Eindrapport

Onderzoek decentralisaties jeugdhulp gemeente Maassluis

Colofon

gemeente Maassluis

Rekenkamercommissie Maassluis
Versie: eindrapport
Datum: 15 maart 2018

Partners+Pröpper
Ing. P. (Peter) Struik MBA
H. (Hilda) Sietsema

Achtergrond van het onderzoek

Op 1 januari 2015 zijn taken in het sociale domein aan de gemeenten overgedragen, waaronder jeugdhulp. Deze decentralisatie kent twee fasen: een transitie en een transformatie. De transitie betreft de feitelijke overdracht van verantwoordelijkheden, taken en financiële middelen van het rijk en de provincie naar de gemeente. De transformatie houdt in dat de hulp- en zorgverlening er anders uit zal gaan zien. Belangrijke uitgangspunten zijn gegeven vanuit de motieven van de rijksoverheid:

1. **Preventie** en uitgaan van **eigen verantwoordelijkheid** en **eigen mogelijkheden** van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociaal netwerk.
2. **De-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren** door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopgaven en peuterspeelzalen.
3. Eerder de **juiste hulp op maat bieden** met aandacht voor (kosten)effectiviteit van de geboden hulp. *Met dit laatste wordt bedoeld precies passende hulp: dus niet te zwaar (dure specialistische hulp en zorg) maar ook niet te licht (met als gevolg een stapeling van hulp).*
4. **Integrale hulp aan gezinnen** volgens het uitgangspunt één gezin, één plan en één regisseur.
5. Meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door **vermindering van regeldruk**.

"De decentralisatie moet ertoe bijdragen dat de eigen kracht, het sociale netwerk en de voorzieningen in een gemeente beter worden benut. Het accent zal steeds liggen op participatie in de samenleving."

(Bron: Regeerakkoord Rutte II, Bruggen Slaan, 29 oktober 2012, p. 24).

Vraagstelling

Centrale vraag

Waar staat de gemeente Maassluis ten aanzien van de transformatie van de jeugdhulp, en wat is nog nodig om de doelen te realiseren?

Deelvragen

1. Welke doelstellingen op het gebied van de transformatie van de Jeugdhulp heeft de gemeenteraad vastgesteld?

2. Welke weg is aangelegd om de toegang tot zorg- en hulpverlening en de samenwerking met het netwerk van maatschappelijke partners en zorgaanbieders goed toe te snijden op de realisatie van de doelen?
   a. Welke voorwaarden heeft het gemeentebestuur reeds ingevuld om de doelen van de transformatie daadwerkelijk te realiseren?
   b. Welke voorwaarden moet het gemeentebestuur nog invullen en wat sluit wel of niet aan op de regionale transformatieagenda 2017-2018?

3. Hoe zorgt de gemeente voor voldoende innovatie en benut daarbij ook het netwerk van samenwerkende gemeenten, maatschappelijke partners en zorgaanbieders?

4. Heeft de raad zicht op de realisatie van de doelen van de transformatie en de voortgang rondom de invulling van voorwaarden om de doelen te kunnen realiseren?

5. Welke voorstellen tot verdere ontwikkeling en verbetering van het beleid, de uitvoering en de politiek-bestuurlijke sturing kunnen op grond van het onderzoek gedaan worden?

Aanpak

Aanpak via een toekomstgericht en participatief onderzoek

Het onderzoek staat enerzijds in het teken van evaluatie van **ervaringen tot heden**: wat is tot nu toe wel of niet gerealiseerd op het gebied van Jeugdhulp en wat kunnen wij hiervan leren met oog op de toekomst?

Anderzijds draagt het onderzoek bij aan het realiseren van ambities op langere termijn. Ervaringen in het verleden leren dat een langere periode van vijf tot tien jaar nodig is om een decentralisatie goed op te pakken (zie noot 1). Daarom staat de vraag centraal: wat is nog nodig om de doelen van de transformatie te realiseren? In dat licht is het onderzoek te typeren als een **realisatiegericht** onderzoek (toekomstgericht), zie voor nadere toelichting deel IV. Dat betekent concreet:

- Partijen die een bijdrage leveren aan de realisatie van de transformatie zijn betrokken in het onderzoek. In 'werkateliers' is samen gekeken naar wat al gerealiseerd is en wat nog nodig is. Ook is in werkateliers voortgebouwd op materiaal uit voorgaande werkateliers. Zo is gaandeweg het onderzoek een gedeeld beeld ontstaan over wat nog nodig is voor de realisatie van het eindbeeld wat de gemeente voor ogen heeft.
- De rekenkamercommissie is in dit onderzoek minder 'normerend' te werk is gegaan. De norm bestaat immers uit het gewenste eindbeeld van de gemeente zelf. De rekenkamercommissie heeft vooral getoetst of er een gedeeld beeld is van dat eindbeeld en de weg er naar toe, en als dat niet het geval is hoe dat gedeelde beeld tot stand zou kunnen komen. Dit geeft handvatten voor de raad hoe grip te houden op het proces.

Noot 1: *voorbeelden zijn: Stadsvernieuwing en volkshuisvesting (jaren '80), leerlingenvervoer (1987), voorzieningen voor gehandicapten via de Wet voorziening gehandicapten (1994), onderwijshuisvesting Primair en Voortgezet Onderwijs (1997), onderwijsachterstandenbeleid via de Wet gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid (1998), (bijzondere) bijstand en arbeidsinschakeling via Wet Werk en Bijstand (2003), welzijnstaken in de Welzijnswet en later de Wmo (2007).*

Leeswijzer

Dit rapport bevat vijf delen en 12 blz.

Deel I en Deel II is de kern van het onderzoek en kan los van de overige delen gelezen worden:

Deel I: en conclusies, aanbevelingen bouwstenen voor een ontwikkelagenda.
Deel II: kernbevindingen.

Deel III omvat detailinformatie. Alle bijdragen van deelnemers aan werkateliers zijn hier opgenomen.

In deel IV is een lijst met respondenten en deelnemers opgenomen alsmede een nadere toelichting op realisatiegericht onderzoek.

In deel V is de reactie op de ambtelijke verificatie en bestuurlijk wederhoor op dit rapport opgenomen.

Conclusies

Conclusie 1: wat is de stand van zaken?

Vraag 1: wat zijn de doelstellingen van Maassluis op het gebied van de transformatie?

De gemeente Maasssluis heeft zich als eerste ten doel gesteld dat na de decentralisatie jeugdigen de zorg kunnen houden die zij nodig hebben en kunnen krijgen via een toegankelijk loket van de gemeente. Met andere woorden: de zorg die cliënten nodig hebben continueren. Dit wordt ook wel de fase van **transitie** genoemd.

Ten tweede heeft de gemeente doelen gesteld voor de **transformatie** van de jeugdzorg. Daarbij volgt Maassluis de landelijke doelen (zie ook hiervoor de achtergrond van het onderzoek), namelijk:

1. Preventie en vroegsignalering en uitgaan van eigen mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociaal netwerk.
2. De-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopgaven en peuterspeelzalen.
3. Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan en één regisseur. De juiste mix van hulp en zorg op maat bieden.
4. Meer ruimte voor jeugdprofessionals en vermindering regeldruk.

Vraag 2a: welke weg is aangelegd en wat is het resultaat?

De gemeente Maassluis is erin geslaagd om een infrastructuur op te bouwen waarmee de hulp- en zorgvragen van cliënten na de decentralisatie van de jeugdzorg zijn gecontinueerd en waarmee ook nieuwe vragen van cliënten kunnen worden ingevuld. Met andere woorden: er zijn geen cliënten tussen wal en schip zijn geraakt.

De toegang is ingericht

De toegang is gerealiseerd met de inrichting van het wijkteam Vraagraak. Er is een breed gedragen beeld dat Vraagraak goed werk verricht, met veel respect voor hetgeen tot op heden is gerealiseerd. Vraagraak is een team wat bestaat uit professionals met verschillende expertises waardoor integrale ondersteuningsplannen aan cliënten worden geboden. Vraagraak is niet de enige toegang tot hulp en zorg, ook huisartsen en gecertificeerde instellingen verwijzen cliënten door naar specialistische zorgaanbieders.

De hulp- en zorgverlening is ingekocht

Alle benodigde aanbieders van hulp en zorg zijn gecontracteerd. In de eerste drie jaar op basis van te leveren producten en diensten (aanbodgerichte bekostiging). Vanaf 2018 zijn de contracten meer gericht op te leveren resultaten (resultaatgerichte bekostiging). ROGPlus verzorgt het contractmanagement en de administratie.

Er is samenwerking in een complex netwerk

Binnen de jeugdzorg is er samenwerking tussen gemeenten onderling, tussen gemeente en zorgaanbieders, tussen verschillende toegangskanalen, tussen toegangskanalen en signaleerders en tussen zorgaanbieders onderling. Kortom een complex netwerk waar de gemeente Maassluis een regisserende rol speelt. In de zin dat de gemeente streeft naar samenhang in dat netwerk, en daar ook op stuurt teneinde de doelen van de transformatie te kunnen realiseren.

Vraag 3: hoe zorgt de gemeente voor innovatie?

Binnen de regionale samenwerking (GR Jeugdhulp Rijnmond) is een regionale transformatieagenda opgesteld. Vanuit die agenda worden projecten aangejaagd en gefinancierd met oog op het realiseren van de doelen van de transformatie. Het college en de ambtelijke organisatie van Maassluis hebben een stimulerende invloed gehad op de ontwikkeling van de innovatieagenda.

Conclusie 2: wat is nog nodig?

Vraag 4: heeft de raad voldoende zicht op de realisatie van doelen?

De raad heeft onvoldoende zicht op doelrealisatie. Er is wel zicht op de uitvoeringsprestaties van de toegang en de hulp- en zorgaanbieders. Dat zijn vooral prestaties op uitvoerend niveau zoals instroom, doorstroom, wachttijden, kosten et cetera. Er is bij de raad echter geen structureel zicht in hoeverre de doelen van de transformatie worden gerealiseerd. Daar wordt wel op regionaal en subregionaal niveau aan gewerkt, maar tot op heden heeft dat voor de raad nog niet geleid tot een verbetering van het zicht.

Ook is de raad onvoldoende bekend met de regionale transformatieagenda en de stand van zaken rondom die agenda. De raad heeft geen structureel overzicht over welke voorwaarden nog moeten worden ingevuld om de doelen van de transformatie te realiseren. Het zicht is fragmentarisch en het is voor de raad niet helder wie een bijdrage levert aan innovatie.

Vraag 2b: welke voorwaarden moeten nog worden ingevuld?

