede samenwerking met het wijkteam van belang is voor het afschalen van SJGGZ-zorg. Voor deze samenwerking is het volgens de geïnterviewden nodig dat professionals elkaar kennen en persoonlijk

contact met elkaar hebben. Elkaar kennen zorgt voor gemakkelijker onderling contact, meer vertrouwen in elkaars expertise, een betere overdracht en minder dubbelop werk.

Drie SJGGZ-professionals en een verwijzer denken dat de samenwerking tussen het wijkteam en de SJGGZ verbetert als er vaker werkoverleg is over de onderlinge verwachtingen, aangezien deze per wijkteam verschillen. Twee andere SJGGZ-professionals noemen echter dat algemeen overleg over de samenwerking niet nuttig is, maar overleg op casusniveau wel. Een belemmering hierbij is volgens verwijzers dat het lastig is om een overleg te plannen met de SJGGZ. Vooral bij grotere SJGGZ-organisaties loopt het contact veelal via het secretariaat en niet rechtstreeks met de behandelaar.

Tevens vinden twee SJGGZ-professionals het wenselijk als het wijkteam voorafgaand aan het afgeven van een beschikking eerst overlegt met de SJGGZ-behandelaar om te bespreken of er ook gelijktijdig opvoedingsondersteuning ingeschakeld moet worden en om de behandeldoelen gezamenlijk te bespreken (3). Nu stelt het wijkteam volgens één SJGGZ-professional soms met het gezin doelen op die niet altijd passend zijn, waardoor het gezin verkeerde verwachtingen heeft over de SJGGZ-behandeling (3).

### ***Organisatorische Afstemming***

**Belemmeringen:** Een veelvuldig genoemde belemmering in het afschalen van SJGGZ-zorg is dat het wijkteam niet participeert tijdens het SJGGZ-traject. Hierdoor is het moeilijker om een gedeelde visie te hebben op de problematiek en de benodigde hulp. Ook moet er, wanneer andere hulp nodig is, steeds opnieuw een aanmelding gedaan worden wat veel tijdrovende verslaglegging met zich meebrengt (9). Twee SJGGZ-professionals vinden dat het wijkteam in Nieuwegein minder vaak betrokken is dan in andere gemeentes (8). De betrokkenheid van het wijkteam stopt vaak wanneer de SJGGZ start. Hiervan is volgens de SJGGZ voornamelijk sprake bij minder complexe casuïstiek (8).

Daarnaast is een belemmering dat het wijkteam zelf geen hulp biedt. Hierdoor moeten gezinnen vaker wisselen van hulpverlener. Dit terwijl zes SJGGZ-professionals, één verwijzer en een LJH-professional noemen dat ouders/jeugdigen soms niet willen afschalen omdat ze niet van hulpverlener willen wisselen. Redenen hiervoor zijn dat ze (eindelijk) tevreden zijn over de huidige behandeling en/of

behandelrelatie, omdat ze de hoogst mogelijk expertise willen of omdat ouders bang zijn dat de vervolghulp te licht zal zijn en opschalen bij moeilijke situaties niet mogelijk is door wachtlijsten.

Ook is het volgens de SJGGZ de taak van het wijkteam om een actieve casusregie te hebben bij integrale hulp (8). Een verwijzer, SJGGZ- en LJH-professional geven aan dat deze regierol niet altijd voldoende actief wordt ingevuld. Het wijkteam kan de regierol volgens een LJH-aanbieder alleen goed uitvoeren als het ook een behandelrelatie heeft met het gezin. Naast goede casusregie noemt een LJH-professional dat er bij integrale hulp te weinig samenwerking is met de hulpverlening van ouders en dat er soms teveel verschillende hulpverleners bij een gezin worden betrokken zonder dat de effectiviteit hiervan kritisch wordt afgewogen.

Volgens meerdere professionals zijn er capaciteitsproblemen bij het wijkteam waardoor ze niet actiever betrokken kunnen worden. Drie SJGGZ-professionals zeggen dat ze ook zelf actiever het wijkteam zouden kunnen betrekken. Een andere reden die vaker wordt genoemd voor afwezigheid van het wijkteam is dat de verwijzing verloopt via de huisarts (2). Wanneer de SJGGZ de jeugdige dan aanmeldt bij het wijkteam om LJH aan te vragen, komt deze eerst op een wachtlijst (9). Een verwijzing van de huisarts heeft ook als nadeel dat deze weinig zicht heeft op de sociale kaart in de gemeente en dat deze soms weinig informatie geeft over de problematiek en hulpverleningsgeschiedenis. Hierdoor is de SJGGZ langer bezig om dit goed in kaart te brengen.

**Verbeterideeën:** Alle SJGGZ-professionals willen dat het wijkteam actiever betrokken is bij de SJGGZ-intake, tijdens de SJGGZ-behandeling en daarna. Vooral aanwezigheid bij de tussentijdse behandelevauaties is gewenst omdat het wijkteam de SJGGZ dan alert kan houden op het afschalen van zorg en kan meedenken over de beste vervolgzorg in die gemeente (7).

