National youth care support team

Design for youth care within complexity

Date:

14/10/2025

Who are we?

Inge Bakker
Program manager –
Change manager

Paul Meulendijks
Systemic designer

About youth care:

Dyslexia, ADHD, Social skills (....)

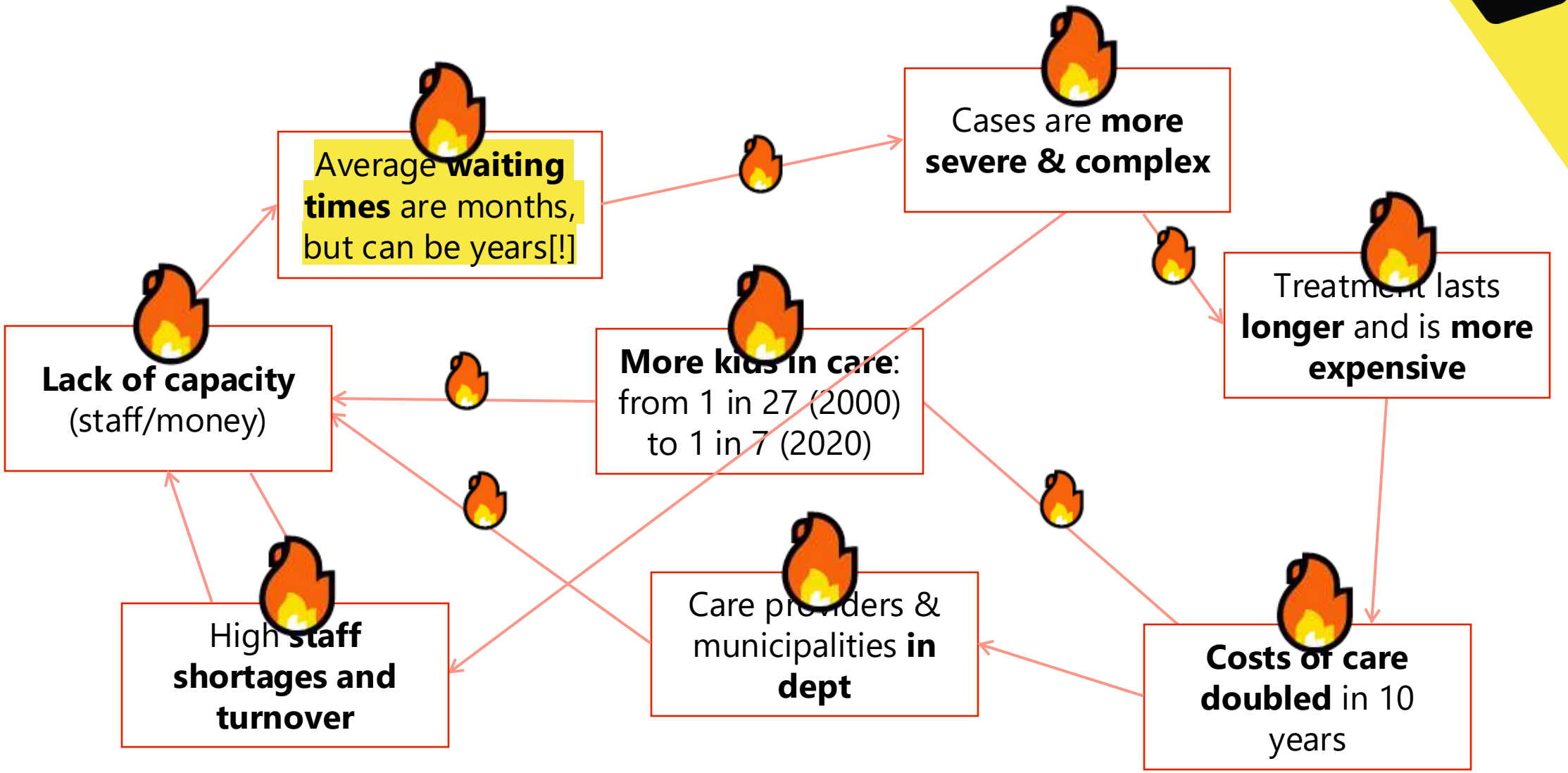
ASS, trauma, addiction

‘Suicide watch’

child protection

Foster care

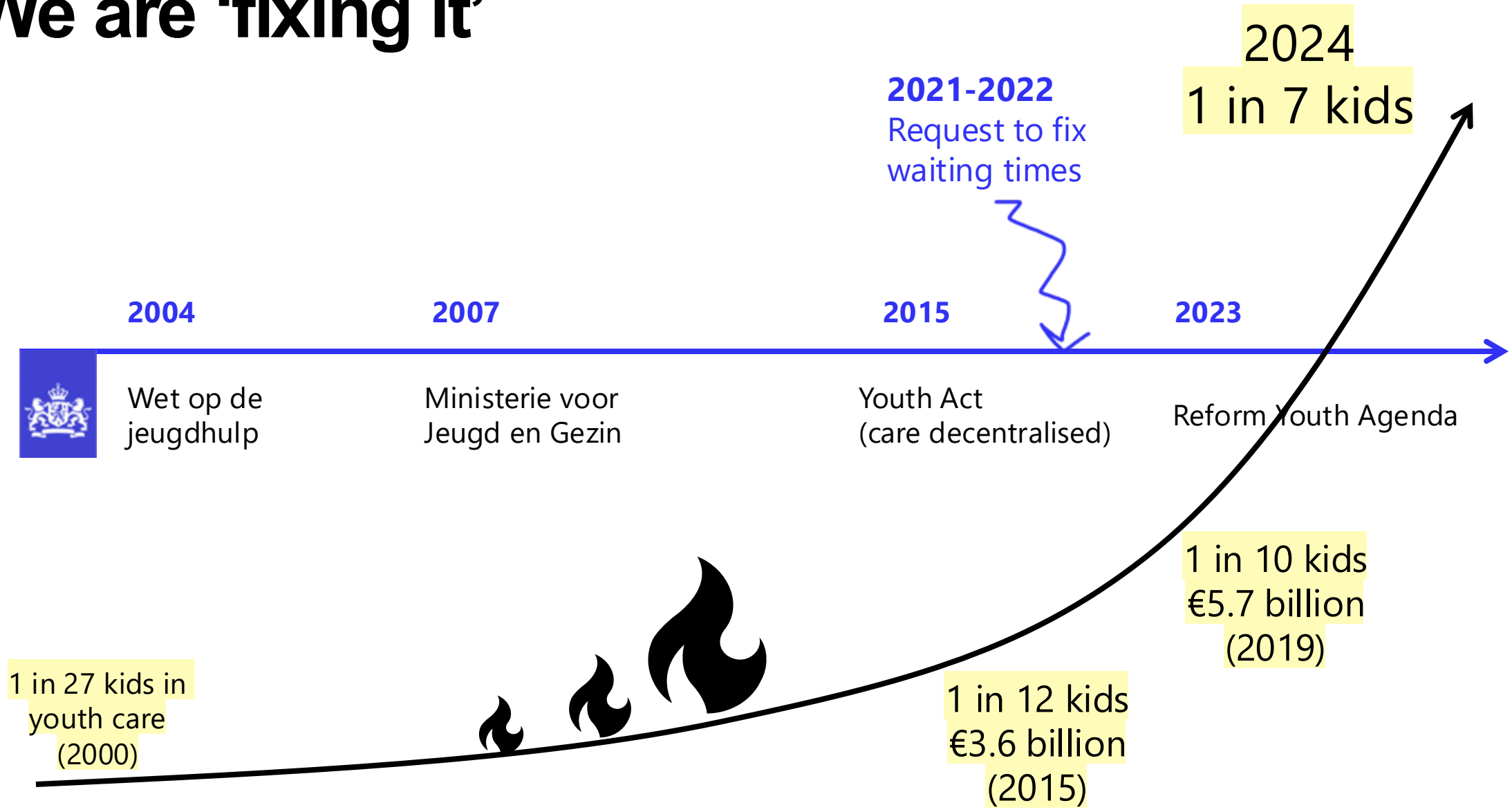
What about it?