De benodigde structuren/organen en samenwerkingsverbanden zijn inmiddels wel ingericht. Het ontbreekt op onderdelen echter nog aan een samenhangende en door alle spelers in het netwerk gedeelde werkwijze en informatievoorziening om de doelen van de transformatie te kunnen realiseren.

Dat belemmert vooral de realisatie van de volgende doelen:

1. **Preventie en vroegsignalering.** Verschillende netwerkpartners spelen hierbij een belangrijke rol, denk aan het Centrum voor Jeugd en Gezin, huisartsen, scholen en verenigingen. Er spelen echter nog allerlei belemmeringen die het doorpakken op serieuze signalen in de weg staan (het zogenaamde 'outreachend' werken).
   Denk aan wetgeving op het gebied van privacy zodat informatie niet gedeeld kan worden met anderen, ouders die vooraf toestemming moeten geven om een vervolgtraject te starten, maar ook het überhaupt niet weten welke signalen vragen om acties en wie daarop zou moeten doorpakken.
2. **Passende zorg door maatwerk.** Het wijkteam Vraagraak is nog niet in staat om in alle gevallen voldoende maatwerk te bieden wat nodig is om de zorgplannen voor cliënten samen te stellen. Er zijn in dit onderzoek veel verschillende suggesties gedaan of aandachtpunten benoemd om dit te verbeteren. Zoals:
   - Vraagraak meer ruimte en mandaat te geven om aan de voorkant de juiste zorgmix te kunnen aanbieden, waarbij het benutten van eigen kracht en het sociaal netwerk van cliënten maar ook het normaliseren van problematiek een onderdeel is.
   - Taken/verantwoordelijkheden tussen Vraagraak en ketenpartners verduidelijken.
   - Werkprocessen en een uniforme werkwijze verder uit te werken: hoe maatwerk tot stand komt en welke criteria daarbij worden gehanteerd.
   - Verschillende beleidsterreinen slim met elkaar verbinden in het kader van integraal werken.
   - De samenwerking met belangrijke ketenpartners vastleggen in een overkoepelend convenant.
   - De mix van regionale en lokale aanbieders optimaliseren: een goede en juiste mix tussen grote en kleinere lokale aanbieders.
   - Effectiever sturen op resultaat van hulp en zorg, in plaats van aanbod.
   - Cliënten betrekken bij de ontwikkeling van Vraagraak via een cliëntenraad.
3. **Continuïteit in de overgang van 18- naar 18+.** Een werkwijze samen met netwerkpartners ontwikkelen hoe deze overgang zo soepel als mogelijk te laten verlopen teneinde te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip geraken.

Aanbevelingen

Aanbevelingen

Vraag 5: welke voorstellen tot verdere ontwikkeling kunnen worden gedaan?

Aanbeveling aan de raad

Formuleer kaders waaraan een samenhangend dashboard richting de raad tenminste aan moet voldoen. Doe dit zelf of vraag het college om de raad zo spoedig als mogelijk daartoe in stelling te brengen met een raadsvoorstel. Het dashboard moet tenminste bestaan uit drie verschillende lagen, waardoor de samenhang zichtbaar wordt:

- **Laag 1 Maatschappelijke effecten**: de doelen van de transformatie en de mate van realisatie van die doelen. Dit kan bestaan uit een mix van kwantitatieve informatie maar ook kwalitatieve informatie.
- **Laag 2 Uitvoeringsprestaties**: operationele informatie over de normen en prestaties van de toegang en die van zorghulpaanbieders. Denk aan instroom, doorverwijzingen, wachtlijsten, uitstroom, kosten et cetera. Waarbij de informatie ook wordt voorzien van een zinvolle duiding/verklaring en trends. Bijvoorbeeld: wat zegt een wachtlijst van x cliënten? Hoe ontstaat die wachtlijst en vormt het een probleem? Groeit de wachtlijst of neemt het toe, en waarom?
- **Laag 3 Innovatie/ verbetermaatregelen en samenwerking/middelen**: waar liggen de accenten (in samenhang met laag 1 en 2) op verbetermaatregelen en innovatie en welke middelen worden hiervoor ingezet? Wie voert de verbetermaatregelen uit in het netwerk en wie innoveert?

Door de gelaagdheid van het dashboard ontstaat ook een heldere rol- en taakverdeling tussen raad en college. De raad kan zijn aandacht, ten aanzien van zijn kaderstellende en controlerende rol, meer richten op de eerste laag: de maatschappelijke effecten of doelen van de transformatie. Het college op de tweede laag: de uitvoeringsprestaties. Voor laag 3 'Innovatie' kan de raad zich richten op de vraag op welke innovaties de gemeente inzet wil plegen en een bijdrage wil leveren (financieel, materieel, personeel et cetera). Het college kan zich vervolgens richten op de regie en uitvoering van innovatieve projecten. Dit mede via de lopende regionale samenwerkingsagenda, dus in samenwerking met andere gemeenten en partners in het zorgnetwerk.

Aanbeveling aan het college

1. Lever in opdracht van de raad het hierboven genoemde dashboard. Ontwikkel het dashboard samen met de toegang en de partners in het zorgnetwerk. Benut de informatiepositie van individuele partners en maak die tot een gezamenlijk en samenhangend geheel. Dit kan onderdeel uitmaken van een samenwerkingsconvenant en/of -contracten die worden afgesloten.
2. Organiseer regelmatig beeldvormende sessies met de raad en de partners in het zorgnetwerk over de resultaten - op basis van het dashboard.
3. Heroverweeg samen met Vraagraak de ruimte, het mandaat , de doorzettingsmacht en de flexibiliteit die Vraagraak nodig heeft om een passende zorgmix aan te kunnen bieden en maatwerk te kunnen leveren. Betrek daarbij de in dit onderzoek opgehaalde suggesties (zie conclusies vraag 2b).
4. Er zijn drie verschillende directe toegangskanalen tot hulp en zorg: Vraagraak, huisartsen en gecertificeerde instellingen. Dat is op zichzelf geen probleem maar maak scherper waar raakvlakken zijn, onderlinge afstemming nodig is en waarom en hoe dit kan. Met als doel de toegangskanalen elkaar te laten versterken.
5. Bouw de komende jaren met partners in het netwerk verder aan een gezamenlijke ontwikkelagenda (de regionale samenwerkingsagenda is hiertoe al een goede aanzet). Orden die agenda langs logische en samenhangende bouwstenen en maak ook de lokale accenten voor Maassluis zichtbaar, denk daarbij aan de accenten die uit dit onderzoek zijn voorgekomen: preventie/vroegsignalering, passende zorg/maatwerk en de overgang 18- en 18+.

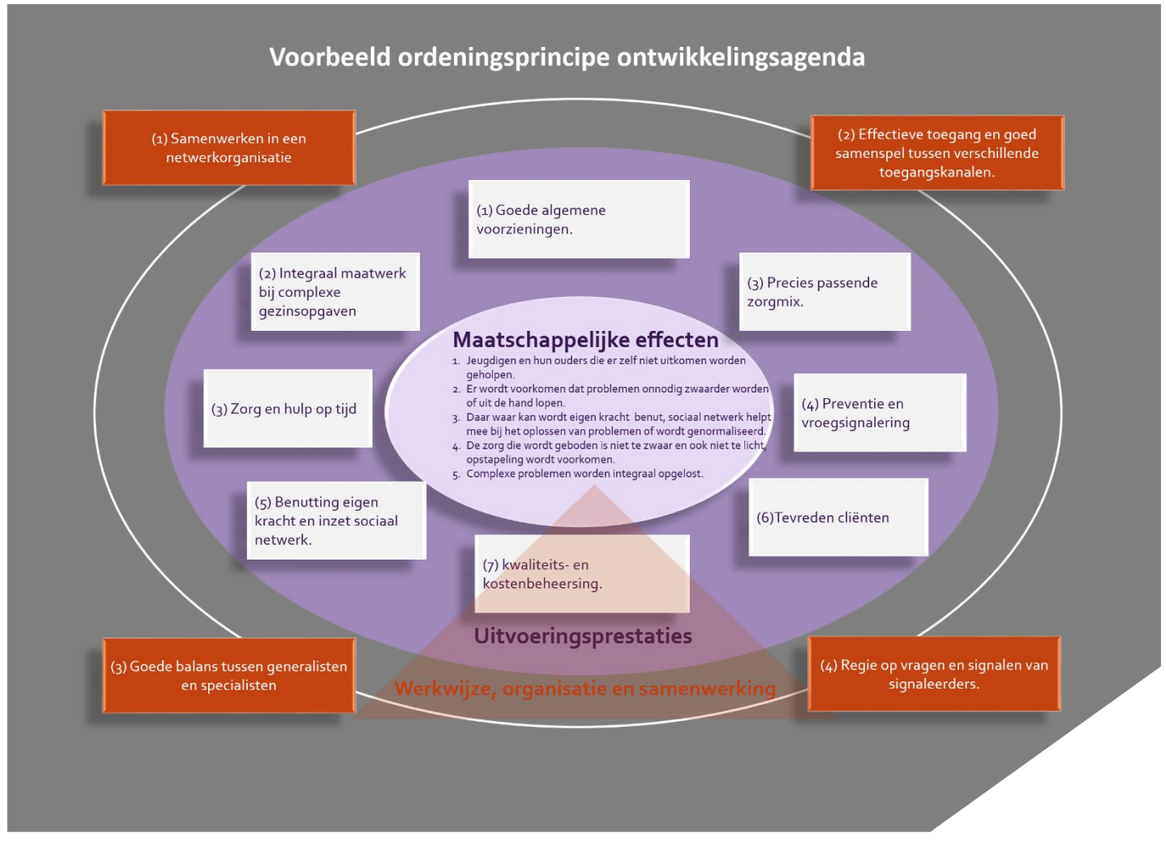
   Zie als eerste beeld de bouwstenen hiernaast. Dit is zuiver bedoeld als voorbeeld en ter inspiratie voor verdere doorontwikkeling.

Bouwstenen voor de gezamenlijke ontwikkelagenda

Voorbeelden van bouwstenen voor een ontwikkelagenda zijn in de onderstaande figuur schematisch weergegeven. Er zijn weer drie lagen te herkennen, met voor iedere laag afzonderlijke bouwstenen.

Voordeel van het werken met een gelaagde structuur en bouwstenen is dat individuele ontwikkelingen en bijdragen van spelers in een netwerkstructuur een plek kunnen krijgen in het geheel en in samenhang kunnen worden bezien. Hierdoor ontstaat een hanteerbaar programmatisch ontwikkeltraject.