Wanneer het wijkteam daarnaast niet alleen de toeleiding naar zorg bewerkstelt, maar ook zelf hulp biedt, hoeft een gezin minder te wisselen van hulpverlener. De wijkteammedewerker kan dan (langdurige) monitoring en coaching bieden na afloop van een SJGGZ-behandeling ter preventie van een mogelijke terugval. Doordat de wijkteammedewerker bij het gehele hulpverleningsproces betrokken is kan deze een vertrouwensrelatie opbouwen en gemakkelijker casusregie voeren. Ook kost het zoeken naar LJH minder tijd en worden wachtlijsten bij de LJH omzeild zodat de SJGGZ-behandeling eerder

kan stoppen. Volgens meerdere professionals past deze manier van werken ook beter bij de visie van de Jeugdwet.

Om goede casusregie te voeren kan het volgens een SJGGZ-professional en een LJH-professional helpend zijn om de digitale tool van Psynet in te zetten (8). Hiermee hebben ouders de regie, worden de betrokken hulpverleners in kaart gebracht en kunnen zij laagdrempelig contact met elkaar hebben. LJH-aanbieders noemen ook dat de verwijzindex een middel is om te zien welke partners betrokken zijn. Eén LJH-aanbieder noemt het nadeel van dergelijke tools dat ze onvoldoende gebruikt worden en daarmee niet nuttig zijn.

### **Interprofessionele Samenwerking: SJGGZ – LJH**

#### ***Vertrouwen***

**Belemmeringen:** De ouder heeft de ervaring dat er onvoldoende expertise is over bepaalde diagnostiek bij de SJGGZ, terwijl dit wel aanwezig is bij de LJH. Drie SJGGZ-professionals missen echter bij de LJH soms expertise in het omgaan met bepaalde diagnoses of in het voldoende betrekken van gezinssystemen (9, 4). Volgens SJGGZ-professionals is tevens een belemmering voor het afschalen van SJGGZ-zorg dat LJH-aanbieders sommige complexe problematiek niet willen overnemen, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van suïcidaliteit, systeemproblemen of bij kinderen onder de zes jaar. Een SJGGZ-professional noemt echter dat ook zij jongeren met suïcidale gedachten weigeren. Daarnaast weigeren niet alle LJH-aanbieders jongeren met suïcidaliteit, zo is dit voor de POH-JGGZ geen belemmering voor overname.

Uit de antwoorden van de SJGGZ-professionals lijkt er naast onvoldoende expertise ook onvoldoende vertrouwen te zijn in elkaars expertise. Wellicht komt dit doordat de overdracht van SJGGZ naar LJH niet altijd goed verloopt doordat via verslaglegging wordt gecommuniceerd in plaats van persoonlijk contact. Ook de privacywetgeving is volgens de geïnterviewden een belemmering voor een goede overdracht, omdat bij weigering van ouders het wijkteam of het (in)formele sociale netwerk niet betrokken kan worden of doordat geen uitgebreide overdracht gegeven kan worden. Tot slot geven een SJGGZ- en LJH-professional aan dat de overdracht van de SJGGZ naar de LJH soms onvoldoende toereikend is wanneer deze via het wijkteam loopt (9).

**Verbeterideeën:** Vijf professionals willen meer van elkaars expertise gebruikmaken door bij complexe problematiek multidisciplinaire overleggen te houden of door laagdrempelig beschikbaar voor elkaar te zijn ter consultatie. Een LJH-professional noemt dat dergelijke consultatie kan helpen in het omgaan met complexe problematiek. Ook kan het voorkomen dat een jeugdige opnieuw bij de SJGGZ moet worden aangemeld en met een nieuwe hulpverlener te maken krijgt. Ook kan de LJH de SJGGZ coachen op het beter betrekken van het netwerk. Daarnaast vindt een verwijzer het wenselijk dat SJGGZ-organisaties flexibeler zijn in het bieden van hulp aan gezinnen. Volgens een SJGGZ-professional en twee LJH-professionals is een belemmering hierbij echter dat financiering voor consultatie alleen mogelijk is wanneer een nieuwe beschikking aangevraagd wordt bij het wijkteam. Door de administratieve last is er een te hoge drempel om hiervan gebruik te maken. Een LJH-professional ervaart het dan ook positief dat een SJGGZ-professional voor hun een vast aantal uur per week beschikbaar is voor consultatie. Ook zou een hulpverlener consultatie van een andere professional aan willen kunnen vragen zonder tussenkomst van het wijkteam (9).

Om na afschalen de ervaringen van de SJGGZ-behandelaar mee te kunnen nemen tijdens de LJH-begeleiding, willen drie geïnterviewden dat er na het afschalen blijvend contact is tussen de hulpverleners. Ook helpt het als de LJH al start voordat de SJGGZ stopt (9). Hiervoor zijn de wachtlijsten echter wel een belemmering. Daarnaast hebben twee SJGGZ-professionals en een LJH-professional de wens om een gezamenlijke intake te houden met zowel de betrokken SJGGZ, het wijkteam en de LJH bij de start van de LJH- of SJGGZ-behandeling (9, 4). Een LJH-professional noemt daarbij wel de voorwaarde dat hier dan ook het sociale netwerk bij aansluit.

