

Samenvatting Marktconsultatiegesprekken Lokale Teams 's-Hertogenbosch

1. Inleiding

In december 2025 is een marktconsultatie gehouden met potentiële uitvoeringspartners over de inrichting van de Lokale Teams (LT) in 's-Hertogenbosch. Het doel van deze gesprekken was om inzicht te krijgen in ideeën, mogelijkheden en innovaties voor de nieuwe LT-aanpak. De bijeenkomsten leverden waardevolle input op over hoe de LT's gepositioneerd moeten worden, welke taken zij oppakken en waar de grenzen liggen. Deze samenvatting geeft een integraal beeld van de besproken thema's, in algemene bewoordingen en zonder bedrijfsvertrouwelijke details. De informatie is geanonimiseerd en bedoeld voor publieke delen, zodat geïnteresseerde aanbieders een goed beeld krijgen van de uitgangspunten en aandachtspunten voor de toekomstige opdracht.

2. Positionering en taken van de Lokale Teams

Uit de consultaties kwam naar voren dat de Lokale Teams worden gezien als laagdrempelige multidisciplinaire basisteams in de wijk, die breed toegankelijk zijn voor inwoners. De LT's moeten generalistisch werken en dicht bij de leefwereld van gezinnen en inwoners staan. Tegelijkertijd is benadrukt dat LT's niet alle specialistische zorg zelf moeten gaan leveren. Zodra een hulpvraag zo specialistisch wordt dat het een formeel "zorgproduct" is hoort dit bij de tweede lijn en niet binnen het LT thuis. De LT's hebben vooral een sterke signalerings-, triage- en coördinatiefunctie: zij beoordelen vroegtijdig wat er aan de hand is, bieden lichte ondersteuning waar mogelijk en schakelen gespecialiseerde hulp in waar nodig. Een van de gesprekspartners vergeleek het met een huisartsenpraktijk: je moet niet het hele ziekenhuis in de wijkteam-setting willen brengen, maar wel snel kunnen doorverwijzen of opschalen als de situatie daarom vraagt. De crux is dat LT's laagdrempelige hulp bieden en tegelijkertijd een goede poortwachtersfunctie vervullen richting specialistische zorg.

3. Preventieve en specialistische inzet

Preventie is een centraal thema in de visie op de Lokale Teams. Alle gesprekspartners benadrukken dat het LT een rol moet spelen in het voorkomen van escalatie van problematiek. "We zijn eigenlijk te laat als er zware zorg nodig is; beter is het om te voorkomen dat een hulpvraag een zorgvraag wordt," werd er opgemerkt. Concreet betekent dit dat de LT's al in een vroeg stadium betrokken moeten raken bij kwetsbare situaties, denk aan risico's op dakloosheid, huiselijk geweld, verergering van mentale klachten of verslaving, om met tijdige hulp zwaardere problemen af te wenden. Deze preventietaken kunnen goed binnen de LT's worden belegd, mits men beseft dat het gaat om vrijwillige hulpverlening.

Tegelijkertijd is er duidelijk dat specialistische expertise toegankelijk moet zijn voor de LT's, zonder dat de LT-medewerkers zelf alle specialistische handelingen hoeven uit te voeren. De LT's worden gezien als generalisten-plus: ze hebben brede kennis, maar schakelen een specialist in zodra dat nodig is. Ook andere vormen van complexe casuïstiek kunnen baat hebben bij vroegtijdige specialistische input: "*Wat er aan de voorkant bijkomt, moet aan de achterkant afvloeien*," werd gezegd over het principe dat tijdig investeren in preventie en lichte hulp, de noodzaak van zware trajecten later vermindert. De consensus is dat de LT's een belangrijke schakel zijn in het geheel van zorg en ondersteuning, met focus op preventie en vroeg ingrijpen om escalatie en zwaardere hulp te voorkomen.

4. Casusregie en procesregie

Tijdens de gesprekken is uitgebreid stilgestaan bij de rolverdeling in regie. Men maakt daarbij onderscheid tussen *casusregie* en *procesregie*. Casusregie – de coördinatie van de hulp rondom één huishouden of individu – ligt primair bij de professional in het LT die de inwoner begeleidt. Deze regievoerder uit het team bewaakt het overzicht van de ingezette hulp voor de betreffende casus. Procesregie daarentegen overstijgt één individuele situatie en is aan de orde bij complexere problematiek of veiligheidskwesties die meerdere domeinen raken. Bijvoorbeeld als er sprake is van structurele onveiligheid, vastlopende samenwerking tussen hulpverleners of maatschappelijke onrust,

moet iemand de regie over het hele proces voeren. De consultatiepartners gaven aan dat in dergelijke gevallen een regisseur met mandaat nodig is, bij voorkeur vanuit of in nauwe samenwerking met de gemeente. De gemeente kan immers domeinoverstijgend optreden wanneer meerdere wetten of budgetten in beeld komen, en heeft de legitimiteit om beslissingen te nemen als opschaling nodig is.