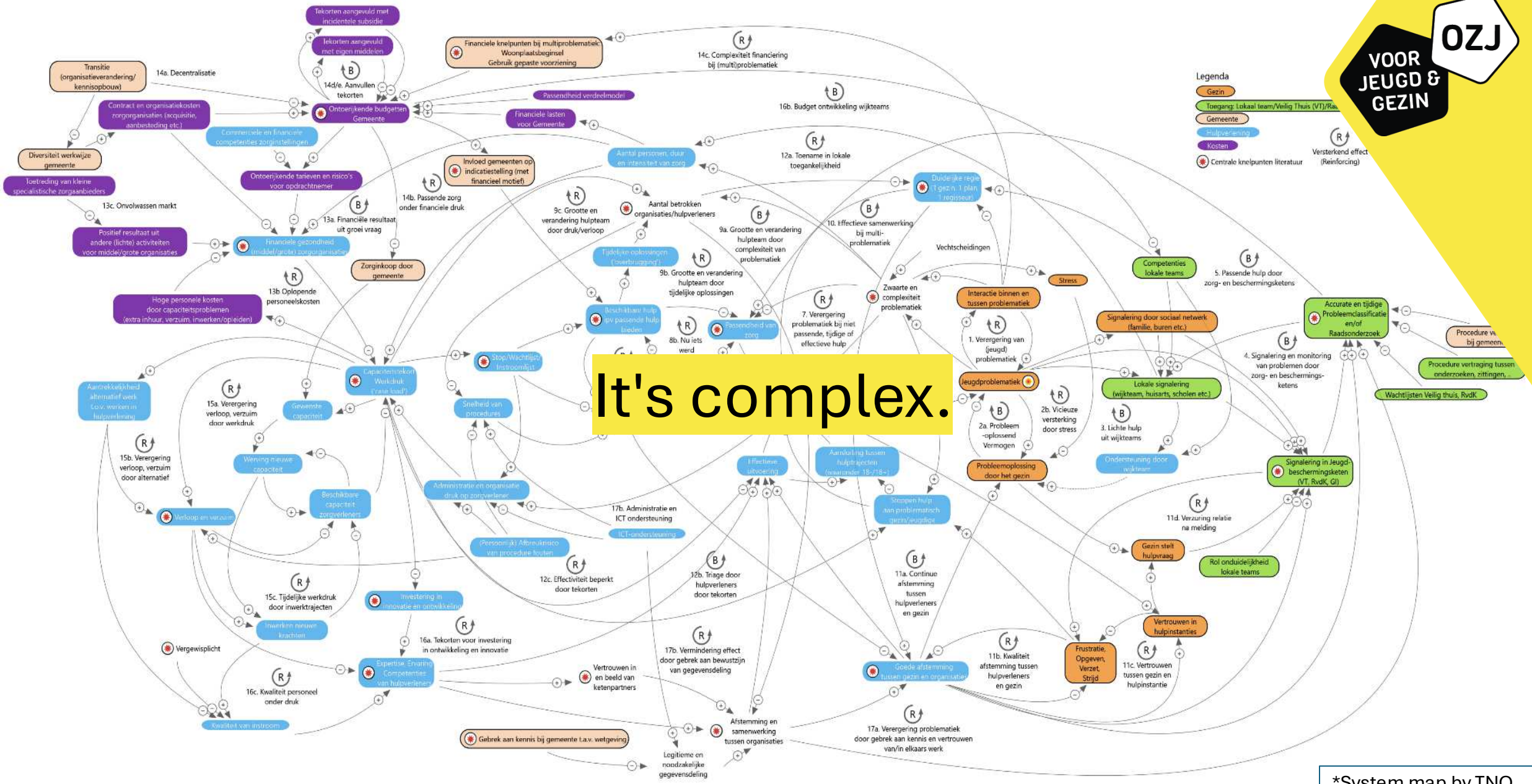


AAAAAAH we need to fix this!

☹

We are ‘fixing it’





It's complex.

*System map by TNO (Veldhuis et al 2022)

Stakeholder overview

"I used to deal with 3 people in total about this, now I deal with 8… for every municipality!

-youth care professional

So what do do?

High complexity and ambiguity?

↓

Design approach: iterative & co-design processes

Highly fragmented system. Many stakeholders. Little control

↓

Network approach: Build a wider movement

The program setup

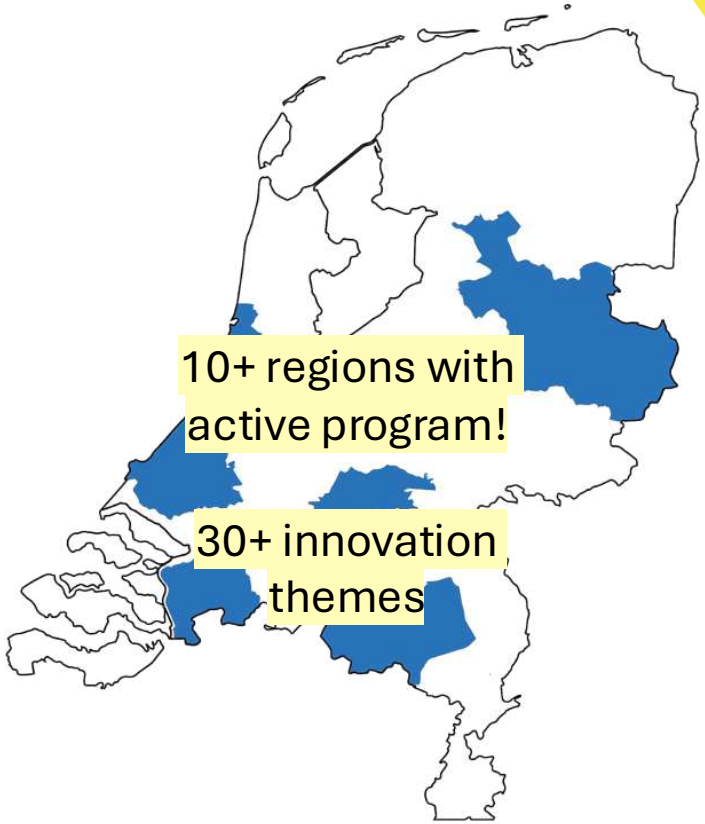
National program & team
(~15, multidisciplinary)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

VNG

Youth care regio program
(2 designers + change manager)

Innovation theme / cluster	*e.g. 'youth care without labelling"*	*e.g. collective care (in groups)*
local projects, pilots & action research	*e.g. research project: what are the impact of labels?*	*e.g. pilot of new treatment group*



The program setup

Systemic design

+

Change management

Data expertise

Etc.