Tevens is het helpend dat, wanneer het gezin in zorg was bij een LJH-aanbieder, deze ook tijdens de SJGGZ-behandeling betrokken blijft, zodat gemakkelijker naar deze LJH afgeschaald kan worden (5, 6). Zo zegt de POH jeugd-GGZ monitoring en coaching te kunnen bieden na het afschalen van SJGGZ-zorg mits zij ook de verwijzer waren en dus al een behandelrelatie hebben opgebouwd met de cliënt (1).

Tot slot wordt door de SJGGZ het verbeteridee genoemd om (LJH-)teams te organiseren die bestaan uit professionals van verschillende disciplines. Een SJGGZ-professional geeft voor dergelijke teams het volgende voorbeeld:

*Omdat Utrecht stad af wilde van al die zorgaanbieders ... werken ze eigenlijk nog maar met één partij. ... Nu is het zo: in heel de stad ben je of verbonden aan KOOS of Spoor030. In die teams ... zitten heel veel verschillende mensen met expertise op verschillend gebied. Ja en dat is natuurlijk wat je nodig hebt. Als je wilt afschalen dan heb je expertise nodig. Ook al is het laagdrempelig, eerstelijns, vrijwillig, opvoedingsondersteuning, hé, opvoedingsinformatie. Je moet van heel veel markten thuis zijn. Je gaat het echt niet redden met één wijkpedagoog.*

Het voordeel hiervan is dat er van elkaars expertise geleerd kan worden. Een nadeel is volgens een LJH-professional echter dat hierdoor teveel specialistisch in plaats van generalistisch gewerkt gaat worden.

### ***Organisatorische Afstemming***

**Belemmeringen:** De aanwezigheid van wachtlijsten wordt door elf geïnterviewden genoemd als een belemmering voor het afschalen van SJGGZ-zorg. Door wachtlijsten bij de LJH kan de SJGGZ-zorg niet op tijd worden afgeschaald (3, 4, 9). Als alternatief wordt er daarom soms te lichte hulp door het wijkteam ingezet. Eveneens is er een terughoudendheid bij de SJGGZ om af te schalen door de wachtlijsten bij de SJGGZ, omdat het daardoor niet mogelijk is om bij een crisis of terugval weer op te schalen naar SJGGZ (3, 5, 6). Volgens een LJH-professional is het door de wachtlijsten extra belangrijk dat een jeugdige direct bij de juiste jeugdhulporganisatie wordt aangemeld, omdat aanmelding bij een andere organisatie vaak tot dubbele wachttijd leidt (2, 3). Tot slot worden wachtlijsten bij het wijkteam als belemmering genoemd om snel te kunnen schakelen tussen soorten hulpverlening (3, 5, 9).

Een andere belemmering is volgens SJGGZ-professionals en de ouder dat er onvoldoende geschikt LJH-aanbod is. Vier geïnterviewden missen voldoende langdurige LJH, zoals thuisbegeleiding of woonvoorzieningen. De ouder noemt het belang hiervan voor het afschalen van SJGGZ-zorg. Bij dit gezin is SJGGZ niet meer nodig doordat ze langdurige, laag intensieve zorg met expertise over de

diagnose ontvangt. Ook is er onvoldoende maatschappelijk aanbod, een SJGGZ-professional licht dit toe:

*Ik denk ook zoiets maatschappelijks als een zorgboerderij weet je wel, dagbesteding, laagdrempeliger beginnen met sporten. Dat je niet gelijk in een ingewikkeld team hoeft waar je moet presteren, maar waar je weer de lol daarvan mag ontdekken met andere jongeren die dat ook ingewikkeld vinden. Zulk soort meer maatschappelijk aanbod vind ik soms lastig te vinden.*

Een andere belemmering is dat er in de verschillende gemeentes een *veelheid is aan LJH-aanbieders*. Hierdoor heeft de SJGGZ zelf geen zicht op alle beschikbare hulp in de verschillende gemeentes waar het werkzaam is.

**Verbeterideeën:** Een SJGGZ-professional noemt dat wachtlijsten soms omzeild kunnen worden door al eerder in het behandeltraject LJH aan te vragen (7, 9). Daarnaast zou het volgens vier SJGGZ-professionals en de twee verwijzers ideaal zijn als de SJGGZ een terugnamegarantie kan bieden, waardoor het gezin bij een terugval snel opnieuw door de SJGGZ geholpen kan worden, wat de drempel om SJGGZ-zorg af te schalen lager maakt(5).