Laag 1 maatschappelijke effecten: wat wil je bereiken voor de samenleving?
Laag 2 uitvoeringsprestaties: welke bijdragen moeten de gemeente en samenwerkingspartners leveren om de beoogde maatschappelijke effecten te realiseren?
Laag 3 welke organisatie en/of werkwijze is nodig om die uitvoeringsprestaties te kunnen leveren?



Deel II: kernbevindingen

– Dit deel bevat samenvattend de belangrijkste kernbevindingen op basis van bestudering van stukken, de werkateliers, ambtelijke reactie en externe bronnen.

De kernopgave van de gemeente Maassluis

Uitvoering van de nieuwe Jeugdwet

Vanaf 1 januari 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor uitvoering van de nieuwe Jeugdwet. In de onderstaande tabel is weergegeven waar de gemeente voor verantwoordelijk is en hoe zich dat verhoudt tot andere relevante wetgeving *(bron: www.zorgwijzer.nl).*

Nieuwe Jeugdwet Toegankelijk via het **gemeentelijk loket (wijkteam)**	**Zorgverzekeringswet (Zvw)** Toegankelijk via huisarts of wijkverpleegkundige (indicatiestelling)	**Wet langdurige zorg (Wlz)** Toegankelijk via het Centrum Indicatiestelling Zorg (indicatiestelling).
Zorg- en hulp bij: • Opvoedingsproblemen. • Geestelijke gezondheid (GGZ). • Lichte lichamelijke beperking. • Lichte verstandelijke beperking. • Vervoer bij begeleiding en persoonlijke verzorging. **En:** • Kinderbescherming en jeugdreclassering. • Gesloten jeugdzorg.	• Huisartsenzorg. • Medisch specialistische zorg. • Persoonlijke verpleging. • Intensieve kindzorg met grondslag Lichamelijk Gehandicapt. • Palliatief terminale zorg. • Behandeling om te leren omgaan met zintuigelijke beperking.	Zorg voor jongeren met een ernstige beperking of stoornis die 24-uurs zorg of permanent toezicht nodig heeft.

De maatschappelijke kernopgaven

Transitie

De gemeente Maasssluis heeft zich in eerste instantie gericht op de continuïteit van zorg, ook wel de **transitie** genoemd. De belangrijkste kernopgave in deze fase was dat gezinnen de zorg kunnen houden die zij nodig hebben en kunnen krijgen via een toegankelijk loket van de gemeente (*bron: beleidsnotitie Jeugdhulp 2015-2016*).

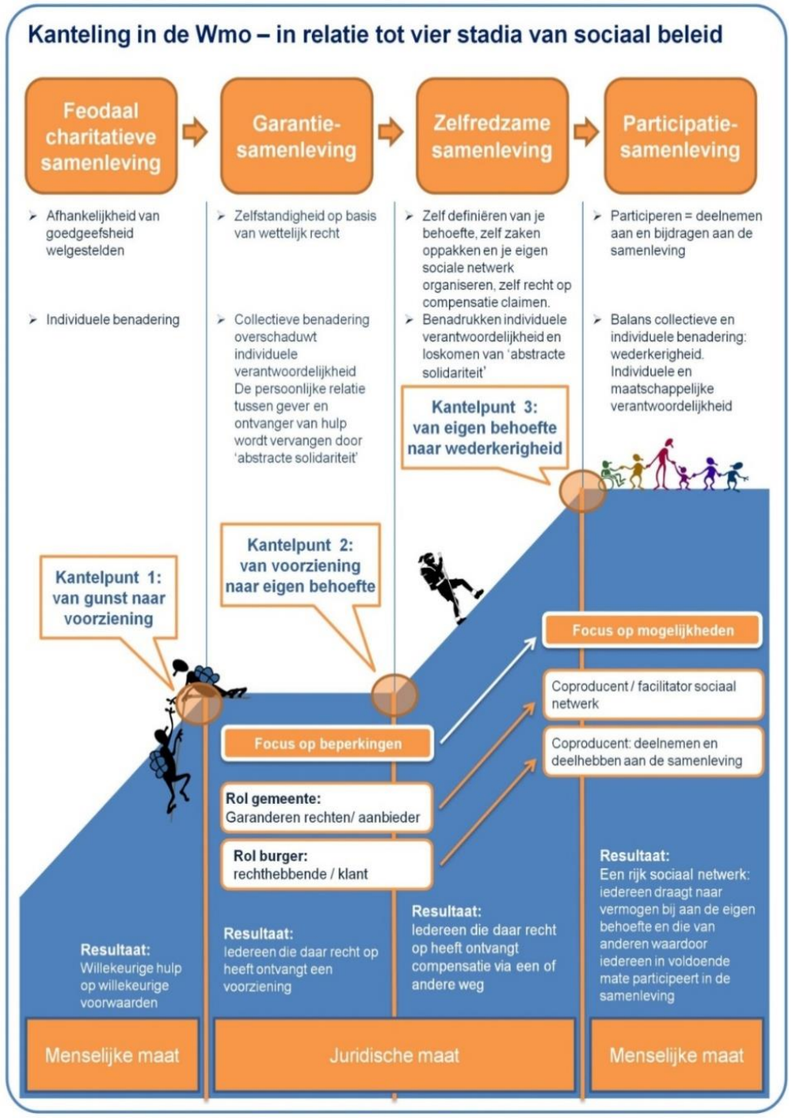
Transformatie

De kernopgaven die Maassluis zichzelf heeft gesteld, liggen in lijn met de landelijke doelen (zie ook blz. 1 achtergrond van het onderzoek). Hiernaast is een figuur opgenomen om die doelen in een historische context te plaatsen, met als voorbeeld de kanteling in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De aandacht verschuift nu steeds verder naar het realiseren van de kernopgaven voor de fase van **transformatie** *(bron: beleidsnotitie Jeugdhulp 2015-2016 en nota Beleid Sociaal Domein 'Meedoen in Maassluis' 2018-2022)*:

1. **Preventie** en vroegsignalering en uitgaan van **eigen mogelijkheden** van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociaal netwerk.
2. **De-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren** door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen.
3. **Integrale hulp aan gezinnen** volgens het uitgangspunt één gezin, één plan en één regisseur. De juiste mix van hulp en zorg **op maat** bieden.
4. Meer ruimte voor jeugdprofessionals en vermindering regeldruk.

Waarbij hoe dan ook de **veiligheid** van de jeugdige altijd is gewaarborgd.



In historisch perspectief, naar voorbeeld van de Wmo.

Kerngegevens algemeen

Bron: gemeentelijke monitor sociaal domein waarstaatjegemeente.nl

Gebruik van zorg- en hulp

In 2016 heeft 10% van de jongeren in Maassluis een vorm van jeugdzorg, dat is gelijk aan die van gemeenten van dezelfde grootteklasse. Wel is de zorg- en hulpverlening in Maassluis gemiddeld zwaarder dan in gemeenten met dezelfde grootteklasse, want:

Van de jeugdzorgtrajecten is in 2017 tot op heden 64% hulp zonder verblijf, 17% hulp met verblijf, jeugdbescherming 16% en jeugdreclassering 2%. In gemeenten van dezelfde grootteklasse is dat respectievelijk 80%, 10%, 9% en 1%.

Kernfactoren en effect op de hulp- en zorgvraag

De onderstaande factoren wijzen erop dat de omvang en/of zwaarte van de zorgvraag en –hulpvraag van jeugdigen in Maassluis hoger ligt dan die van gemeenten met dezelfde grootteklasse (25.000-50.000 inwoners).

Leeftijdsopbouw (0)

In 2017 is 21.5% van de bevolking in Maassluis 0-19 jaar, in gemeenten met dezelfde grootteklasse is dat 22.5%.

Sociaal economische status (+)

In 2013 groeit 16.7% van de jeugdigen van Maassluis op in armoede, tegen 9.8% in gemeenten met dezelfde grootteklasse. In 2015 wonen 9.8% van de kinderen in Maassluis in een uitkeringsgezin, tegen 4.3% in gemeenten met dezelfde grootteklasse.

Onderwijs: verzuim en vroegtijdig schoolluitval (+)

Het relatief verzuim is 29 per 1.000 inwoners, tegen 22 per 1.000 inwoners in gemeenten met dezelfde grootteklasse. Het aantal vroegtijdig schoolverlaters (VO+ MBO) is in 2014 2.6%, tegen 1.6% in gemeenten met dezelfde grootteklasse.

Criminaliteit (+)

In 2017 heeft 0.4% van jongeren van 12 tot 23 jaar met jeugdreclassering te maken, tegen 0.3% in gemeenten met dezelfde grootteklasse. Het aantal verdachten 12-17 jaar in 2014 is per 1.000 inwoners 9.8, tegen 7.7 in gemeenten met dezelfde grootteklasse.

Deel II: kernbevindingen

– Dit deel bevat samenvattend de belangrijkste kernbevindingen op basis van de werkateliers en bestudering van schriftelijke stukken.

Organisatie, samenwerking en werkwijze.

Stand van zaken: accent op de opbouw van de zorginfrastructuur

De hulp- en zorgverlening is ingekocht

Alle benodigde hulp en zorg is aanbesteed en aanbieders zijn gecontracteerd. In de eerste drie jaar (2015 t/m 2017) was de contractering van aanbieders gericht op het inkopen van producten/diensten, zogenaamde aanbodgerichte bekostiging. In 2018 is dit meer gericht op vooraf afgesproken resultaten, zogenaamde resultaatgerichte bekostiging.

De toegang is ingericht

De toegang tot zorg is gerealiseerd met de inrichting van het wijkteam Vraagraak. Er is een breed gedragen beeld dat Vraagraak goed is ingericht. Dit team is erin geslaagd een integrale toegang tot hulp- en zorgverlening te verzorgen. Integraal omdat Vraagraak een team is waarin professionals met diverse expertises samenwerken en daarmee ook integrale ondersteuningsplannen aan cliënten kan bieden. Het handelingskader voor het wijkteam Vraagraak is vastgelegd in de Verordening Jeugdhulp Maasluis, waarvan de meeste recente versie is van 2017. Met de huidige productiecapaciteit is de huidige jaarproductie van zo'n 80 doorverwijzingen mogelijk. Daarbij aangetekend dat dit wel afhankelijk is van de complexiteit van de problematiek van cliënten. Enkelvoudige problemen vragen minder capaciteit, meervoudige problemen vragen meer van de capaciteit en kwaliteit.