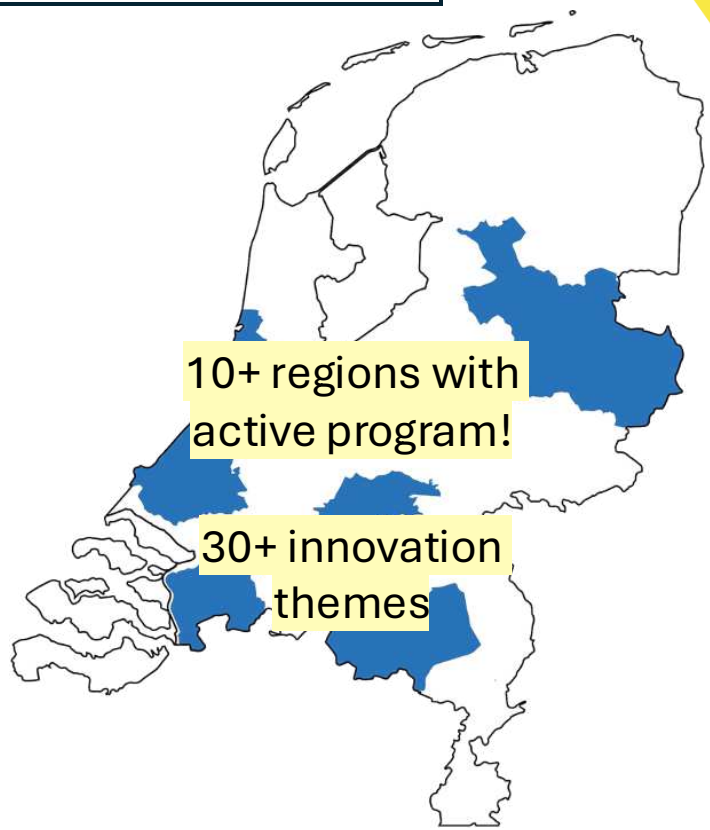
National program & team
(~15, multidisciplinary)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

VNG

Youth care regio program
(2 designers + change manager)

Innovation theme / cluster	*e.g. 'youth care without labelling"*	*e.g. collective care (in groups)*
local projects, pilots & action research	*e.g. research project: what are the impact of labels?*	*e.g. pilot of new treatment group*



How design plays a role

Alignment through research and (re)framing:

“Now that we know all this, this is our shared aim’

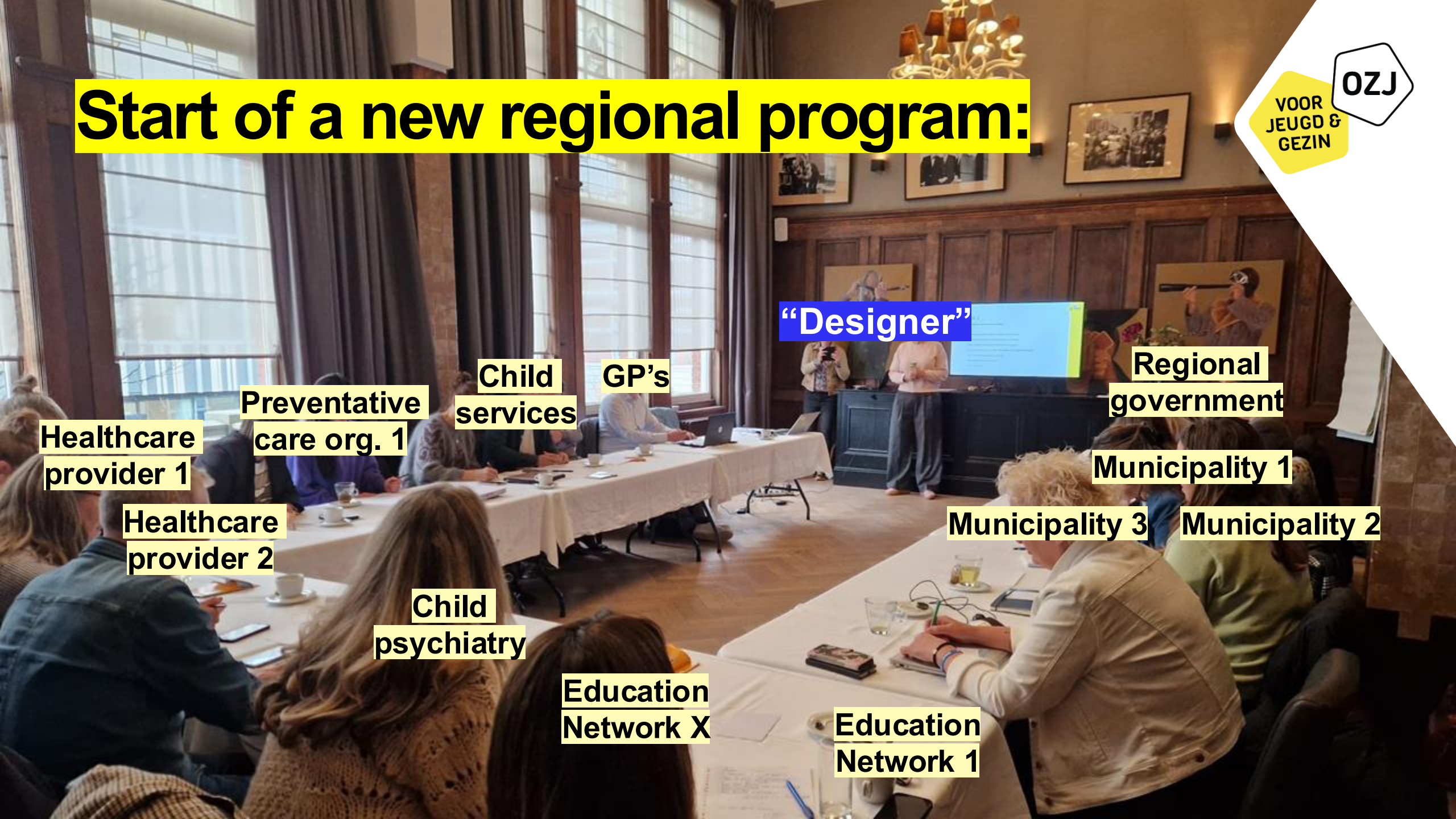
People insights and buy-in by co-creation

“We all love this plan because it’s our plan!”

Iterative process : ‘improving in practise

“We learned the idea didn’t work before it failed”

Start of a new regional program:



OZJ
VOOR JEUGD & GEZIN

How it often starts…

Design brief: address systemic issues in youth care

Scope: ‘’youth care”

Stakeholders: “Everybody”

A risky start

- Broad scope: “end of care pathways” / “infant care”
- Hard to define scope: “human values within care”
- Hard to stick to a scope: “but it actually starts with…”

+ stakeholders often not aware of ‘scoping issue’!

+ they feel urgency: ”let’s just ‘start’ already”!

Helps everybody be heard: create a shared view

Alles hangt samen: waarom knelpunten systemisch aangepakt moeten worden

Een overzicht van alle 'oorzaken en knelpunten rondom wachttijden' -voor zover mogelijk-, is maar beperkt bruikbaar. Oorzaak en gevolg loopt al snel door elkaar en de meeste factoren hangen nauw met elkaar samen.
Ter illustratie: Hieronder is te zien hoe slechts enkele factoren al een complex systeem vormen, elkaar beïnvloeden en onderling verergeren.

~50 knelpunten meest gehoorde knelpunten en oorzaken in de regio

Het overzicht is een inventarisatie van de vaakst gehoorde knelpunten binnen de jeugdzorg o.b.v. de 'gedeeld beeld fase in 12 regio's. Hierbij zijn in het totaal ruim 500 professionals betrokken (zie netwerk overzicht op pag XX).