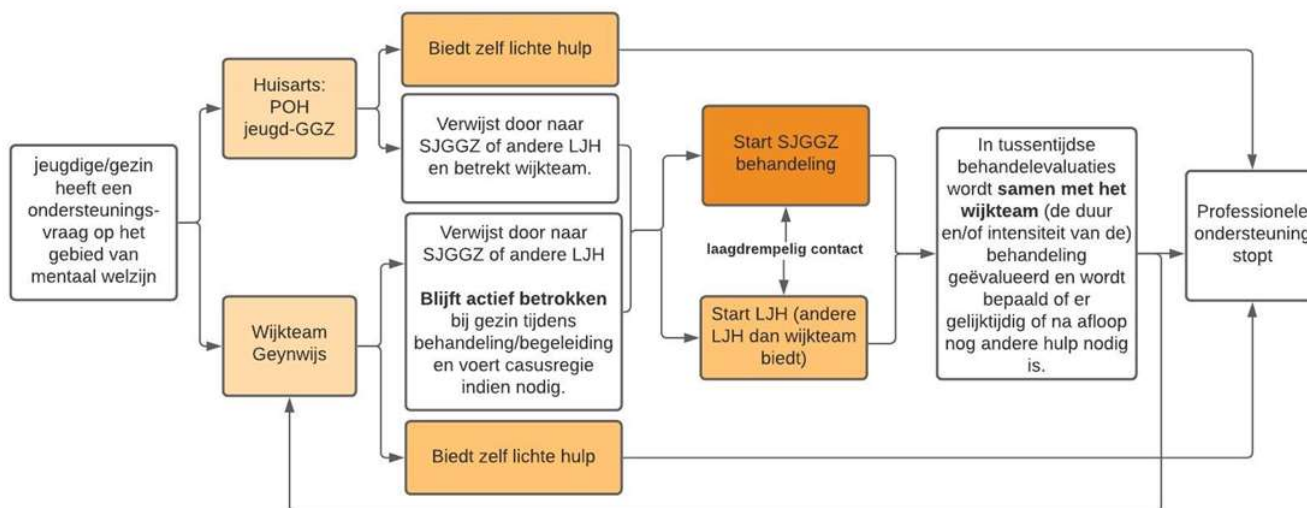
Voor een minder versnipperd LJH-aanbod zou een duidelijkere sociale kaart helpen en is actieve betrokkenheid van een wijkteammedewerker met kennis over het LJH-aanbod in de gemeente van belang (8).

## Discussie

In tegenstelling tot de assumptie van de Jeugdwet (Friele et al., 2020) verminderd het beroep op de SJGGZ-zorg in de Gemeente Nieuwegein niet door het versterken van de LJH. Daarom staat in dit onderzoek de vraag centraal hoe volgens betrokken professionals en de doelgroep het afschalen van de intensieve en/of langdurige trajecten binnen de SJGGZ-zorg bevorderd kan worden met behoud of verbetering van de zorgkwaliteit. In figuur 2 is weergegeven hoe het op- en afschalen van SJGGZ zou verlopen als de genoemde verbeteringen uit de interviews zouden worden doorgevoerd.

**Figuur 2**

*Hypothetische weergave van de rol van de SJGGZ, het wijkteam, de POH-jeugd-GGZ en de LJH in het proces van op- en afschalen van SJGGZ-zorg in de Gemeente Nieuwegein, na het doorvoeren van de genoemde verbeterideeën in de interviews.*



### Normaliseren

SJGGZ-professionals zijn niet eenduidig of het normaliseren van problemen bijdraagt aan het afschalen van SJGGZ-zorg. Wel zijn ze van mening dat er voldoende aandacht is voor het normaliseren van problemen. Dit is tegenstrijdig met Hildering et al. (2020), welke stelt dat onvoldoende aandacht bij SJGGZ-professionals voor het normaliseren van problemen een belemmering is in het afschalen van SJGGZ-zorg. Uit de antwoorden van SJGGZ-professionals lijkt het waarschijnlijk dat, net zoals Friele et al. (2019) stelt, de SJGGZ-professionals wel het belang van normaliseren onderkennen, maar de kansen voor normaliseren niet zien door de aanname dat normaliseren en afschalen van zorg niet mogelijk is bij complexe problematiek. Toch zijn er door verwijzers en een enkele SJGGZ-professionals een aantal verbeterideeën genoemd voor het normaliseren van problemen. Deze sluiten aan op de verbeterideeën voor interprofessionele samenwerking, welke hieronder worden besproken.

### Interprofessionele Samenwerking SJGGZ en Wijkteam

Zoals verwacht is onvoldoende interprofessionele samenwerking een belemmering in het afschalen van SJGGZ-zorg. Zowel verwijzers, SJGGZ- als LJH-professionals willen dat de



samenwerking tussen de SJGGZ en de wijkteams verbetert. Zoals Friele et al. (2019) ook stelt is de intentie om samen te werken aanwezig, maar is de reflex nog vaak om te werken vanuit de oude sectoren en specifieke professies. Voor betere samenwerking is volgens zowel de SJGGZ-professionals als onderzoek van Tsasis (2009) *meer vertrouwen* in elkaar nodig. Overeenkomstig met onderzoek van Ranahan & Thomas (2017), Nootboom et al. (2020a) en Koelen et al. (2012) blijkt uit de interviews dat betere samenwerking, meer vertrouwen in elkaar en een meer gedeelde visie kan worden bereikt door *meer persoonlijk contact* en *meer uitwisseling over de wederzijdse verwachtingen*, voornamelijk op casusniveau. Enkele SJGGZ-professionals hebben daarbij de visie dat het vaak beter is om te starten met intensievere zorg en dit vervolgens af te schalen in plaats van andersom. Deze visie komt echter niet overeen met het stepped care model (van Straten et al., 2014).