Belangrijk is dat LT-professionals de grenzen van hun rol kennen. Er is uitgesproken dat reguliere casuïstiek door het LT opgepakt kan worden, maar dat er een veiligheidsgrens is aan wat van een individuele hulpverlener verwacht mag worden. Zodra de veiligheid in het geding komt of problemen uit de hand dreigen te lopen, moet het LT *opschalen*: dan wordt procesregie ingeschakeld of overgedragen aan bijvoorbeeld het regionale Zorg- en Veiligheidshuis.

Daarnaast is besproken dat sommige (gespecialiseerde) organisaties geen eigen regierol ambiëren binnen het LT, maar liever hun expertise als ondersteunende schil aanbieden. Zo gaf een partij aan niet zelf casusregie te willen voeren, maar wel beschikbaar te zijn voor consult of begeleiding bij specifieke problematiek zonder de coördinatie over te nemen. Dit past bij het beeld van het LT als regisseur in de frontlinie, met een flexibele schil van specialisten eromheen. In de praktijk betekent dit dat een generalist van het LT een casus leidt, en dat hij of zij tijdelijk een specialist kan *invliegen* voor een deelonderwerp, waarna de generalist het traject weer vervolgt. Die werkwijze – vergelijkbaar met bijvoorbeeld een casemanager dementie die kort wordt ingeschakeld – zorgt ervoor dat de eindregie bij het LT blijft, terwijl toch gebruikgemaakt wordt van diepere kennis wanneer de situatie daarom vraagt.

5. Omvang en samenstelling van teams

Over de teamgrootte van de Lokale Teams liepen de inschattingen uiteen, mede afhankelijk van de wijkgrootte en de problematiek in die wijk. Eén uitgangspunt is dat ieder team in de basis de belangrijkste disciplines moet bevatten (jeugd, volwassenen, welzijn, etc.) en voldoende capaciteit om de wijk te dekken. Als indicatie werd genoemd dat een wijkteam ongeveer 20 tot 25 medewerkers zou tellen, waarvan bijvoorbeeld circa 10 gericht op jeugd, 10 op volwassenen en 5 op welzijnswerk. In een concreet voorbeeld uit een vergelijkbare gemeente bleek een geïntegreerd wijkteam te bestaan uit rond de 40 personen met diverse achtergronden: zo'n 25 welzijnswerkers aangevuld met 15 meer gespecialiseerde krachten. In dat model hield ongeveer 60% van de formatie zich bezig met directe bewonersbegeleiding, terwijl 30% van de tijd naar overleg en coördinatie ging en 10% naar deskundigheidsbevordering. Hoewel de exacte aantallen kunnen variëren, werd duidelijk gesteld dat kwetsbare wijken meer fte's nodig zullen hebben dan wijken met een stabielere populatie. Flexibiliteit is hier het sleutelwoord: de bezetting moet periodiek worden herijkt op basis van de vraagontwikkeling in de wijk.

Wat betreft teamsamenstelling is het belangrijk dat het team een afspiegeling van de wijk vormt. Daarmee wordt bedoeld dat de aanwezige expertise moet aansluiten bij de soorten hulpvragen die in die buurt spelen, én dat professionals bekend zijn met de sociale omgeving van de inwoners. Een van de geconsulteerde partijen bracht de mogelijkheid in van verschillende disciplines onder één dak. LT's zouden in dat geval kunnen bestaan uit verschillende disciplines onder één dak, maar formeel blijven veel medewerkers verbonden aan hun "moederorganisatie". Zo blijven ze gevoed met specialistische kennis en achtervang, terwijl ze in het dagelijks werk als één team opereren. De combinatie van jeugdhulpverleners, Wmo-consulenten, GGZ-experts, participatiecoaches, schuldhulpverleners en andere specialismen in één wijkteam maakt snelle interne doorverwijzing mogelijk. Eén van de geleerde lessen uit een vergelijkbaar project is dat iedereen in het team voor een deel hetzelfde algemene takenpakket heeft (vraagverheldering, lichte hulp bieden), maar daarnaast zijn of haar eigen specialisatie inzet zodra dat stuk kennis vereist is.