Hoewel er input is verzameld vanuit alle ketenpartners, bestond de grootste vertegenwoordiging uit jeugdhulp aanbieders en jeugdteams. Dit kleurt natuurlijk welke knelpunten naar voren komen.

Dit overzicht is niet...
- Een prioritering van 'de belangrijkste' knelpunten
- Een stappenplan van 'wat aangepakt moet worden'
- 100% volledig
- Even representatief voor ieder domein

Knelpunt-themas en kansgebieden: waar zetten de regio's op in?

"Wat ik nodig had, was iemand die gewoon echt ging luisteren van 'oké, wat is er allemaal aan de hand? En wie kan je daar het best bij helpen?' Het was steeds van 'ik kan je niet helpen, dus je moet naar iemand anders nu.' Het voelde meer als conformatie voor henzelf dat zij ze mij niet konden helpen." – Jongere

voor (-) zorg
('gewone leven', signalering, preventie)

- **Toename van 'druk op jeugdigen'** (prestatiedruk, social media, geldzorgen in het gezin, etc.)
- We zijn meer als 'afwijkend' gaan zien en geloven als maatschappij in 'maakbaarheid': **We kijken eerder naar jeugdhulp.**
- Ervaren toename **jonge kinderen met opvallend gedrag**, waaronder agressie en ASS, ook verzwaring van deze problematiek.
- **Definitie van 'onveilig' kent grijs gebied en is verbreed**: dat verplicht tot meer onderzoek
- Ervaren **toename complexe (multi) problematiek in gezinnen**, bijvoorbeeld rondom scheidingen.
- Er wordt **meer en vroeger gesignaleerd,** maar er kan vaak **niet preventief worden doorgepakt** door wachttijden. Ook stijft de instroom.
- Er is **meer aandacht en taal voor psychische en gedragsproblemen,** het is normaler om een label te hebben.
- **Preventieve programma's** worden niet altijd gevonden door de doelgroep. Ze zijn op basis van subsidies, waardoor er vaak op wordt **bezuinigd**.
- **Veilig thuis kampt met wachttijden.** Hierdoor kunnen meldingen averechts werken op korte termijn: meer stress en minder veiligheid in het gezin.
- Door volle klassen en werkdruk op school is **passend onderwijs niet altijd haalbaar**. Uitvallers vragen veel en drukken het zorgbudget.
- **Nauwe samenwerking met onderwijs en de sociale basis** is essentieel maar blijkt in de praktijk vaak **lastig**.
- **Veilig thuis kampt met wachttijden.** Hierdoor kunnen meldingen averechts werken op korte termijn: meer stress en minder veiligheid in het gezin.

"Ja, wat ik heel erg miste, was ook dat ze tegen mij zeiden, 'Oké, ik heb je verhaal gehoord en dit zijn de stappen die we gaan zetten.' Dus je zit continu in een soort van spanning van: gaat er nu iets gebeuren of niet?, heeft dit gevolgen voor mij?" – Jongere

(opnieuw) in zorg komen
(uitvraag, triage, analyse, verwijzing, wachttijd)

- **De juiste analyse aan de voorkant is essentieel, maar lastig.** Het ontbreekt hier vaak aan specialisme en/of tijd. Ook zijn vaak nog niet alle factoren in beeld.
- **De focus in de analyse ligt vaak op het kind terwijl de oorzaak in het gezin ligt.** Hierdoor slaan trajecten vaak niet aan.
- **Gezinnen weten vooral de huisartsen goed te vinden,** maar die missen vaak kennis van de sociale kaart of de tijd om breed te kijken.
- Door hoge wachttijden en beperkt aanbod, wordt er vaak verwezen naar plekken die niet goed aansluiten. **Veel kinderen zitten niet op een passende plek.**
- Verwachtingen van "recht op zorg" en "1op1 met de specialist" schuren met wat kan. **Verwijzers staan niet altijd sterk tegen mondige ouders.**
- **Verergering of verandering klachten en motivatie tijdens het wachten.** Hulptraject sluit vaak niet meer aan.
- **Jeugdigen/ gezinnen voelen zich vaak niet goed meegenomen of gehoord.** Dit beperkt hun vertrouwen en eigenaarschap: en daarmee de effectiviteit van zorg.
- **Door druk op capaciteit worden aanbieders 'selectiever'.** Complexe casussen worden in de regel sneller afgewezen.
- Een **goede relatie met de jeugdigen is essentieel maar lukt vaak maar beperkt**. Bijv als jongeren steeds hun verhaal moeten bij steeds andere
- **Aanbieders leveren vaak geen hulp tijdens de wachttijd** vanwege het aansprakelijkheidsrisico.
- **De zoektocht naar passend *en beschikbaar* aanbod wordt steeds lastiger** en kost daardoor ook meer tijd en motivatie van verwijzers.
- **Overbruggingszorg knelt op de capaciteit van de jeugdteams** en andere verwijzers. Samenwerking met jeugdhulp of de sociale basis is vaak beperkt.
- **Jeugdigen vallen vaak tussen wal en schip.** Dit gaat bijvoorbeeld om multiproblematiek (verslaving + GGZ) of juist aanbod tussen sGGZ en de sociale basis in.
- **Hulpverleners en verwijzers voelen zich vaak machteloos** of moeten 'vechten' om de juiste hulp te krijgen voor hun gezinnen. Er is veel mentale druk en uitval.

"Dus ik dacht: daar gaan we weer, eigenlijk. Ik moet eerst naar één instelling, maar daar konden ze niet alles behandelen. Dus ik moet ook alvast op de wachtlijst voor de andere instelling omdat de wachttijd daar meer dan een jaar is." -Jongeren

in zorg zijn
(intake, behandelplan, zorgtraject, evaluatie)

- Een **systemische gezinsaanpak is lastig te realiseren** door schotten tussen wetten en regelgevingen. (bijv. jeugdwet, volwassenen GGZ, WMO, etc.)
- **Missend perspectief, doelen en goede evaluatie voor 'afronding traject'**. Trajecten worden vaak al snel doorgezet.
- **De context van het kind (zoals gezin en onderwijs) wordt vaak te weinig betrokken en gezien.** Er wordt nog veel 'gefixt' vanuit hulpverleners.
- **Cynisme en gebrek aan vertrouwen bij cliënt** door hoeveelheid en wisseling van hulpverleners en trajecten die eraan vooraf gingen.
- **Druk op 'labels' vanuit school, gezin of zorg** (bijv. bij passend onderwijs: 'Je moet iets vinden om iets te kunnen')
- Er vaak **snel gestapeld met zorgtrajecten**, bijv bij incidenten of bij complexe casussen. Dit maakt regievoering lastig.
- **Regievoering is lastig bij casussen met meerdere professionals.** Er is bovendien vaak geen visie en koers op wat casusregie is. Ook vraagt het bepaalde skills.
- Hulp-*verlening* zet soms onvoldoende in op **eigenaarschap en eigen inzet van jeugdigen en gezinnen** in het traject. Dit beperkt de effectiviteit en duurzaamheid.
- **Communicatie en briefing tussen de partijen** bij de start van een zorgtraject laat vaak te wensen over. Onjuiste verwachtingen schaden de samenwerking.
- In zwaardere zorgtrajecten, raken de **jeugdigen en gezinnen vaak sociaal geïsoleerd.** Dit beperkt het herstel vergroot de afhankelijkheid van zorg.

uit zorg gaan
(afschalen/afsluiten, zelf verder kunnen)