Er is samenwerking in een complex netwerk

Binnen de jeugdzorg is er samenwerking op allerlei terreinen en tussen allerlei spelers. Het gaat daarbij om samenwerking tussen gemeenten onderling, tussen gemeenten en zorgaanbieders, tussen de verschillende toegangskanalen, tussen toegangskanalen en signaleerders en tussen zorgaanbieders onderling. Dit is een omvangrijk en complex netwerk. De belangrijkste onderdelen zijn:

– De hulp- en zorgverlening wordt **op regionaal** (GR Jeugdhulp Rijnmond) **en deels op lokaal niveau** (MVS-verband) ingekocht. De ROGPlus verzorgt het contractmanagement. Tevens is binnen de regionale samenwerking een **regionale transformatieagenda** opgesteld en vanuit die samenwerking worden allerlei projecten aangejaagd en innovatie gestimuleerd met oog op de transformatie in de jeugdzorg.
– Het wijkteam Vraagraak is niet de belangrijkste toegang tot hulp- en zorgverlening. De meeste doorverwijzingen naar specialistische zorg loopt via **huisartsen en gecertificeerde instellingen**. Daarom zijn door Vraagraak ook stappen gezet voor nauwere samenwerking met huisartsen en instellingen. Hiertoe is bijvoorbeeld een psycholoog van het wijkteam geplaatst bij de huisartsenpraktijk en maakt de basis-GGZ deel uit van de schil van het wijkteam.
– Het **Centrum voor Jeugd en Gezin** (CJG) is ook een ingang voor cliënten. Er is de afspraak gemaakt dat meervoudige complexe gevallen door het CJG worden doorverwezen naar Vraagraak.
– De **scholen** zijn belangrijke signaleerders. Scholen hebben zogenaamde gezinsspecialisten die onderdeel uitmaken van het wijkteam Vraagraak. Die lijnen zijn daarmee zeer kort.

Wat is nog in ontwikkeling?: meer aandacht voor het ontwikkelen van werkwijzen, innovatie en informatie.

De aandacht verschuift in 2017 meer naar de uiteindelijke bedoeling van de decentralisatie, namelijk de transformatie van de jeugdzorg. Er is een breed gedragen beeld wat hier nog voor nodig is. Het accent ligt daarbij in veel mindere mate op het inrichten van de juiste structuren. Maar veel meer op het richten van de samenwerking, de werkwijze en het handelen van spelers in het netwerk. Dit met oog op de realisatie van de doelen van de transformatie (zie de eerder genoemde kernopgave van de gemeente Maassluis). De belangrijkste accenten die genoemd worden zijn:

1 **Aanpakken operationele problemen die nog spelen in de infrastructuur**. Veel genoemd is het reduceren van wachtlijsten van specialistische zorg.
2 **Passende zorg door maatwerk.** Hiervoor het doorontwikkelen van bevoegdheden, werkwijze en competenties van het wijkteam Vraagraak nodig en die verder afstemmen op die van de ketenpartners en vice versa. De werkwijze van het wijkteam richt zich op het op maat snijden van de juiste zorgmix. Dat kan nog beter en de werkprocessen kunnen worden geüniformeerd. De werkwijze van de specialistische zorg sluit ook onvoldoende aan, die is nog aanbodgericht.
3 **Preventie en Vroegsignalering.** Is nog zeer broos. Verschillende spelers kunnen die rol invullen maar doen dit nog niet voldoende. Oorzaken liggen deels in het ontbreken van een gedeelde werkwijze, het niet kunnen doorpakken op signalen of allerlei belemmeringen ten aanzien van informatie uitwisseling tussen spelers in het netwerk.
4 **Verbinden jeugdzorg met relevante beleidsterreinen.** Beleid op andere terreinen zoals onderwijs, leefomgeving en werk en inkomen kan stimulerend maar ook belemmerend werken op het realiseren van de doelen rondom de transformatie.
5 **Informatievoorziening.** Er is langzamerhand wel zicht op uitvoeringsprestaties (denk aan instroom, doorstroom, uitstroom, wachttijden, kosten) , maar er is nog geen enkel zicht in hoeverre de doelen van de transformatie worden gerealiseerd. Het ontbreekt aan data op dat niveau.

Wat zijn de uitvoeringsprestaties?

Stand van zaken

Er is een breed gedragen beeld dat in de fase van transitie (het decentraliseren van de taken en verantwoordelijkheden naar de gemeente) geen cliënten tussen wal en schip zijn geraakt. In deze fase - die grofweg drie jaar heeft geduurd (2014 t/m 2016) - is voor cliënten, die al zorg hadden voor de decentralisatie, de benodigde zorg ook gecontinueerd. Voor nieuwe cliënten is ook de toegang tot hulp en zorg ingericht en de benodigde hulp en zorg is ook gegeven.

Welke prestaties zijn nog gewenst?

Er is een breed gedragen beeld dat op verschillende onderdelen de uitvoeringsprestaties beter moeten.

– Problemen van jeugdigen moeten in een **vroegtijdiger stadium** worden gesignaleerd en daar moet vervolgens indien nodig ook actie op kunnen worden genomen.
– De aangeboden hulp- en zorg moet **precies passend** zijn: niet te licht maar ook niet te zwaar. Opstapeling van zorg moet zo min als mogelijk worden voorkomen.
– De continuïteit van hulp en zorg voor jongeren in **de overgang van 18- naar 18+** moet beter.

Daarbij aangetekend dat dit niet alleen door de gemeente kan worden gerealiseerd maar daar moet iedere partner in het netwerk zijn aandeel in nemen. Daarbij ontbreekt het feitelijke totaaloverzicht in welke mate de genoemde prestaties worden geleverd. De informatievoorziening is hiervoor nog niet voldoende op orde.

Wat zijn de maatschappelijke effecten?

Er is nog geen enkel structureel zicht in hoeverre de doelen van de transformatie worden gerealiseerd. Daar wordt op regionaal en subregionaal niveau wel aan gewerkt maar resultaten blijven vooralsnog uit. De raad is dan ook niet in staat om zijn controlerende rol op dat niveau uit te oefenen.

Deel III: bevindingen uit werkateliers en gesprekken

Dit deel bevat alle bijdragen van de deelnemers aan het onderzoek, het gaat daarbij vooral om **beelden en meningen**.

A Waar staat de gemeente in het licht van de opgaven op het terrein van Jeugdzorg? Wat is wel/niet gerealiseerd?

De gemeente actualiseert het beleid regelmatig en de doelen van het beleid zijn breed gedragen

Het beleid van de gemeente is vastgesteld door de raad en vastgelegd in vier op elkaar opvolgende documenten: (a) Sociale Structuurvisie 2013, (b) Nota Integraal Jeugdbeleid 2011-2014, 'Jij en Maasssluis', (c) Beleidsnotitie Jeugdhulp 2015-2016 en (d) Beleid Sociaal Domein 2018-2022, 'Meedoen in Maassluis'. Zo wordt het beleid ruwweg iedere twee jaar geactualiseerd. De doelen ten aanzien van het jeugdbeleid worden breed gedeeld, alle betrokkenen in de werkateliers zijn goed op de hoogte van deze doelen. Wel worden kritische kanttekeningen gemaakt ten aanzien van:

- Voor de ontwikkeling van 'nieuw' beleid, **ontbreekt een evaluatie** van 'oud' beleid. Daarbij blijkt uit bestudering van de beleidsdocumenten wel dat het laatste beleidsstuk ten aanzien van veel onderwerpen in feite geen nieuw beleid omvat. Maar dat het beleid ten aanzien van het sociaal domein als geheel wordt beschreven, waar het jeugdbeleid onderdeel van is.
- Jeugd bestaat uit een **gedifferentieerde groep**. Het is niet mogelijk om daar één beleid voor te ontwikkelen: maatwerk per doelgroep is nodig, daarmee wordt de doelen ook realistischer.

De toegang tot hulp en zorg is ingericht

1. Het **wijkteam Vraagraak** is een belangrijke toegang tot hulp en zorg. Hier kunnen ouders en kinderen terecht voor advies, informatie en concrete hulp. Er is een breed gedragen beeld dat Vraagraak goed georganiseerd is:

   "Bij Vraagraak werken professionals van verschillende hulp- en zorgverleners nauw samen met deskundigheid op alle terreinen van het sociale domein. Er is sprake van synergie en daardoor kan Vraagraak een complexe hulpvraag - waarbij meerdere problemen tegelijkertijd spelen - ook goed aan. Het management van Vraagraak wordt verzorgd vanuit de gemeente, hierdoor houdt de gemeente ook de regie op de ontwikkeling van Vraagraak".

   Er is een breed gedragen beeld ten aanzien wat nodig is voor de doorontwikkeling van het wijkteam Vraagraak:
   - a De **zichtbaarheid** is nog onvoldoende, cliënten weten de toegang nog niet altijd makkelijk te vinden.
   - b De **caseload is hoog**. Met de huidige personele omvang van Vraagraak is een jaarproductie van 80 doorverwijzingen/beschikkingen mogelijk. Bij deze productie kan het nu zijn dat het soms lang duurt voordat hulp wordt geboden. Gezien het gemeentelijk beleid zal dit probleem in de toekomst - bij de huidige personele bezetting - groter worden. Dat beleid richt zich namelijk op meer betrokkenheid van het wijkteam in het geval huisartsen of gecertificeerde instellingen de doorverwijzing doen. Indien dit lukt dan zal dit logischerwijs ook meer personele capaciteit van het wijkteam vragen.
   - c De **overgang 18- naar 18+** verloopt niet lekker. Er blijven daardoor dossiers liggen, cliënten die in deze overgang zitten, vallen soms tussen wal en schip.
   - d Er is nog geen sprake van **cliëntenparticipatie**, bijvoorbeeld in de vorm van een cliëntenraad.
   - e In het kader van de implementatie van **resultaatgerichte bekostiging** (per 1 januari 2018) moet de casemanager van Vraagraak regelmatig monitoren en beoordelen of het (tussentijdse) resultaat wordt gerealiseerd, dat vraagt naast een andere werkwijze ook meer capaciteit van Vraagraak.
   - f Het wijkteam analyseert welke klachten het meest voorkomen, en probeert vanuit die informatie lokaal passende zorg te vinden. Het beeld van zorgverleners is dat er nu nog teveel wordt opgeschaald naar specialistische regionale zorg.

2. Bij het **Centrum voor Jeugd en Gezin** (CJG) kunnen ouders en kinderen ook terecht. Het CJG verwijst in het geval van meervoudige problematiek naar het wijkteam. In het geval van lichamelijke problemen verwijst het CJG zelf door naar specialistische hulp

3. De scholen hebben zogenaamde **gezinsspecialisten**. Daaraan kunnen ouders en kinderen vragen stellen en gezinsspecialisten vertalen die indien nodig naar een passend aanbod.