Volgens de SJGGZ kan de samenwerking verbeteren als *een vaste wijkteammedewerker actief betrokken* is tijdens het hulpverleningsproces door overleg te hebben voorafgaand aan het afgeven van de beschikking, aanwezig te zijn bij de intake en behandelbeoordelingen van de SJGGZ-behandeling en door na afloop van de behandeling zelf monitoring en coaching te bieden. Op dit moment blijft er alleen een wijkteammedewerker als casusregisseur betrokken bij de SJGGZ-behandeling als er sprake is van complexe casuïstiek (zie figuur 1) (Gemeente Nieuwegein, 2021). Door meer betrokkenheid kan het wijkteam de SJGGZ alert houden op afschalen en normaliseren, bijvoorbeeld door het *sociale netwerk te versterken* middels de inzet van JIM, eigenkrachtconferenties of vrijwilligers.

Wanneer het *wijkteam zelfhulp biedt* hoeft het gezin minder te wisselen van hulpverlener, wordt het versnipperde LJH-aanbod beperkt en worden de jeugdhulptrajecten volgens Hildering et al. (2020) goedkoper omdat de tarieven voor wijkteammedewerkers gemiddeld lager liggen en het lokaal team eerder afschaalt (Hildering et al., 2020). Tevens kan het wijkteam een actieve regierol hebben bij integrale hulp. Hierbij kan het helpend zijn om af te stemmen middels een *digitale tool*. Volgens Karam et al. (2018) is echter het risico bij een dergelijke tool dat het niet aansluit op de behoefte van professionals waardoor er weerstand bij hen is om de tool te gebruiken. Wanneer daarnaast de wijkteams bestaan uit verschillende specialismen in één team kan er meer laagdrempelige zorg worden geboden en

kan de samenwerking tussen professionals worden versterkt doordat er meer onderling contact en waardering voor elkaar is (Nootboom et al., 2020a; Rousseau et al., 2017).

### **Interprofessionele Samenwerking SJGGZ en LJH**

Voor een betere samenwerking tussen de SJGGZ en de LJH is de wens om het onderlinge contact te verbeteren en zo het afschalen van SJGGZ-zorg te bevorderen. Geïnterviewde SJGGZ-professionals ervaren een gemis aan expertise bij sommige LJH-aanbieders om bepaalde (systeem)problematiek over te nemen. Dit zou kunnen duiden op het ontbreken van waardering voor elkaars inzet en rol, een van de aspecten van goede interprofessionele samenwerking (McDonald, 2007; Ranahan & Thomas, 2016; Tsisis, 2009). Als oplossing voor deze belemmering wordt meer uitwisseling van expertise voorgesteld in de vorm van *multidisciplinaire overleggen* en *consultatie*. Dergelijke samenwerking kan volgens van den Steene et al. (2018) inderdaad bijdragen aan het beter aankunnen van complexere casuïstiek.

Ook wordt het afschalen volgens geïnterviewden bevorderd als er een *terugnamegarantie* door de SJGGZ kan worden geboden. Mogelijk kan dit in de vorm van een *strippenkaart* waarin het gezin voor een bepaalde tijd voor een bepaald aantal afspraken de SJGGZ kan inschakelen na het afsluiten van de behandeling. Op deze manier wordt de drempel verlaagd om bij kans op terugval af te schalen en wordt de eigen kracht van het gezin versterkt. Tevens is de wens van de SJGGZ dat er *na het afschalen contact* blijft tussen de hulpverleners en dat LJH al start voordat de SJGGZ stopt.

Tot slot wordt het afschalen van SJGGZ-zorg bevorderd wanneer er voldoende beschikbare langdurige LJH (waaronder woonvoorzieningen) en maatschappelijk ondersteuningsaanbod is dat voor SJGGZ-aanbieders goed te vinden is middels een duidelijke sociale kaart. Het gemis aan maatschappelijk ondersteuningsaanbod wijst op een wens om een *pedagogische civil society* (de Winter, 2011) te creëren waarin burgers in de eigen sociale netwerken en het publieke domein de verantwoordelijkheid delen rond het opgroeien en opvoeden van kinderen in de vorm van informele wederzijdse sociale steun en informele sociale controle (Kesselring et al., 2013).

### **Sterke Kanten en Limitaties**

Innovatief aan dit onderzoek is dat er binnen een specifieke context, de Gemeente Nieuwegein, interviews zijn gehouden met alle partijen die betrokken zijn bij het afschalen van SJGGZ-zorg. Hiermee is enerzijds getoetst of de internationale/landelijke literatuur toepasbaar is in de praktijk. Anderzijds is onderzocht voor welke praktisch toepasbare verbeterideeën draagvlak is bij de uitvoerende professionals.

Wel is voorzichtigheid geboden in het trekken van bindende conclusies vanwege de beperkte onderzoeksgroep. Er zijn per SJGGZ-organisatie maximaal twee behandelaren geïnterviewd. Ook zijn geen managers gesproken. Dit zou een reden kunnen zijn waarom niet meer organisatorische verbeteringen voor het bewerkstelligen van interprofessionele samenwerking zijn genoemd, zoals gezamenlijke training, commitment van het management, protocollen, een verbindende persoon en het werken vanuit dezelfde locatie (Cooper et al. 2016). Tevens is door de beperkte onderzoeksgroep het perspectief van LJH-professionals en ouders onderbelicht.