6. Flexibele inzet van expertise

Een terugkerend onderwerp in alle consultaties is de flexibele inzet van specialistische expertise rondom de LT's. De teams moeten de mogelijkheid krijgen om snel extra kennis bij te schakelen

wanneer een casus dat vraagt. Bijvoorbeeld werd genoemd dat bij een ingewikkelde schuldensituatie een specialist kortdurend moet kunnen worden betrokken om mee te kijken. Zo'n specialist kan deel uitmaken van een partnerorganisatie die niet structureel in het team zit, maar wel direct beschikbaar is voor consultatie of advies op locatie. Alle gesprekspartners onderschrijven dat dit *invliegen van expertise* cruciaal is om te voorkomen dat belangrijke signalen gemist worden of dat problematiek in mono-disciplinair perspectief blijft hangen.

Er is voorgesteld om formele overdrachtsmomenten zoveel mogelijk te vermijden; liever trekt de specialist een tijdje samen op met het basisteam en laat weer los zodra het kan. Dit voorkomt dat gezinnen telkens opnieuw hun verhaal moeten doen of tussen wal en schip vallen. Concreet werd het voorbeeld gegeven van een *“vliegende brigade”* of consultatieteam waarin diverse experts (bijv. verslaving, LVB, trauma) deelnemen en dat periodiek aansluit bij casuïstiekoverleg. De LT's zelf blijven het eerste aanspreekpunt voor de inwoner, maar op de achtergrond is er een schil van inhoudelijke experts die zowel directe hulp kan bieden als de LT-medewerkers kan coachen. Deze werkwijze bevordert ook kennisoverdracht: LT-medewerkers vergroten hun deskundigheid door samen te werken met specialisten, zodat zij een volgende keer vergelijkbare problematiek zelfverzekerder kunnen aanpakken.

Samengevat zien alle betrokkenen de toegevoegde waarde van een flexibel netwerk rondom het LT: generalisten in de lead, omringd door specialisten die op afroep beschikbaar zijn. Dit moet wel goed worden georganiseerd, met heldere afspraken over rollen en verantwoordelijkheden tijdens zo'n tijdelijke bijschakeling. Een deelnemer benadrukte: *“Een generalist moet weten wanneer er ingegrepen moet worden (code oranje)”* – met andere woorden, de LT-medewerker moet de grenzen van zijn kunnen herkennen en op dat moment zonder drempels een expert kunnen inschakelen.

7. Verdeling van aanmeldingen en wachtlijstbeheer

Een praktisch punt dat ter sprake kwam is hoe nieuwe aanmeldingen verdeeld worden over de teams, om wachtlijsten te voorkomen. De consultatiepartijen vinden het onwenselijk dat de ene wijk wachtlijsten heeft terwijl een ander team capaciteit over heeft. Daarom moet er flexibel worden omgegaan met instroom: als een team in de knel komt, kunnen medewerkers van andere wijkteams bijspringen om de druk te verlagen. In feite creëert men een gedeelde verantwoordelijkheid over de caseload, ondersteund door een soort *flexibele schil* van medewerkers die wijkoverstijgend inzetbaar zijn.

Enkele deelnemers noemden het idee van een centrale coördinatie of monitoring van de instroom. Zo wordt in een lopend project de verdeling van casuïstiek geregistreerd door de teamleiding, die kijkt welke specialistische kennis vereist is en hoeveel ruimte elk team nog heeft. Op die manier houdt men zicht op zowel de inhoud (passende expertise bij de hulpvraag) als op de kwantiteit (werkdruk per team, beschikbare uren en budget).

Daarnaast is doorstroom van cliënten een aandachtspunt. Langdurige ondersteuning kan niet onbeperkt bij het LT blijven als dat ten koste gaat van nieuwe instroom. Eén van de organisaties gaf aan dat wanneer problematiek langdurig blijft spelen of erg complex wordt, er gekeken moet worden naar opschaling of een andere vorm van begeleiding (bijvoorbeeld levensloopbegeleiding) om te voorkomen dat het LT “verstopt” raakt. Periodieke evaluatie van de caseload – bijvoorbeeld via de eerdergenoemde vlootschouw – helpt om tijdig bij te sturen. Het uitgangspunt is dat de LT's toegankelijk blijven zonder wachttijd, waarbij interne flexibiliteit en eventueel centrale sturing ingezet worden om piekbelasting op te vangen. Over de precieze aanpak van wachtlijstbeheer bestaan al ideeën, maar die worden verder uitgewerkt in de aanbestedingsfase, zo is aangegeven.