4. De meeste doorverwijzingen naar specialistische zorg loopt via de route **huisartsen en gecertificeerde instellingen**, namelijk ongeveer jaarlijks 80 beschikkingen via het wijkteam, circa 160 via gecertificeerde instellingen en 400 via huisartsen (bron: ROGPlus). Dat is in het geval van enkelvoudige problematiek niet perse een probleem. Huisartsen kunnen dat ook doen dan met een korte/eenvoudige verwijsbrief. Voor meervoudige problematiek is inschakeling van het wijkteam wenselijk, het wijkteam maakt in dat geval (en moet dit ook) samen met ouders een volledig hulpplan (1 gezin/ 1 plan).

De hulp en zorg is ingekocht

1. De zorg is in eerste instantie aanbodgericht ingekocht, dit met oog op continuering van de hulp en zorg. Er wordt op regionaal niveau ingekocht via de GR Jeugdhulp Rijnmond en lokaal via de subregio MVS. Regionaal gaat het om specialistische duurdere hulp via de GR Jeugdhulp Rijnmond. Lokaal gaat het om in MVS-verband inkopen van aanbod voor jeugd met een beperking extramuraal, de GGZ en met dyslexie. De drie gemeenten hebben daarbij wel ieder eigen afspraken met de zorgaanbieders. De ROGPlus verzorgt het contractmanagement.
2. Per januari 2018 wordt overgegaan op **resultaatgerichte bekostiging**, in plaats van aanbod gerichte bekostiging. Dat betekent onder andere:
   - a Beschikkingen moeten naast het aanbod ook doelen omvatten met een inschaling op resultaatgebieden.
   - b De aanbieder krijgt meer ruimte om het aanbod ook zelf te verzorgen, hetzij met inschakeling van lokale onderaannemers.
   - c Het productenboek bevat nu zo'n 300 aanbieders, dat zal worden teruggebracht naar zo'n 35 aanbieders.
3. De **capaciteit in de zwaardere specialistische zorg** is ontoereikend. Dat wordt afgemeten aan de hand van de oplopende wachtlijsten.
4. **Zorg op maat en benutten van eigen kracht/sociaal netwerk:** dit is wel al in gang gezet door integraal, zo licht en nabij als mogelijke hulp en zorg te bieden, maar deze ontwikkeling is nog niet voltooid.
5. Er zijn voorkeursaanbieders, vaak grotere organisaties. Die kunnen vaak een breed aanbod leveren. Kleinere lokale specialisten worden nog onvoldoende meegenomen in de aanbesteding. Zij leveren wel diensten via maatwerkvoorzieningen, want zij zijn in staat om veel meer precies passende zorg te bieden (coleur locale). Er is dus een goede mix nodig van grote en kleine aanbieders.

Preventie en signalering vraagt nog om veel ontwikkeling

De **preventie en vroegsignalering** loopt voor een belangrijk deel via gezinsspecialisten in de scholen, het CJG en de huisartsen. Er is een zeer breed gedragen beeld dat hier nog veel moet worden ontwikkeld:

1. De relatie tussen de huisarts en het wijkteam moet veel steviger. Er is nu wel vanuit het wijkteam een basispsycholoog fysiek geplaatst bij de huisartsenpraktijk en de basis GGZ zit in het wijkteam.
2. Passend Onderwijs moet beter. Passend onderwijs legt een zorgplicht bij scholen. Dat betekent dat zij ervoor verantwoordelijk zijn om alle leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben een goede onderwijsplek te bieden, dat vraagt om veel beter maatwerk en beter samenspel tussen het wijkteam en de scholen.
3. 'Outreachend' werken is nog onvoldoende gerealiseerd. Dat is een werkwijze waarbij professionals niet afwachten tot de cliënt met een hulpvraag komt. Maar professionals stappen op basis van signalen actief op probleemsituaties af en bewegen de cliënten ertoe om hulp te vragen. Dat doorpakken is op zich al een knelpunt. Ouders moeten namelijk altijd toestemming geven om het signaal ook verder op te kunnen pakken. Ouders werken hierbij niet altijd mee, zij zijn bijvoorbeeld bang voor verdergaande problematisering. Dwang helpt daarbij niet, behalve indien de veiligheid van het kind niet kan worden gewaarborgd, dan is dwang nodig.

Deel III: bevindingen uit werkateliers en gesprekken

Dit deel bevat alle bijdragen van de deelnemers aan het onderzoek, het gaat daarbij vooral om **beelden en meningen**.

B In hoeverre is er zicht op de realisatie van doelen en/of wat is nog nodig om dat zicht scherp te krijgen?

Er is geen zicht op de mate waarin de doelen worden gerealiseerd

1 De raad, de ambtelijke organisatie, het wijkteam Vraagraak en de hulp- en zorgverleners, hebben **geen zicht op de doelrealisatie** van de transformatie in de jeugdzorg (op macroniveau):

Er is bij geen enkele partij een totaalbeeld van:
- De inzet van preventie en de mate en opvolging van vroegsignalering;
- Benutting van eigen mogelijkheden van ouders en jeugdigen;
- De mate van de-medicalisering en normalisering;
- De inzet van integrale hulp volgens het uitgangspunt één gezin, één plan en één regisseur;
- In hoeverre de (mix) van hulp en zorg op maat is, en daarmee minder gebruik wordt gemaakt van dure specialistische zorg.

2 De oorzaak van het ontbreken van zicht op de doelrealisatie is dat de informatie uit de verschillende toegangskanalen van jeugdhulp (wijkteam, huisartsen, gecertificeerde instellingen) niet wordt gebundeld. Dat zorgt ervoor dat een totaalbeeld moeilijk is op te bouwen. Daarbij is er ook nog geen gedeeld beeld over de wijze waarop deze doelen moeten worden gemeten. Wanneer de raad vraagt om informatie aan het college dan geeft het college wel aan dat de informatievoorziening in ontwikkeling is in MVS-verband. Wel beschikt de raad (desgevraagd) over **fragmentarische informatie**, bijvoorbeeld de wachtlijsten of via werkbezoeken aan maatschappelijke instellingen.

3 Op regionaal niveau (GR Jeugdhulp Rijnmond) is er ook aandacht voor de ontwikkeling van de informatievoorziening. Al vanaf 2015 willen de gemeenten in dat verband aansluiten bij de vijf landelijke KPI's (CBS indicatoren), aangevuld met zicht op de wachtlijsten. De VNG wil vanaf 2019 dat de zorgaanbieders hiervoor verplicht informatie aanleveren, de gemeenten in de GR Jeugdhulp Rijnmond willen dat al in 2018 verplicht stellen, via de inkoop van hulp en zorg. Er worden wel al operationele gegevens geleverd door de aanbieders. Bijvoorbeeld in Q2 2017, maar die gegevens leken nog niet helemaal betrouwbaar (veel dubbelingen en geen actuele registratie). Wat helpt is dat per 1 januari 2018 het berichtenverkeer moet gaan werken, hierdoor is er goed zicht op de registratie van aanmeldingen, accordering door gemeenten en de aanvang van hulp en zorg.

4 De raad maakt ook zelf nauwelijks gebruik **van bestaande monitoren**, zoals de sociale monitor van waarstaatjegemeente.nl.

5 De verschillende partijen in de zorgketen hebben ieder voor zich wel een bepaalde informatiepositie. Bijvoorbeeld:
- Zorgaanbieders zien dat er steeds meer gecompliceerde problematiek wordt aangeboden. Per cliënt neemt de zorgintensiteit toe. Eenvoudige enkelvoudige problemen worden steeds meer lokaal afgehandeld.
- Zorgaanbieders hebben zich op doelrealisatie op cliëntniveau, uitval gedurende een traject, wachtlijsten en de cliënttevredenheid. Dit zijn de vier VNG-prestatie indicatoren.
- Het wijkteam heeft individuele succesverhalen.
- ROGplus heeft een totaalbeeld van de omvang en aard van de beschikkingen.

De vraag is ook of het wel mogelijk is een totaalbeeld te krijgen. Bij het wijkteam kloppen juist cliënten aan die onvoldoende op eigen kracht problemen het hoofd kunnen bieden, en daarbij ook hulp willen. Mensen die het zelf kunnen oplossen of mensen die zorg vermijden komen niet in beeld. Richt het ontwikkelen van een totaalbeeld dus op de groep die wel om zorg vraagt, en bepaal voor die groep wat een realistisch doel zou kunnen zijn, en formuleer dat doel ook zo dat een en ander evalueerbaar is.

6 Het is ook nog niet goed mogelijk om te voorspellen welke hulp en zorg in welke mate in de toekomst nodig is. Daarvoor is een goede risicoanalyse en bevolkingsprognose nodig. Wel is in overleg met partners en ouders in kaart gebracht welke vragen en behoeften er zijn en welke problemen er spelen. Op basis daarvan is de zorg ook ingekocht, om daarmee meer vraaggericht te werken in plaats van aanbodgericht.

7 De **regionale transformatieagenda** is niet bekend bij de raad. De raad heeft ook geen zicht op de voortgang van die agenda.

8 Er is wel goed zicht op de financiën. Binnen de regio is er €10 Mln. bijgestort op een totaalbudget van circa €190 Mln., daarvoor bestaat er binnen de regio een solidariteitsprincipe (vlaktaks). Voor Maassluis ligt de productie en de beschikbare financiële middelen wel goed op 1 lijn.

Deel III: bevindingen uit werkateliers en gesprekken

Dit deel bevat alle bijdragen van de deelnemers aan het onderzoek, het gaat daarbij vooral om **beelden en meningen**.

C Is de organisatie en de werkwijze van de gemeente en de samenwerking met partners goed toegesneden op de beoogde doelen van de transformatie, wat is nog nodig?

Waaronder: hoe zorgt de gemeente voor voldoende innovatie en benut daarbij het netwerk van samenwerkende gemeenten, maatschappelijke partners en zorgaanbieders?

Samenwerking

Regie op een netwerk van samenwerkingsspelers

1 Er is sprake van een **groot netwerk van allerlei spelers**. Dat maakt dat het voor de gemeente niet makkelijk is om goede regie te voeren:
- Er is bij de raad geen totaaloverzicht wie precies wat doet, waar overlappingen zitten en/of waar spelers elkaar aanvullen en/of versterken.
- Het wijkteam heeft wel een goed totaalbeeld en investeert ook veel in netwerkopbouw.
- De raad vraagt zich af of door de omvang en complexiteit van het netwerk het samenspel wel effectief is te organiseren.

Er zijn wel verschillende ontwikkelingen om de regie – en daarmee de gemeentelijke grip – op het netwerk te verstevigen:
- De omslag naar resultaatgerichte bekostiging;
- En daarmee een forse reductie van het aantal hoofdaannemers, die zelf meer ruimte krijgen om onderaannemers te contracteren.