### **Implicaties voor Praktijk en Onderzoek**

Zowel de SJGGZ, de wijkteams, als de LJH kunnen bijdragen aan het versterken van de interprofessionele samenwerking en daarmee het bevorderen van het afschalen van SJGGZ-zorg. Wanneer deze samenwerkingsrelaties eenmaal zijn gecreëerd is het gemakkelijker om ook samenwerking te bewerkstelligen op nieuwe onderwerpen (Koelen et al., 2012). Ook beleidsmakers bij de gemeente hebben hierin een rol door het verspreiden van positieve ervaringen en door kleinschalige projecten met elkaar in contact te brengen. Daarbij is het belangrijk dat de beleidsmaker bekend is met de werkwijze en taal van beide organisaties om zo vertrouwen tussen hen te bevorderen Super et al. (2020).

Om zicht te krijgen op de daadwerkelijke effectiviteit van de verbeterideeën op het bevorderen van het afschalen van SJGGZ-zorg is vervolgonderzoek nodig. Het is aan te bevelen om de verbeterideeën geïsoleerd van elkaar in de praktijk te brengen en middels een pre-/posttest-onderzoek te onderzoeken of na invoering van het verbeteridee meer jeugdigen uitstromen uit de SJGGZ en of de behandelduur en/of intensiteit korter is.

Concluderend is voor het bevorderen van het afschalen van SJGGZ-zorg van belang dat het vertrouwen en de organisatorische afstemming tussen SJGGZ-professionals, verwijzers en LJH-professionals verbetert. Wanneer er betere interprofessionele samenwerking is wordt het hulpverleningstraject een meer op elkaar aansluitend geheel in plaats van een aaneenschakeling van geïsoleerde trajecten (zie figuur 2). Hierdoor wordt de eigen kracht van gezinnen versterkt, kunnen er meer cliënten (tijdig) van de GGZ gebruikmaken en wordt er voldaan aan de doelstellingen van de Jeugdwet.

### Referenties

- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G., & Peters, T. J. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: A randomised controlled trial. *The Lancet*, *362*(9362), 995-1000. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12825-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12825-5)
- Asarnow, J. R., Rozenman, M., Wiblin, J., & Zeltzer, L. (2015). Integrated medical-behavioral care compared with usual primary care for child and adolescent behavioral health: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *169*(10), 929-937. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1141>
- Beckers, T., Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., & Tiemens, B. (2018). Potential predictive factors for successful referral from specialist mental-health services to less intensive treatment: A concept mapping study. *PLoS ONE*, *13*(6), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199668>
- Beerepoot, R., Heuzels, L., & van der Hoeve, R. (2020). *Duur jeugdhulptrajecten: Ambtelijk overleg Beleidsinformatie jeugd*. I&O research. <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2020D24515&did=2020D24515>
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1-15. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Campbell, S. M., Gately, C., & Gask, L. (2007). Identifying the patient perspective of the quality of mental health care for common chronic problems: A qualitative study. *Chronic Illness*, *3*(1), 45-65. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1177/1742395307079193>
- Chalmers, J., & Armour, M. (2019). The Delphi technique. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences* (pp. 715-735). Springer Nature Singapore Pte Ltd. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/978-981-10-5251-4>
- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people's mental health: A systemic review of outcomes, facilitating factors end inhibiting factors. *Child: Care, Health and Development*, *42*(3), 325-341. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/cch.12322>

- Couwenbergh, C., & van Weeghel, J. (2020). Prevention of stagnation and recovery processes and chronic problems in mental health care patients: A field consultation among Dutch experts. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(1), 18-26. <https://www-tijdschriftvoorpsychiatrie-nl.proxy.library.uu.nl/assets/articles/62-2020-1-artikel-couwenbergh.pdf>
- Crow, S. J., Agras W. S., Halmi, K. A., Fairburn, C. G., Mitchell, J. E., & Nyman, J. A. (2013). A cost effectiveness analysis of stepped care treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 302-307. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/eat.22087>
- Day, C. (2011). Child and adolescent service experience (ChaSe): Measuring service quality and therapeutic process. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 452-464. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/j.2044-8260.2011.02008.x>
- De Winter, M. (2011). *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding: Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding*. Uitgeverij SWP.
- Expertgroep BJZ. (2017). *Passende zorg en behandeling voor jeugdigen*. VNG. [https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2017/201703\\_handreiking\\_passende\\_zorg\\_bgzj\\_jeugd.pdf](https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2017/201703_handreiking_passende_zorg_bgzj_jeugd.pdf)
- Friele, R. D., Bruning, M. R., Bastiaanssen, I. L. W., de Boer, R., Buckx, A. J. E. H., de Groot, J. F., Pehlivan, T., Rutjes, L., Sondeijker, F., van Yperen, T. A., & Hageraats, R. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie*. ZonMw. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/30/rapport-eerste-evaluatie-Jeugdwet>
- Friele, R. D., Hageraats, R., Fermin, A., Bouwman, R., & van der Zwaan, J. (2019). *De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: Een onderzoek naar de knelpunten en kansen*. Nivel. [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/De\\_jeugd\\_GGZ\\_na\\_de\\_Jeugdwet.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/De_jeugd_GGZ_na_de_Jeugdwet.pdf)
- Gemeente Nieuwegein. (2018). *Sociaal Domein: Beleidskader jeugd 2018-2022*. <https://api1.ibabs.eu/publicdownload.aspx?site=Nieuwegein&id=79ea506f-4c93-42e9-bcb1-07b17dc66cc7>
- Gemeente Nieuwegein. (2020). *Grip op Jeugdhulp: Analyse jeugdhulp 2019 Nieuwegein* [Intern document]. Beleidsteam Jeugd Gemeente Nieuwegein.