- **Uitstroom en doorstroom beperkt door hoge wachttijden.** Zorgtraject wordt vaak doorgezet als het anders jongeren er anders weer direct alleen voor staan.
- **Het traject staat vaak ver af van het 'normale leven'.** Dit vergroot de afhankelijkheid van zorg (bijv bij 1op1 begeleiding)
- **Afhankelijkheid van zorgverlening.** Angst bij behandelaars en cliënten voor beëindigen zorg: stap naar 'gewone leven' te groot.
- **Harde knip tussen 18/18+.** Toekomstperspectief plan voor de jongeren vaak ontoereikend.
- Ook als een traject aanslaat, is de **kans op terugval reëel als er veel in het gezin blijft spelen** (bijv bij KOPP/KOV of complexe scheidingen)

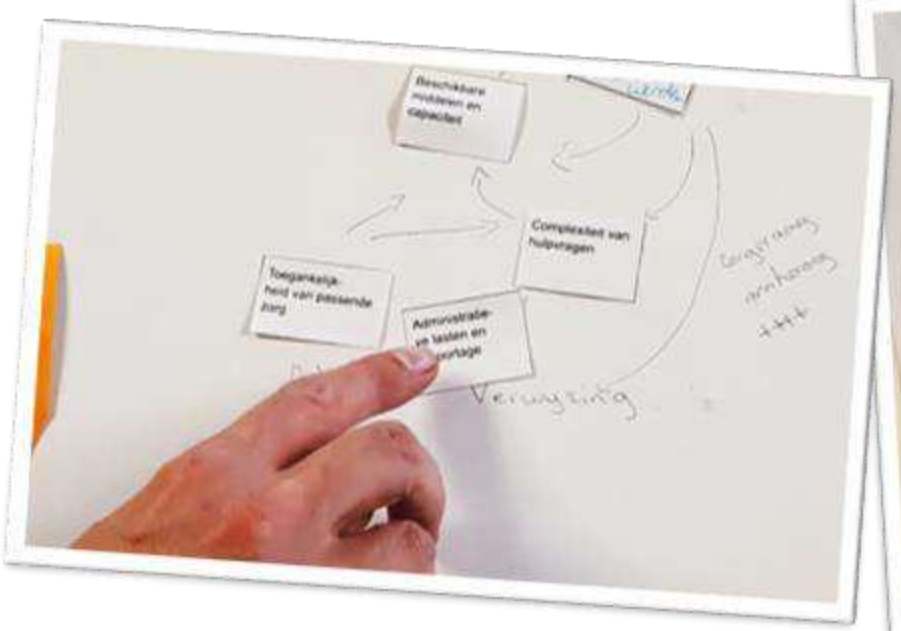
"Ik heb me van gemeen hun ogen zo op denken we helen beleid aan het sch heel anders je er wer persoon en verhaal bij

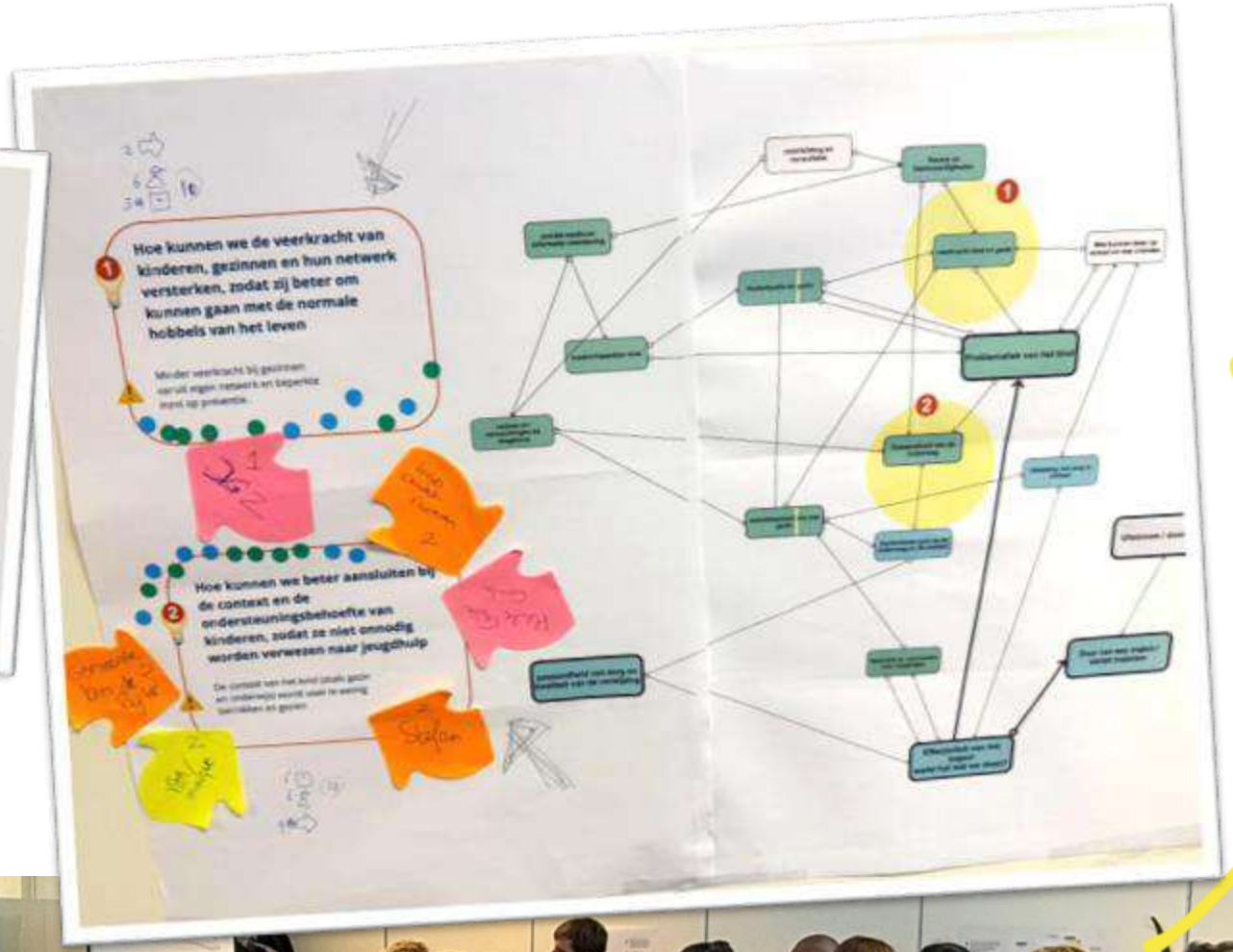
Innovatie & sturing

- **Slechte datakwaliteit en weinig monitoring** bij zowel aanbieders als gemeenten beperkt de sturing.
- Aanbieders en gemeenten staan onder druk, financieel en qua capaciteit: **er weinig geld en tijd voor innovatie**.
- Er is een **veelvoud aan partijen, overlegtafels en agenda's**. Het is lastig samen iets voor elkaar te krijgen.
- Door de hoge (politieke) druk om 'te fiksen' **onderschatten** bestuurders **de complexiteit van het systeem.**
- Ad hoc beleid, veranderingen, in bezetting en rigide processen **beperken de ruimte tot experimenteren.**
- **Conflicterende doelen, verantwoordelijkheden en oud zeer** tussen partijen zit samenwerking in de weg
- 'Innovatieopdrachten' zijn vaak niet goed belegd. Betrokken medewerkers **missen de kennis, tijd, of het mandaat**

Capaciteitstekort en schaarse personeel	Hoge maatschappelijke druk en verwachtingen	Symptoombestrijding en medicalisering	Fragmentatie en knellende samenwerking in het zorgpad	Beperkt eigenaarschap, perspectief en eindigheid van zorg	Beperkt inzicht, sturing, en ruimte om te bewegen
Ruimte maken om ruimte te vinden	**Versterken en aansluiten bij de de sociale basis**	**Bredere analyse en behandelplan: Context in beeld.**	**Integraal samenwerken en casusregie: 1 zorgpad 1 team**	**Geven van door- en uitstroom perspectief**	**Beter inzicht en sturing: inzetten op wat werkt**

Helps them focus but ‘with the system in mind’





Tension

Big picture

Concrete focus

System thinking is often big picture…

Move fast on stakeholder energy / buy-in (systemic) mapping helps

Needed for anything tangible (So move here!)