Samenspel tussen spelers

1 Het samenspel tussen verschillende spelers moet nog verbeteren. Voorbeelden die worden genoemd zijn:
- De samenwerking tussen wijkteam, zorgverleners en **(passend) onderwijs.** En de samenwerking tussen het wijkteam en **huisartsen**. Bedoeling is om vanaf 2018 de doorverwijzing door huisartsen naar de GGZ om te buigen naar een bredere uitvraag. **De werkwijze van huisartsen is echter anders** dan die van het wijkteam. Huisartsen zijn gericht op 'snel en autonoom' handelen, het wijkteam is gericht op het maken van een integraal plan.
- Het accent van de relatie tussen de gemeente en zorgaanbieder ligt veelal op die van opdrachtnemer-opdrachtgever. Voor het realiseren van de doelen van de transformatie is echter ook veel innovatie en gezamenlijk ondernemerschap nodig. Hiervoor moet het accent meer verschuiven naar partnerschap en coproductie. Bijvoorbeeld: er is al een lokale innovatietafel voor jeugd met een beperking. Hier zijn ook financiële middelen voor beschikbaar, zowel regionaal als lokaal.
- **Inhoud en financiën staan teveel los van elkaar**. De omvang van de zorgbehoefte en de complexiteit neemt toe, terwijl er tegelijkertijd landelijk sprake is van een bezuiniging. Daar zit frictie tussen. In de gesprekken tussen de gemeente en zorgverleners gaat het ook veelal over de kostprijs. Het gesprek zou meer moeten gaan over verwachtingen en doelen.
- Maassluis, Vlaardingen en Schiedam kunnen **de krachten nog meer bundelen**. Veel problematiek is in iedere gemeente hetzelfde: vb. instroom van nieuwkomers en wachtlijsten GGZ. Kies op basis van informatie van zorgverleners welke thema's gezamenlijk kunnen worden opgepakt. De gemeente Maassluis is overigens wel **proactief rondom nieuwe ontwikkelingen** zoals nieuwkomers. De ambtelijke organisatie probeert daarbij goed zicht te krijgen op wat speelt in de samenleving en bij de zorgaanbieders.
- Samenwerking met **CJG** kan nog intensiever. Zo is er Integrale Vroeghulp ingekocht , dat wordt in Maassluis echter nog onvoldoende gebruikt.
- Er is gekozen voor één centrale locatie voor het wijkteam. Dat is vanuit integraal werken goed maar daardoor zitten de professionals **minder dicht op specifieke wijken**. Er is minder zicht op wat voor zaken samen met de wijk kunnen worden opgepakt.
- Een van de doelen is 'normaliseren'. Dat betekent dat cliënten gewoon kunnen meedoen aan de samenleving, bijvoorbeeld kinderen met autisme die lid kunnen worden van een hockeyvereniging. Dit laatste vraagt veel van wat wij noemen het 'voorveld': bijvoorbeeld het aangaan van samenwerking met verenigingen en het verbinden van hulp en zorg met die verenigingen.
- De samenwerking tussen ROGPlus en het wijkteam is goed. Er breekt nu wel een nieuwe fase aan door de implementatie van resultaatgerichte bekostiging.

Intergemeentelijke samenwerking

1 Maassluis werkt op regionaal niveau samen. Hierdoor ontstaat de juiste schaal om bijvoorbeeld residentiële zorg op regionaal niveau te regelen, en tegelijkertijd zaken lokaal te organiseren. Zo investeert Maasluis veel in lokale netwerken.

2 Binnen de GR Jeugdhulp Rijnmond is in 2015 gestart met de ontwikkeling van de zogenaamde 'transformatieagenda', hiervoor is een transformatiemanager aangesteld. De transformatieagenda is door het Algemeen Bestuur (AB) van de GR Jeugdhulp Rijnmond vastgesteld. Het is niet lokaal door de raden vastgesteld want het betreft een agenda, het is dus geen beleidsplan. Uiteraard zijn de raden wel geïnformeerd, de afgelopen 1 ½ jaar ook via verschillende raadsinformatiebrieven.

3 De gemeente Maassluis heeft veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van de transformatieagenda. De ambtelijke organisatie heeft zich er veel mee bemoeid. De inzet en betrokkenheid van de ambtelijke organisatie van Maassluis is over het algemeen groot. Ook is er sprake van een goede bestuurlijke betrokkenheid vanuit Maassluis: de portefeuillehouder van Maassluis zit in het Dagelijks Bestuur en is nauw betrokken en is ook lid van de stuurgroep transformatie.

4 Na vaststelling van de transformatieagenda door het AB is een zogenaamde 'transformatieaanjager' gezocht, die is circa 6 maanden geleden gestart. Doel is het aanjagen van de projecten uit de transformatieagenda en het delen van kennis en ervaringen. Zo zal er in februari van dit jaar een transformatietop worden georganiseerd: wat zijn goede voorbeelden en hoe kun je die kopiëren? Overigens is dit wel vrijblijvend, gemeenten bepalen zelf hoe een en ander op te pakken. Bijvoorbeeld: we zien uit een onderzoek van AEF dat als de GGZ betrokken is in het wijkteam de specialistische zorg afneemt.

5 Binnen de GR Jeugdhulp Rijnmond is ook een budget beschikbaar gesteld voor de projecten en pilots rondom de transformatie. Aanbieders van hulp en zorg kunnen subsidie aanvragen.

Werkwijze

Beleidsontwikkeling

1 Het wijkteam wordt door de gemeente goed betrokken bij nieuwe ontwikkelingen. Maar die betrokkenheid is nog teveel gericht op het halen van informatie in plaats van samen beleid ontwikkelen. Ook zijn de grote lijnen vaak al vastgesteld. Bijvoorbeeld rondom de resultaatgerichte inkoop, dat was al ontwikkeld in regionaal verband.

Uitvoering

1 Nu ligt de aandacht op het **doorontwikkelen van de kwaliteit**. Hiervoor is onder andere met ouders gesproken in het kader van een nieuwe aanbesteding. De accenten moeten liggen op:
- Beter maatwerk en passende zorg. Binnen de ambtelijke organisatie en processen moet meer ruimte voor maatwerk worden gemaakt.
- Preventie en vroegsignalering: voor een deel loopt dit al via de gezinsspecialisten op scholen en de huisartsen. Er is vanuit het wijkteam een basispsycholoog fysiek geplaatst bij de huisartsenpraktijk en de basis GGZ zit in de schil van het wijkteam.
- Doorontwikkeling van de Lokale Educatie Agenda en de Regiegroep Jeugd.
- Ontwikkelen en inzetten van e-health applicaties, indien goed toepasbaar en zinvol.

2 Er is nog veel ontwikkeling nodig ten aanzien van de **werkwijze en houding van de 2e lijns specialistische zorg**. Daar wordt nog teveel aanbodgericht gewerkt. Een aansprekend voorbeeld is dat de wachtlijsten nog worden ervaren als een schaarste van mensen en middelen. Vanuit die redenatie moeten er dus meer mensen en geld bij. Je zou ook kunnen denken vanuit de instroom, hoe kunnen we ervoor zorgen dat minder mensen specialistische hulp en zorg nodig hebben? Wat moeten we dan aan de voorkant beter regelen? Om deze omslag in denken op gang te krijgen heeft/gaat Maassluis:
- Aanbodgerichte contracten met zorgaanbieders omzetten naar prestatiegerichte zorgarrangementen en resultaatbekostiging (per 1 januari 2018). Het idee is dat hiermee een prikkel ontstaat om meer te sturen op het resultaa, en om dat resultaat te realiseren een passende mix van lichtere en zwaardere hulp en zorg in te zetten. Een voorbeeld bij Passend Onderwijs: school signaleert bij een kind extreem gedrag. Klassieke reactie is het inzetten van een psychiater. De prikkels voor dat gedrag kunnen echter ook andere oorzaken hebben: denk aan het zonder een goed ontbijt naar school gaan, een drukke ochtend op reis naar de school et cetera.
- Dat vraagt ook ondernemerschap in de 2e lijn. De 2e lijn kan ook zelf meer afspraken maken met verenigingen, kleinere aanbieders et cetera. Bijvoorbeeld: de taxi kan naast de chauffeur ook een begeleider in de bus plaatsen.
- Frequenter met elkaar zaken doorspreken. De gemeente, de 1ste en 2e lijnszorg spreken nog niet dezelfde taal.

Deel III: bevindingen uit werkateliers en gesprekken

Dit deel bevat alle bijdragen van de deelnemers aan het onderzoek, het gaat daarbij vooral om **beelden en meningen**.

D Is de toegang toereikend en/of wat is nog nodig om de toegang tot hulp en zorg toe te snijden op de transformatie?

Veel respect voor het wijkteam Vraagraak

Maassluis heeft bewust voor 1 wijkteam gekozen. Natuurlijk waren er in het begin aanloopproblemen maar die zijn gaandeweg opgelost.

Er is bij alle spelers veel respect en draagvlak voor het wijkteam Vraagraak. Er is een breed gedragen beeld dat het wijkteam flinke stappen heeft gemaakt, ondanks dat zeer veel doelen van het beleid in het wijkteam bij elkaar komen. Het wijkteam wordt gezien als het belangrijkste toegangskanaal naar de hulp- en zorgverlening. De medewerkers van het wijkteam voeren **regie over casus** door het ontwikkelen van integrale plannen met een passend zorgarrangement, het stellen van **realistische doelen** en het **monitoren** naar zorgaanbieder of de doelen ook daadwerkelijk worden gerealiseerd.

Verschillende routes voor toegang

1. Het wijkteam Vraagraak is een **belangrijk toegangskanaal** tot zorg en hulp, maar het is **niet het enige kanaal**.

   Circa 20% van de verwijzingen loopt via het wijkteam, 80% loopt via huisartsen en gecertificeerde instellingen. Het is daardoor nog moeilijk te sturen op het doel om precies passende zorg te bieden en zoveel als mogelijk dure specialistische zorg te vermijden. De sturing op de verdeling van zorg over de zorgkolom is nog niet goed mogelijk.
   - De gemeente is hierover in gesprek met de huisartsen. Meervoudige problematiek zou via het wijkteam moeten lopen (ouders moeten daar wel toestemming voor geven). Het wijkteam kan dan een integraal behandelplan opstellen. Dat besef wil de gemeente bij de huisartsen bewerkstelligen.
   - Huisartsen willen wel meewerken maar het moet niet meer tijd kosten, en de werkrelatie met het wijkteam moet goed helder zijn. Het wijkteam heeft namelijk een ander werkwijze: meer gericht op het maken van een integraal plan, stellen van doelen, bij wachtlijsten het zorg dragen voor overbruggingszorg et cetera. De huisarts doet dat niet, maar verwijst enkel door.
   - Er is vanuit het wijkteam een basispsycholoog fysiek geplaatst bij de huisartsenpraktijk en de basis GGZ zit in de schil van het wijkteam.
   - Vraagstuk is nog wel welke informatie de huisarts kan en/of wil delen. Daar zijn we met elkaar nog niet uit.