- Gemeente Nieuwegein (2021). *Werkinstructie casusregie* [Intern document]. Geynwijs Gemeente Nieuwegein.
- GGZ Standaarden. (2020). *Generieke module: Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ*. [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project\\_43d561a9-56b4-4907-ae5d-c6b6dd8878df\\_landelijke-samenwerkingsafspraken-jeugd-ggz\\_\\_authorized-at\\_14-03-2019.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_43d561a9-56b4-4907-ae5d-c6b6dd8878df_landelijke-samenwerkingsafspraken-jeugd-ggz__authorized-at_14-03-2019.pdf)
- Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36, 320-329. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/s11414-008-9151-1>
- Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Malla, A., Matthias, S., Singh, S. P., O'Reilly, A., Verma, S. K., Benoit, L., Fleming, T. M., Moro, M. R., Rickwood, D. J., Duffy, J., Eriksen, T., Illback, R., Fisher, C. A., & McGorry, P. D. (2017). Integrated (one-stop shop) youth health care: Best available evidence and future directions. *The Medical Journal of Australia*, 207(10), S5-S18. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.5694/mja17.00694>
- Hildering, A., Niessen, I., de Nooijer, A., van Schoubroeck, C., Schoonenberg, D., Lustermaans, G., van Helmond, C., Groen, L., Hemmelder, V., van den Broek, T., & Jansen, R. (2020). *Stelsel in groei: Onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg*. Andersson Elffers Felix. <https://vng.nl/sites/default/files/2020-12/stelsel-in-groei-een-onderzoek-naar-financiele-tekorten-in-de-jeugdzorg-def.pdf>
- Ho, F. Y. Y., Yeung, W. F., Ng, T. H. Y., & Chan, C. S. (2016). The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 6(1), 1-10. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1038/srep29281>
- Jones, I. R., Ahmed, N., Catty, J., McLaren, S., Rose, D., Wykes, T., & Burns, T. (2009). Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers. *Social Science & Medicine*, 69(4), 632-639. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.015>

- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systemic review of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Koelen, M. A., Vaandrager, L., & Wagemakers, A. (2012). The healthy alliances (HALL) framework: Prerequisites for success. *Family Practice*, 29, i132-i138. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1093/fampra/cmz088>
- Laporte, L., Paris, J., Bergevin, T., Fraser, R., Cardin, J. F. (2018). Clinical outcomes of a stepped care program for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 12(3), 252-264. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/pmh.1421>
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Maehder, K., Löwe, B., Härter, M., Heddaeus, D., von dem Knesebeck, O., & Weigel, A. (2020). Psychotherapists' perspectives on collaboration and stepped care in outpatient psychotherapy: A qualitative study. *PloS ONE*, 15(2), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228748>
- McCorkle, B. H., Rogers, E. S., Dunn, E. C., Lyass, A., & Wan, Y. M. (2008). Increasing social support for individuals with serious mental illness: Evaluating the Compeer model of intentional friendship. *Community Mental Health Journal*, 44, 359-366. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/s10597-008-9137-8>
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., McKinnon, M., Paguntalan, H., & Owens, D. K. (2007). *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Agency for Healthcare Research Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
- Mitchell, J. E., Agras, S., Crow, S., Halmi, K., Fairburn, C. G., Bryson, S., Kreemer, H. (2011). Stepped care and cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 391-397. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082172>



- Morling, B., Carr, D., Heger Boyle, E., Cornwell, B., Correll, S., Crosnoe, R., Freese, J., Waters, M. C. (2018). *Research Methods in psychology: Evaluating a world of information (3<sup>e</sup> druk)*. W. W. Norton & Company.
- Muntingh, A., van der Feltz-Cornelis, C., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Assendelft, W., de Waal, M., Adèr H., & van Balkom, A. (2013). Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 37-44. <https://doi.org/10.1159/000353682>
- Nooteboom, L. A., Kuiper, C. H. Z., Mulder, E. A., Roetman, P. J., Eilander, J., Vermeiren, R. R. J. M. (2020a). What do parents experts in de 21th century? A qualitative analysis of integrated youth care. *International Journal of Integrated Care*, 30(3), 1-13  
<https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.5419>
- Nooteboom, L. A., van den Driesschen, S. I., Kuiper, C. H. Z., Vermeiren, R. R. J. M., & Mulder, E. A. (2020b). An integrated approach to meet the needs of high-vulnerable families: A qualitative study on integrated care from a professional perspective. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(18), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00321-x>
- Oberjé, E., Tanke, M., van Dijk, W., & Jeurissen, P. (2016). De relatie tussen behandelduur en behandel succes in de GGZ. *Celsius Academie voor Betaalbare Zorg*.  
<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.20492.31366>
- Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J. P. M., Terluin, B., Hogendoorn, A. W., Peyrot, W. J, Muntingh, A., & van Balkom, A. J. L. M. (2018). Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 132-139. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.125211>
- O'Reilly, M., Vostanis, P., Taylor, H., Day, C., Street, C., & Wolpert, M. (2012). Service user perspectives of multiagency working: A qualitative study with children with educational and mental health difficulties and their parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), 202-209. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00674.x>