How design plays a role

Alignment through research and (re)framing:

“Now that we know all this, this is our shared aim’

People insights and buy-in by co-creation

“We all love this plan because it’s <u>our</u> plan!”

Iterative process : ‘improving in practise

“We learned the idea didn’t work <u>before</u> it failed”

Start of innovation theme:

OZJ
VOOR JEUGD & GEZIN

@regional theme kick off:

Design brief: collectivising care (help more children through group treatment and interventions)

Innovation team: youth-care professionals, regional policy, etc.

Design lead: you? Them? Who?

Tension

You do
Focus on results, tempo, trust in approach

Let them do
Focus on ownership, buy in, self-sufficiency

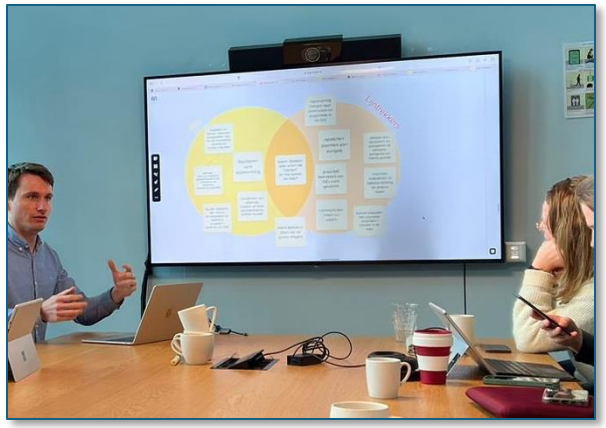
A tricky start:

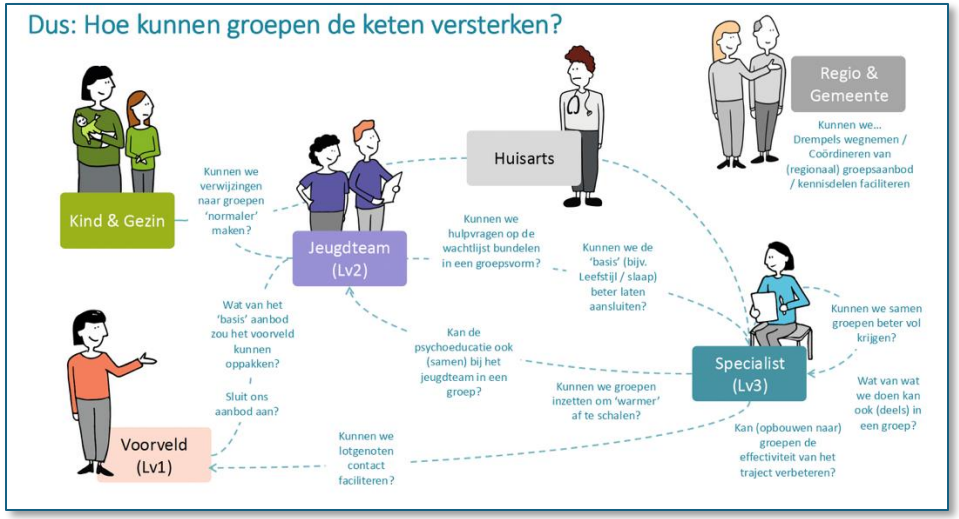
Great ideas everybody! Now, who wants to quit their fulltime job to develop them further?

This is a bottoms-up iterative design program. So eh… go do stuff!

So Timmy, how would you improve the 2030 childcare reform act?... Timmy?

A tricky start…





Invest in role definition: Who should be able to do what at what phase?

Invest in a shared vision on group therapy

(this we do!)

Invest in more initiative from care providers

First groups getting started!

Tension ownership focus vs result focus

You do
Focus on results,
tempo, trust in approach

Let them do
Focus on ownership, buy
in, self-sufficiency

I like to start
here…

Both is a risk!
Balance
ownership vs ability

How design plays a role

Alignment through research and (re)framing:

“Now that we know all this, this is our shared aim’

People insights and buy-in by co-creation

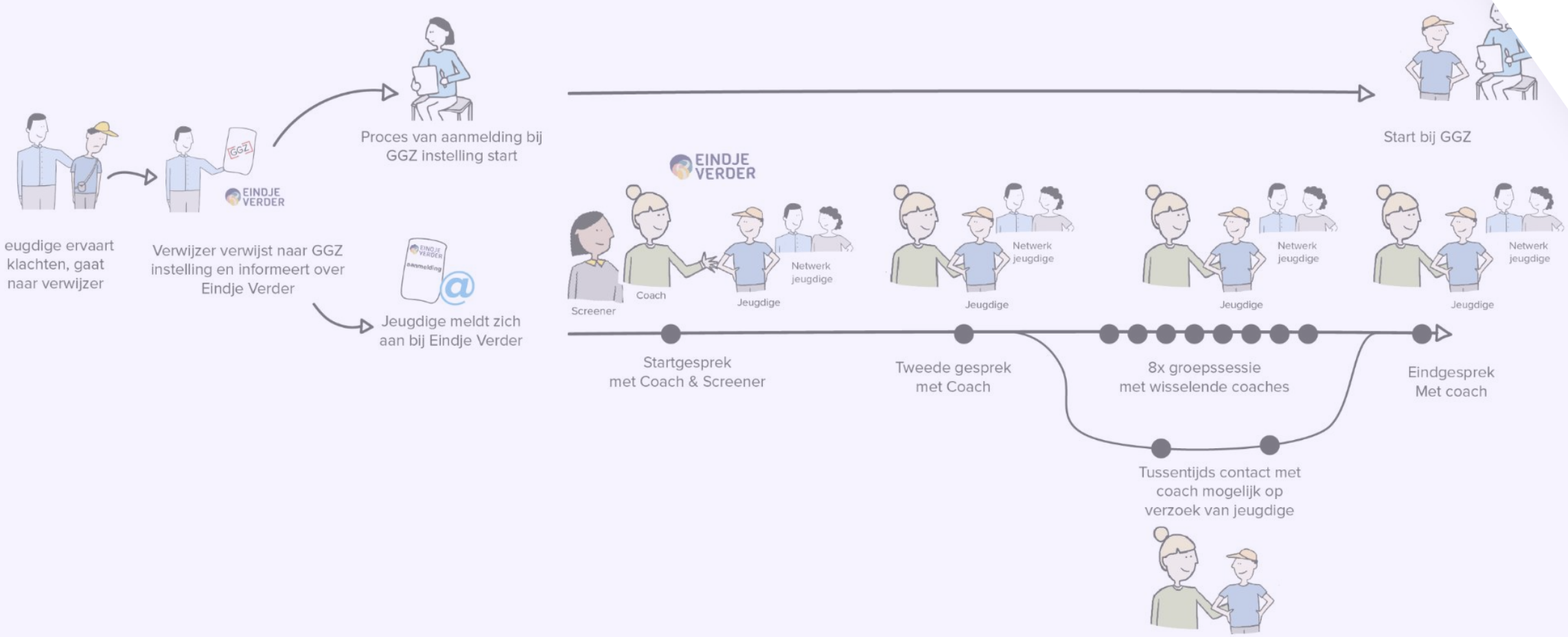
“We all love this plan because it’s our plan!”