   "Als (bijna) de gehele toegang via het wijkteam zou lopen, dan pas kan worden beoordeeld of het wijkteam voldoende toegankelijk is en voldoende dekking heeft, en welke aanvullende acties nodig zijn."

2. Het wijkteam kan niet altijd direct doorpakken naar juiste (specialistische zorg) doordat er wachtlijsten bestaan, dan wordt eerst een vorm van **overbruggingszorg** ingezet.

3. De relatie tussen gezinsspecialisten en het wijkteam is steeds beter. De gezinsspecialist zit ook in wijkteam en zal wel meer de regie moeten nemen bij dreigende thuiszitters. De gezinsspecialist moet daar meer als vanzelfsprekend in beeld zijn.

4. Medewerker van het CJG zitten ook in het wijkteam. Het CJG heeft een andere taak, namelijk consultatiebureau, signaleringsrol en verzorgen van trainingen. Het CJG verwijst in het geval van meervoudige problematiek naar het wijkteam. In het geval van lichamelijke problemen verwijst het CJG zelf door naar specialistische hulp.

De werkwijze in relatie tot het realiseren van de doelen van de transformatie

1. Het wijkteam heeft nog onvoldoende integrale **doorzettingsmacht** en loopt daardoor tegen dezelfde muren als de cliënt. Zo heeft het wijkteam geen enkele positie naar bijvoorbeeld schuldeisers.

2. In bepaalde situaties moet de **onafhankelijkheid van het wijkteam** anders worden geborgd. De regie hoort bij ouders te liggen maar het wijkteam beschikt over de middelen. Bijvoorbeeld in het geval ouders graag een pgb willen, en het wijkteam dat anders ziet. Het wijkteam bepaalt vervolgens wel de hoogte van het pgb, en is daarmee niet echt onafhankelijk. Er is wel onafhankelijk cliëntondersteuning ingekocht, die deze rol zou kunnen pakken. Ook kan de ROGplus mogelijk meer betrokken worden bij een onafhankelijke toetsing van beschikkingen.

3. **(Vroeg)signalering en preventie** moet veel beter en verder worden doorontwikkeld.

4. Het wijkteam kan nog beter de **eigen kracht** en de hulp van het eigen sociaal netwerk benutten, en daarmee het eigen probleemoplossende vermogen van cliënten vergroten.

5. In de praktijk blijkt het wijkteam **een goede vindplaats**, waardoor de vraag naar hulp en zorg nu juist groeit. Dat knelt met het feit dat de zorgaanbieders juist de omvang van ambulante zorg hebben ingekrompen. In de veronderstelling dat het wijkteam veel zou afvangen.

6. Het is nog nodig om een **uniforme werkwijze en competenties** van medewerkers verder te ontwikkelen. Bijvoorbeeld:
   - wanneer schaal je op naar specialistische zorg, wat zijn precies de criteria voor passende zorg?
   - hoe zorg je ervoor dat ouders de eigen regie nemen? Dat is wel een belangrijk uitgangspunt van de nieuwe Jeugdwet. Hulpverleners moeten zich dan richten op het activeren van ouders. Dat vraagt een andere werkwijze en competenties.

Deel III: bevindingen uit werkateliers en gesprekken

Dit deel bevat alle bijdragen van de deelnemers aan het onderzoek, het gaat daarbij vooral om **beelden en meningen**.

E Wat zijn suggesties voor een route of plan van aanpak?

Er zijn in de werkateliers verschillende suggesties gedaan voor een verdere aanpak, met oog op het realiseren van de doelen van de transformatie. Hieronder volgt een opsomming gecategoriseerd naar verschillende relevante onderwerpen.

DOELEN VAN DE TRANSFORMATIE EN HET BELEID VAN DE GEMEENTE MAASSLUIS

De eerste jaren zijn dominant gericht geweest op realiseren van de continuïteit van de zorg: door de inkoop van de zorg en inrichting van de toegang. De volgende stap zal liggen op de inhoudelijke transformatie van de zorg, in de lijn van de decentralisatiedoelen en de bevordering van de samenwerking in de gehele zorgketen. Dat treft ook de gemeente in zijn ontwikkeling als samenwerkingsspeler: met externe spelers maar ook intern tussen de beleidsterreinen van de gemeente zelf. Nieuw beleid is niet nodig, maar als dit dan toch aan de orde is, evalueer dan eerst het oude beleid! Wel is er behoefte aan:

- een meer integrale benadering, dus stevigere verbindingen met andere beleidsterreinen zoals werk & inkomen, leefklimaat et cetera.
- een gedeeld beeld van transformatiedoelen en werkwijzen met de specialistische zorgverleners: dus deze ook goed meenemen en vooral ook helpen bij het maken van die beweging.

1. Investeer verder in **preventie** en **signalering**. Dat laatste moet zeer laagdrempelig zijn en breng hiervoor ook verschillende spelers in een goede positie. Bijvoorbeeld de leerplichtambtenaren, die zien via het verzuim ook veel zaken.
2. Investeer verder in **passende zorg door maatwerk.** Zorgvormen zou je meer moeten kunnen mixen, in plaats van eerst van alles proberen langs de oplopende (en dus vertragende) trap van gezinsspecialisten, wijkteam, GGZ, en verdere specialismen. Daarvoor is het nodig om al aan de voorkant direct de juiste zorgmix te kunnen aanbieden. Dat vraagt wel kennis van zaken bij het wijkteam over een breed spectrum. Ook is het nodig om al aan de voorkant een compleet en juist beeld van de situatie van een cliënt op te bouwen. En op basis van dat beeld een passende mix van eigen kracht of eigen sociale netwerk, algemene voorzieningen en specialistische zorg aan te bieden.
3. Meer accent op wat ouders en kinderen zelf kunnen betekenen: wat kun je zelf, wat kun je samen met anderen in je netwerk en waar is professionele hulp bij nodig? Maak gebruik van het **eigen netwerk van de cliënt** en/of **versterk dat netwerk**.
4. Benader het beleid rondom jeugdzorg integraal. Maak daartoe **verbindingen met andere beleidsterreinen** zoals het onderwijs, leefklimaat, werk en inkomen et cetera.

INFORMATIEVOORZIENING

5. Ontwikkel zo snel als mogelijk een goed instrumentarium en aansluitende informatievoorziening waarop de raad ook daadwerkelijk kan sturen. Richt de informatie op de doelen van de transformatie zoals inzet eigen kracht, passende zorg, integraliteit, effecten van de hulp en zorg op cliënten et cetera. Tot op heden is sturing op geld het meest dominant. Hoe kan de raad ook **sturen op de inhoudelijke doelen**, en welke informatie is daarvoor nodig?
6. Benut de informatiepositie van alle spelers in het netwerk en bouw een gezamenlijk beeld op. Ontwikkel op basis van dat beeld beleid en plannen en maak de kosten inzichtelijk. Dit kan ook op actuele deelonderwerpen, zoals nieuwkomers.

PROFESSIONELE WERKWIJZE

Suggesties voor een verdere professionalisering van de werkwijze spitsen zich met name toe op de toegang (wijkteam Vraagraak) van de jeugdzorg:

7. Herzie de bevoegdheden van het wijkteam, ga daarbij nog meer uit van de professionaliteit van medewerkers. Bijvoorbeeld: voor maatwerk wat moet worden ingekocht, moet de beleidsmedewerker van de gemeente nu eerst toestemming geven, die bevoegdheid zou veel meer bij het wijkteam zelf moeten liggen.
8. Richt de doorontwikkeling van het wijkteam in eerste instantie op:
   - verduidelijking van taken/rollen en verantwoordelijkheden tussen het wijkteam en de ketenpartners.
   - op basis daarvan op onderdelen een herziening van werkafspraken met ketenpartners.
   - daaruit voortkomende werkinstructies verder uitwerken en werkprocessen inrichten.
   - gezamenlijk een samenwerkingsconvenant ontwikkelen, waar ook het onderwerp privacy in is geborgd.
9. Stel een cliëntenraad in, zodat cliënten ook een bijdrage kunnen leveren aan de verdere ontwikkeling van het wijkteam.

SAMENWERKING

'It takes a village to raise a child', zo luidt het van oorsprong Afrikaanse gezegde.

De 'village' bestaat niet meer in een tijd waarin veel sociale verbanden zijn vervaagd, en waarin kinderen opgroeien in een geïndividualiseerde samenleving, waar mensen steeds minder afhankelijk zijn van hun religieuze of culturele achtergrond. Traditionele steunstructuren zijn grotendeels verdwenen: gemeenschappen als kerk, nabuurschap en verenigingsleven waar mensen elkaar ontmoeten en steunen. Daarvoor in de plaats zijn formele instituties gekomen als jeugdhulp, kinderopvang en onderwijs. Die vervullen soms nog weinig de rol van 'medeopvoeder'.

10. Bouw een goed netwerk voor de signalering op en organiseer samen een werkwijze voor de opvolging van signalen: wat doe je na een signaal, waar leg je dit neer, hoe registreren we signalen en hoe monitoren we de opvolging?
11. **De relatie met de huisartsen en scholen verder uitbouwen**. In maart 2018 staat er een bijeenkomst op de rol om te kijken hoe beter samen te werken.
12. De doorwerking van lokale beleidsintenties op de **gemeenschappelijke regelingen** moet transparant en helder worden.
13. De **besluitvorming in regionaal verband** moet veel slagvaardiger en sneller.
14. Het netwerk van samenwerking is nu complex en ondoorzichtig. Maak helder **wie welke bijdrage levert aan de doelen**, en in welke mate.
15. Mogelijk wordt de grens van de Jeugdwet opgetrokken naar 23 jaar. In dat kader is het verstandig hoe de samenwerking met ROGPlus en Stroomopwaarts verder vorm te geven.

Deel IV: toelichting op realisatiegericht onderzoek en respondenten

Nadere toelichting op realisatiegericht onderzoek

Kernvraag is: "Wat wil ik realiseren en hoe kan ik dat doen, in het licht van waar ik nu sta en waar ik vandaan kwam?"

Realisatiegericht onderzoek is een mengvorm tussen ex post en ex ante onderzoek. Het gaat om het ophalen van lessen uit het verleden op grond van onderzoek (ex post). Deze lessen worden 'opgehaald' en vervolgens gebruikt als vertrekpunt om te bepalen wat nog nodig is om het gewenste toekomstbeeld te realiseren (ex ante). Zie ook de figuur hiernaast.