- Oxman, A. D., Bjørndal, A., Flottorp, S. A., Lewin, S., & Lindahl, A. K. (2008). *Integrated health care for people with chronic conditions: A policy brief*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. [https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2378094/NOKCnotat\\_2008\\_Oxman.pdf?sequence=1](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2378094/NOKCnotat_2008_Oxman.pdf?sequence=1)
- Ranahan, P., & Thomas, T. (2016). Mental health literacies for interprofessional collaboration: Youth workers' perspectives on constraining and supporting factors. *Canadian Journal of Community Mental Health, 35*(3), 69-81. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2016-039>
- RIVM, Trimbos-instituut, & Amsterdam-UMC. (2019). *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*. [https://www.rivm.nl/sites/default/files/2019-05/011281\\_120429\\_RIVM%20Brochure%20Mentale%20Gezondheid\\_V7\\_TG.pdf](https://www.rivm.nl/sites/default/files/2019-05/011281_120429_RIVM%20Brochure%20Mentale%20Gezondheid_V7_TG.pdf)
- Rousseau, C., Pontbriand, A., Nadeau, L., & Johnson-Lafleur, J. (2017). Perception of interprofessional collaboration and co-location of specialist and primary care team in youth mental health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*(3), 198-204. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5642459/pdf/ccap26\\_p0198.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5642459/pdf/ccap26_p0198.pdf)
- Sapag, J. C., Rush, B., & Ferris, L. E. (2015). Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: Contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expectations, 19*(1), 152-159. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/hex.12338>
- Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2011). Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. A randomized controlled trial. *Trials, 12*(171), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-171>
- Super, S., Klerkx, L. W. A., Hermens, N., & Koelen, M. A. (2020). A multilevel transition perspective on embedding intersectoral action in local health policies. *Health Promotion International, 1*-12. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1093/heapro/daaa131>
- Tolin, D. F., Diefenbach, G. J., & Gilliam, C. M. (2011). Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A preliminary study of efficacy and costs. *Depression and Anxiety, 28*(4), 314-323. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/da.20804>

- Transitie Autoriteit Jeugd. (2017). *Zorgen voor de jeugd: Derde jaarrapportage*.  
<https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=f91754ff-f194-4825-8557-61baa12fae9f&title=Zorgen%20voor%20de%20jeugd.pdf>
- Tsasis, P. (2009). The social processes of interorganizational collaboration and conflict in nonprofit organizations. *Nonprofit Management & Leadership*, 20(1), 5-21. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/nml.238>
- van den Steene, H., van West, D., & Glazemakers, I. (2019). Collaboration between child and adolescent psychiatry and child welfare for adolescent girls with multiple and complex needs: An evaluation by adolescents, (step)parents, and professionals. *Residential Treatment for Children & Youth*, 36(3), 192-219. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1080/0886571X.2018.1517287>
- van Ginneken, N., Tharyan, P., Lewin, S., Rao, G. N., Meera, S. M., Pian, J., Chandrashekar, S., & Patel, V. (2013). Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological, and substance-abuse disorders in low- and middle- income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1-204. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1002/14651858.CD009149.pub2>
- van Rijn, M. J., & Opstelten, I. W. (2018, 19 juli). Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Overheid. <http://wetten.overheid.nl/1.0:c:BWBR0035362&g=2018-07-19>
- van Rijn, M. J., & Teeven, F. (2013, 4 juli). *Kamerstuk 33684, nr. 3 | Regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet); Memorie van toelichting*; Overheid.  
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33684-3.html>
- van Straten, A., Hill, J., Richards, D. A., & Cuijpers, P. (2014). Stepped care treatment delivery for depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(2), 231-245.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291714000701>

Yerramilli, S. S. R. R., & Bipeta, R. (2012). Economics of mental health: Part 1 – economic consequences of neglecting mental health – an Indian perspective. *Archives of Mental Health*, 13(2), 80-86. [https://www.amhonline.org/temp/ArchMentHealth13280-7177507\\_195615.pdf](https://www.amhonline.org/temp/ArchMentHealth13280-7177507_195615.pdf)

Zorg voor de Jeugd (2020). *Vierde voortgangsrapportage: Actieprogramma zorg voor de jeugd*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/05/31/vierde-voortgangsrapportage-actieprogramma-zorg-voor-de-jeugd>