Iterative process : ‘improving in practise

“We learned the idea didn’t work before it failed”

A
B
UM...
BUSINESSILLUSTRATOR.COM/CONFUSED-CEO

Start of new ideas / initiatives



Start of new ideas / initiatives

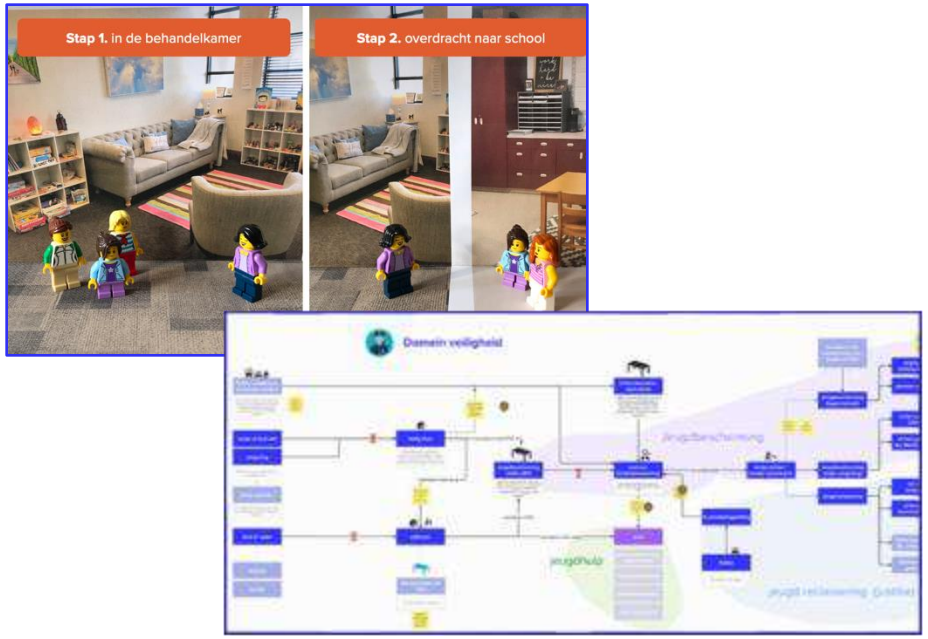
Test in context, *early* and *often*... but how?

[!] how to test 'new group interventions'
(long treatment time, under 18)

healthcare professional in control
&
finding ways to test 'smaller'

You can ‘test’ quicker than you think

Talking to ‘the youth’
when would you join
a group?



‘prototyping’ services
What does it look
like...really?

Example: filling therapy groups

- Group treatment is great! (more kids can be helped)
- **Problem**: Small care providers struggle to fill up their groups
- **Solution(?)**: build a platform where providers can post if they still have spots available.

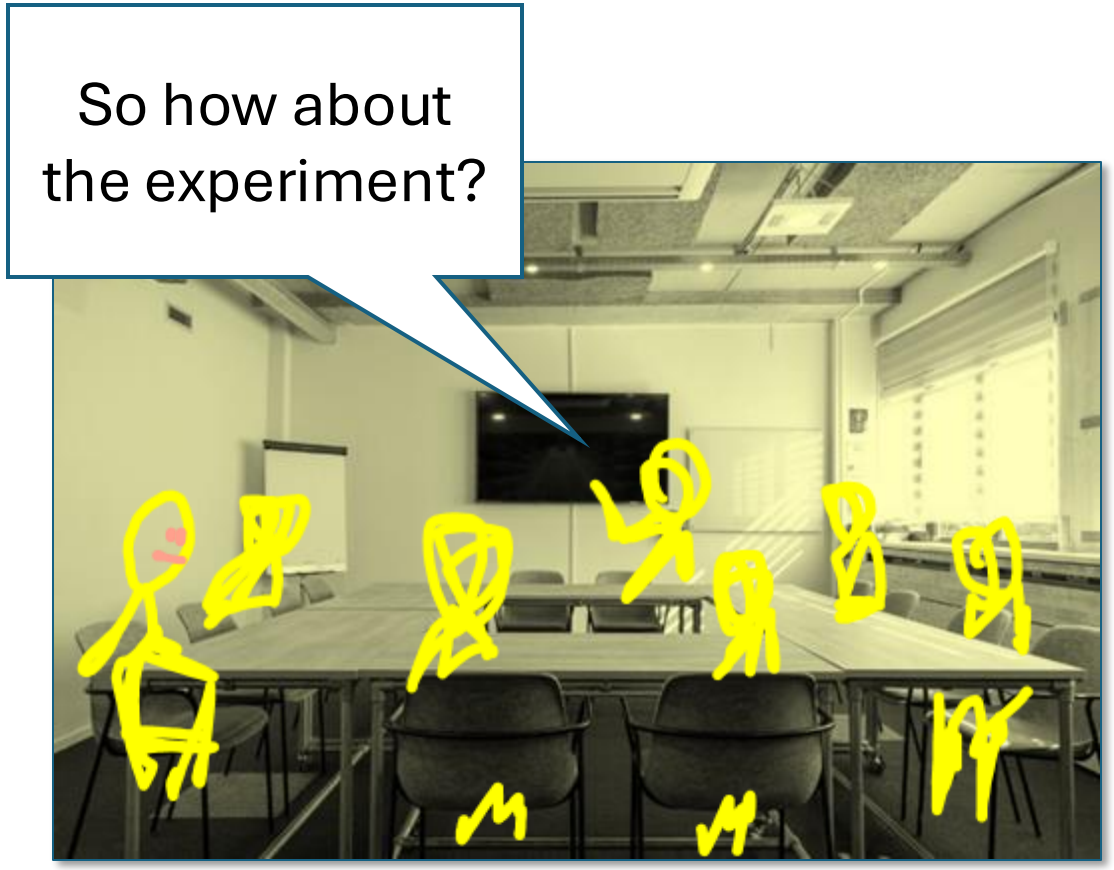
Tension

Small, quick test

Investigate viability through ‘free spots’ by mail

More elaborate test

First make a test plan with the initiators



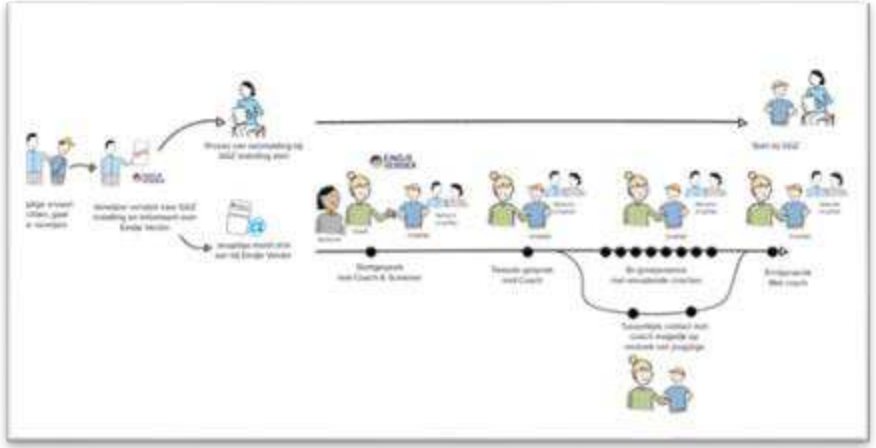
- First ‘check-in’ only after a month
- Main insight: they read over their mail…
- ’’We should send another mail then to test it”
- …Add another month…

Overestimate how ‘flexible’ the context is

So what to do?