Het evaluatiekader vormt een gewenst toekomstbeeld, in dit onderzoek is dat de transformatie van het sociaal domein. Het onderzoek gaat vervolgens in op twee vragen. De eerste vraag gaat over de huidige stand van zaken: in welke mate is het gewenste toekomstbeeld al gerealiseerd (wat al wel en wat nog niet)? De tweede vraag is gericht op wat nog nodig is voor het realiseren van dit gewenste toekomstbeeld, op grond van ex post onderzoek naar de aanpak en het beleid tot nu toe. Om te bepalen wat nog nodig is om het toekomstbeeld te realiseren zijn in dit onderzoek beelden en meningen hierover opgehaald in werkateliers (zie deelnemers hieronder en bevindingen in deel III).

Er zijn 5 werkateliers georganiseerd waarvoor 30 mensen zich hebben aangemeld, de selectie van deelnemers is in afstemming met de ambtelijke organisatie gedaan. De beelden en meningen zijn - in combinatie met schriftelijke stukken - door de onderzoekers geanalyseerd. Samenhangende en consistente beelden en meningen zijn gebruikt voor de kernbevindingen in deel II.

Naam	Functie	Organisatie	Naam	Functie	Organisatie
Gesprekken:			**Werkatelier zorgaanbieders: 5 december 2017**		
Ballegooien van, Lotte	Beleidsmedewerker	Gemeente Maassluis	Aarsen van den, Mathieu	Accountmanager	Flexus Jeugdplein
Bongers, Danielle	Afdelingshoofd Samenleving	Gemeente Maassluis	Mohr, Wily	Teamleider gezinsspecialisten op school.	Minters
Hofman, René	Directeur Financiën & Control	Gemeente Maassluis	Reijke, Gregory	Manager Welzijne25	Welzijne25
Houtman, Johan	Coördinator	GR Jeugdhulp Rijnmond	Verhagen, Just	Clustermanager	Ipse De Brugge
Keijzer, Arnold	Wethouder	Gemeente Maassluis	Vliet van, Jaap	Manager Lucertis	Parnassia Groep
Lamain, Wiebo	Beleidsmedewerker jeugdhulp/accounthouder GR	Gemeente Maassluis			
Oosten van, Petra	Financieel controller en adviseur	Gemeente Maassluis			
Plank van der, Els	Beleidsmedewerker jeugd en onderwijs	Gemeente Maassluis			
Werkatelier afvaardiging van de gemeenteraad: 28 november 2017			**Werkatelier ambtelijke organisatie: 12 december 2017**		
Booster, Cor	Steunraadslid	VVD	Antwerpen van, Dick	Werkconsultent Startpunt GO	Stroomopwaarts MVS
Çiçek, Mehmet	Raadslid	CDA	Eylen, Laura	Teamleider wijkteam Maassluis	Gemeente Maassluis
Çiftçi, Murat	Raadslid	PvdA	Graaf de, Miranda	Wijkteam Maassluis	Gemeente Maassluis
Enzerink, Gert Jan	Fractievoorzitter	Maassluis Belang	Jansen, Che	Manager Projecten en Contracten	ROGplus
Heijboer, Henrike	Steunraadslid	CDA	Messaoudi El, Naima	Wijkteam Maassluis	Gemeente Maassluis
Kromdijk, Pieter	Raadslid	PvdA	Veen van, Marianne	Wijkteam Maassluis	Gemeente Maassluis
Mulder-Solleveld, Denise	Steunraadslid	Maassluis Belang			
Oosterman-Feenstra, Klarie	Raadslid	ChristenUnie			
Spenke te, Erna	Raadslid	VVD			
Vlendré, Paul	Raadslid	VSP			
Wel van der, Leo	Steunraadslid	CDA			
Werkatelier adviesraad: 5 december 2017					
Koemans, Mariëlle	Voorzitter werkgroep Jeugd	Adviesraad Samenlevingszaken Maassluis			
Goor van, Henk	Lid werkgroep Jeugd	Adviesraad Samenlevingszaken Maassluis			
Luttink, Bart	Voorzitter Adviesraad	Adviesraad Samenlevingszaken Maassluis			
Raamsdonk, Loura	Lid werkgroep Jeugd	Adviesraad Samenlevingszaken Maassluis			
Roodenburg, Frans	Lid werkgroep Jeugd	Adviesraad Samenlevingszaken Maassluis			

Deel V: Bestuurlijke reactie van het college van Burgemeester en Wethouders.

Op uitnodiging van de Rekenkamercommissie Maassluis heeft het college een bestuurlijke reactie op het onderzoek ingediend. De reactie is hieronder integraal opgenomen.

gemeente Maassluis

Postbus 55
3140 AB Maassluis

T 14 010
E gemeente@maassluis.nl
I www.maassluis.nl

Gemeentelijke rekenkamercommissie Maassluis
t.a.v. Mevrouw R.R. Westhoff
Postbus 55
3140 AB MAASSLUIS

ons kenmerk	UIT-18-34599/Z-18-22054	datum	12 MAART 2018
uw kenmerk	UIT-18-34287/Z-17-20346	uw brief van	5 februari 2018
contactpersoon	De heer W. Lamain	doorkiesnummer	
onderwerp	Onderzoek rekenkamercommissie naar de stand van zaken jeugdzorg.	bijlage(n)	

Geachte mevrouw Westhoff,

Op 5 februari jl. heeft de rekenkamercommissie haar conceptrapport aangaande het onderzoek naar de stand van zaken van de decentralisatie van de jeugdzorg aan de gemeente Maassluis gestuurd.
Het conceptrapport is aangeboden voor ambtelijke verificatie en bestuurlijke wederhoor. De bestuurlijke wederhoor en ambtelijke verificatie worden op verzoek van de rekenkamercommissie gelijktijdig uitgevoerd. In deze brief sturen wij u onze reactie op beide verzoeken.

Om te beginnen spreken we onze waardering uit voor het onderzoek en de inzichtelijke wijze waarop de rekenkamercommissie daarover in het conceptrapport verslag doet.

Het conceptrapport bestaat uit 4 delen:

Deel I: conclusies, aanbevelingen en bouwstenen voor een ontwikkelagenda
Deel II: kernbevindingen (gebaseerd op de informatie in deel III)
Deel III: detailgegevens, verzameld met behulp van werkateliers
Deel IV: lijst met respondenten en deelnemers en toelichting op de onderzoeksmethodiek

De rekenkamercommissie vraagt om een ambtelijke verificatie van deel II, met de vraag of de opgenomen kernbevindingen compleet zijn en of er nog toevoegen en op-en aanmerkingen op de beschreven kernbevindingen zijn.
De rekenkamercommissie vraagt om een bestuurlijke wederhoor op deel I van het rapport.

Ambtelijke verificatie
Op basis van de detailgegevens die in deel III van het conceptrapport worden beschreven, worden de kernbevindingen als passend en juist beoordeeld. Er missen geen cruciale zaken.

Bestuurlijke wederhoor
Het college heeft uw conceptrapport met veel waardering gelezen. Uw conclusies en aanbevelingen en de door u aangereikte bouwstenen voor de gezamenlijke ontwikkelagenda worden door het college zeer ter harte genomen. Het college heeft de overtuiging dat uw aanbevelingen van grote toegevoegde waarde zullen zijn in het realiseren van volgende stappen in de transformatie van de jeugdhulp. Ten aanzien van een aantal aspecten uit deel I van uw conceptrapport heeft het college enkele opmerkingen en aanvullingen, die hieronder worden beschreven.

Betreffende conclusie 1, vraag 3 ("Hoe zorgt de gemeente voor innovatie?") wordt opgemerkt dat hier enkel de innovatie wordt benoemd zoals deze in de regionale transformatieagenda is vormgegeven. In aanvulling daarop stuurt en faciliteert de gemeente Maassluis ook lokaal en in MVS-verband de innovatie van de jeugdhulp en zijn er de afgelopen jaren meerdere innovatieve ideeën uitgewerkt en geïmplementeerd. Enkele voorbeelden daarvan zijn de pilot 'Tussenklas', de inzet van gezinsspecialisten op scholen en het direct beschikbaar stellen van basis-GGZ expertise in het wijkteam.

Betreffende conclusie 2 ("Wat is nog nodig?"), vraag 4 ("Heeft de raad voldoende zicht op de realisatie van doelen?") neemt het college de aanbevelingen graag over. Wat betreft de uitvoeringsprestaties en de organisatie en/of werkwijze die nodig is om die te kunnen leveren, constateert het college dat er de afgelopen jaren door de gemeente veel is ontwikkeld en gerealiseerd. Op het terrein van de transformatieagenda is er de afgelopen jaren ook veel gedaan, waarbij wordt opgemerkt dat de wethouder van Maassluis een van de twee bestuurlijke aanjagers van de transformatieagenda is. Transformeren vraagt veel tijd en energie. De gemeente Maassluis heeft die tijd en energie er in ruime mate in gestoken. De conclusie dat het zicht van de raad op deze transformatieagenda en innovatie, fragmentarisch is, nemen we zeer ter harte.

Onder vraag 2b ("Welke voorwaarden moeten nog worden ingevuld?") wordt geconcludeerd dat de structuren/organen en samenwerkingsverbanden inmiddels wel zijn ingericht en dat het op onderdelen nog ontbreekt aan een samenhangende werkwijze en informatievoorziening om de doelen van de transformatie te kunnen realiseren. Wij erkennen deze conclusie en merken op dat de gemeente daar recent, na de uitvoering van de werkateliers, al een aantal slagen in heeft gemaakt, zoals de implementatie van de resultaatgerichte bekostiging van de jeugdhulp en de aansluiting van Veilig Thuis in het wijkteam.

Betreffende vraag 5 ("Welke voorstellen tot verdere ontwikkeling kunnen worden gedaan?") merken wij op dat de aanbeveling aan de raad om zich te richten op de vraag op welke innovaties de gemeente inzet wil plegen en een bijdrage wil leveren (laag 3), zich slecht verhoudt tot de bestaande structuur waarin het college zich verantwoordt aan de raad en de flexibiliteit, snelheid en het experimenterende karakter dat innoveren vraagt.

Wij spreken nogmaals onze waardering voor uw onderzoek uit en gaan er van uit dat u onze reactie zult kunnen verwerken in het definitieve rapport.

Hoogachtend,
het college van burgemeester en wethouders van Maassluis,

de secretaris,	de burgemeester,
A.L. Duijmaer van Twist	Dr. T.J. Haan