Make more of ‘a test’

One test 6 months of planning (= concept development too!)



Make more of ’tests’ from others already happening (or encourage them)

Help *them* develop / evaluate *their* pilot from group therapy

What **do we want to learn from this?**	***How*** **are we going to learn that?**

10+ ‘pilots’ on group therapy

10+ pilots on ‘group instead of 1on1’

OZJ VOOR JEUGD & GEZIN

Van 1op1 aanbod naar groepstrajecten

sneller starten in 'triagegroepen'

What did the pilot contain?	SamenOP groepsaanbod angst kinderen, pubers, & ouders	Praktijk Teylingen groepsaanbod angst en 'groei mindset'	CentrumHecht groepsbehandeling via de 'vuurtoren methode'	Groei door ervaring 'gelijk starten' o.b.v. aanmeldingen bij JT	Noordw… Psychoeduca… samenwerking…
Wat en voor wie?	Angst kind + ouder Angst kind + puber	Angst kind groei mindset kind	MBT (ouder-kind-relatie) ouders	Concentratie / druk gedrag ouders + kinderen	PsyEdu ADHD ouders
Door wie?	2 specialisten (ZP)	1 specialist (ZP)	2 specialisten (2 ZPen samen)	JT medewerkers + (middelgrote aanbieder)	specialist (ZP)+ JT medewerker… kinderpsychiater (ZP, voor 2 sessie…
Op basis van..	aangemelde cliënten (van beide specialisten)	eigen cliënten (na diagnostiek)	eigen cliënten (al in zorg) + cliënten RivierDuinen (al in zorg)	aanmeldingen bij het JT	mix cliënten (van JT, en twee praktijken)
Spots left in the group?	**Nee (4/8)** **Nee (4/8)** *wachtlijst gaf verkeerd beeld / inschrijvingen via conculega's bleven uit	**a) Ja (5/4)** **b) Nee (2/5)** *verwijzingen bleven uit	**Nee (5/7, +alleen moeders)** *Vaders konden niet vanwege het tijdstip *werving moest kortdag + 2 afmeldingen	**Ja (8)**	**Ja (10/?)** Maar: "bij het structureel draaien van de groep heb je de verwijzers ook nodig"
View on quality of care?	**Positief** *'Betere leercurve van het kind en/ of beter zicht op wat meer nodig is'	**Positief** *'De groep maakte sneller progressie'	**Positief** *'meer vertrouwen in hulpverlening en sneller de diepgang in'	**Positief** *'groep bracht problematiek naar voorgrond. + ouders tevreden'	**Positief** *9/10 ouders (achteraf): 'voorkeur voor groep
Costs of care	**Ja (...in het vervolg)** *Al snel factor ~30% nu het 'staat' en als de volgende groep volkomt	**Ja** *'simpel sommetje': zelfde traject maar nu met meer kinderen.'	**Nog niet** *nu als 'extra/vervolg' aanbod uitgeprobeerd	**Onduidelijk** *7/8 hadden toch een vervolg nodig bleek. Zou dit anders minder zijn?	**Ja (...in het vervolg)** *vervolg zou zonder specialist kunnen, alleen JT + jeugdarts
Effect on waiting times	**Positief**	**Positief**	**niet in huidige vorm**	**Positief**	**Positief**
Follow-up pilot?	**Ja + kans op** (groep blijft + samenwerking met ZP Teylingen)	**Ja** (gaan gewoon door)	**Ja + kans op** Rivierduinen ook met de methode aan de slag + kans op vervolg bij JT	gesprekken volgen	**kans op..** opschalen samenwerking psyEdu + 'drukke kinderen groep' bij JT

From pilots to insights to a regional vision

Collectiveren in 2030
Holland Rijnland

in 2030... zijn wachttijden significant verminderd doordat meer gezinnen, sneller en effectiever worden geholpen in groepsverband, waar het passend en verantwoord is. Ook ervaren gezinnen meer steun en acceptatie onderling.

DIT RADEN WIJ AAN

1...Worden **groepen** aangeraden als '**plan A**', met onderbouwing en ervaringen van andere jeugdigen/gezinnen.

2...zijn **verwijzingen** vanuit de **huisarts open** en **niet** specifiek voor **1op1**. In het onderwijs en in de jeugdteams wordt de verwachting van 1op1 niet gewekt.

3...Wordt er **zo vroeg mogelijk** in het zorgpad **in groep**en gewerkt, zo **dicht** mogelijk **bij** de **context van het kind** (bijvoorbeeld op school of de bredere sociale context van het gezin). Zo wor escalatie door medicalisering e sociaal isolement tegengewerkt

4...worden **hulpvragen** van in ieder geval de **jongste kinderen** in **groepsverband** opgepakt.

5...Wordt **samenwerking in groepsaanbod** tussen jeugdteams en specialisten **gestimuleerd** in de zoektocht naar 'expertis voren' en 'de

6...Kijken jeugdteams en specialisten **vraaggericht en flexibel** naar wat in groepen kan: van maatwerk bij 1op1 naar **'groepen op maat'**. Een groep kan 1op3 zijn en kan eenmalig zijn als daarmee een cluster van hulpvragen wordt geholpen. Ook kan er naast 'de groep' een stukje 1op1 blijven bestaan

jeugdteams een **belangrijke leidraad** voor het **vormen van groepen**, zo nodig in samenwerking onderling of met elkaar. Waar mogelijk kan zo ook direct worden gestart met de hulpverlening.

8...Vindt **psycho-educatie** en **preventief** aanbod zo veel mogelijk **in groepen** plaats.

en optie tot **contact** ld in het s), **ook als** de **1op1** moet ker bij intensievere zorgtrajecten wordt zo de verbinding met 'het normale leven' behouden.

9...Draaien **groepen** vooral op de **hulpvraag** en **niet** op classificatie/ **label**.

11...Is **structureel draaiend groepsaanbod bekend** bij jeugdteams en specialisten binnen hetzelfde domein (en subregio) en is dit op elkaar afgestemd. Zo sluit het aanbod op elkaar aan en wordt schaars personeel optimaal benut.

12...Wordt er **datagedreven** en **vraaggericht gewerkt**. Zo houden jeugdteams en specialisten bij welke hulpvragen er binnen komen en kijken zij (overkoepelend) waar collectief aanbod mogelijk is.

13...**Merken** specialisten het zorginhoudelijke en **financiële voordeel** van het draaien/opzetten van een **effectieve groep**. En worden hierbij niet gehinderd door perverse prikkels in het systeem.

samenwerkende gemeenten jeugdhulp HOLLAND RIJNLAND

- Versie september 2025 -

To be continued!

Tension

A lot of testing
=Many small steps

Less testing
= fewer, bigger steps

If you can't be here…

(Treatment time / budget / approval processes / etc.)

Make more of a test or look for 'tests' already happening

To be continued...

How do *you* navigate these tension?

What works for you?

Let's get a coffee!

VOOR JEUGD & GEZIN OZJ