8. ICT-ondersteuning en administratieve lasten

Op ICT-gebied waren alle partijen eensgezind: een goed werkend cliëntregistratie- en informatiesysteem is van cruciaal belang. Vanuit de praktijk klinkt de waarschuwing dat slechte ICT

leidt tot hoge administratieve lasten, dubbele invoer van gegevens en veel frustratie bij medewerkers. Dit kost niet alleen extra tijd (die beter naar de inwoner kan gaan), maar kan zelfs betekenen dat extra ondersteuning moet worden ingehuurd enkel om de administratie bij te houden. Kortom, een gebrekkig systeem is een directe bedreiging voor efficiënte hulpverlening en moet dus voorkomen worden. “Genoeg reden om het goed te regelen samen,” zo werd gesteld over de ICT-infrastructuur.

Een belangrijke voorwaarde die genoemd werd, is dat alle kernpartners in hetzelfde systeem kunnen werken. Idealiter hanteert het LT straks één gedeeld cliëntvolgsysteem waarin van elke inwoner de *klantreis* te volgen is – van melding en vraagverheldering tot eventuele doorverwijzing. Dit geeft niet alleen realtime inzicht voor de professionals zelf, maar ook waardevolle geaggregeerde informatie voor sturing en verantwoording (bijvoorbeeld richting gemeente of Raad). Zulke ICT-koppeling is geleerd als “*belangrijke les*” uit eerdere integrale aanpakken: zonder gedeelde informatie zal ieder vanuit zijn eigen systeem blijven werken, wat ten koste gaat van de samenhang.

Verder moet de ICT voorzien in privacy en toegangsbeheer zodat gevoelige cliëntgegevens veilig gedeeld kunnen worden tussen de ketenpartners. Dit aspect is in de consultaties niet uitgebreid besproken, maar wordt vanzelfsprekend onderdeel van de nadere uitwerking van de randvoorwaarden. De nadruk lag vooral op de wens om met één systeem te werken en zoveel mogelijk de administratieve druk voor uitvoerders te verlichten, zodat zij zich kunnen richten op de inhoudelijke hulp.

9. Samenwerking met andere partijen

De Lokale Teams opereren niet in een vacuüm; samenwerking met andere partijen is cruciaal. In de consultaties is gesproken over de relaties met onder meer huisartsen, Veilig Thuis, de gecertificeerde jeugdzorginstellingen (jeugdbescherming/voogdij) en het Zorg- en Veiligheidshuis. Alle betrokken organisaties onderstreepten het belang van goede onderlinge afstemming. Idealiter weten huisartsen straks precies wat het LT voor hen kan betekenen en vice versa. In de consultaties zijn ideeën geopperd zoals het (incidenteel) houden van spreekuren in huisartsenpraktijken of het organiseren van korte communicatielijnen, zodat patiënten met psychosociale hulpvragen gemakkelijk bij het LT terechtkomen. Andersom kan de aanwezigheid van een praktijkondersteuner GGZ of vergelijkbare professional binnen het LT helpen om medische problemen tijdig te signaleren en door te geleiden. Een belangrijk thema was ook de samenwerking tussen de diverse *uitvoeringsorganisaties* zelf binnen het LT en daaromheen. Men pleit voor het samenwerken met een overzichtelijk aantal partners binnen de LT-structuur, zodat er duidelijke afspraken gemaakt kunnen worden en iedereen weet wat ieders rol is. Tegelijk werd erkend dat je niet alle expertise in één organisatie kunt vatten; *niche*-aanbieders en kleinere specialistische organisaties kunnen heel waardevol zijn voor bepaalde doelgroepen. Een idee dat op tafel kwam, is om binnen het budget ruimte te reserveren voor het flexibel inkopen van zulke specialistische hulp, zonder meteen langdurige contracten met elke kleine partij te hoeven sluiten. Het LT zou dan zelf een potje hebben om bijvoorbeeld voor een complexe casus een gespecialiseerde coach of behandelaar tijdelijk in te huren.

Verder is besproken dat als er met onderaannemers gewerkt gaat worden, hier goede governance op moet komen. De hoofdaannemer (de partij die het LT gaat aansturen) zal in dat geval moeten bewaken dat kwaliteit en continuïteit bij eventuele onderaanneming gewaarborgd zijn. Een van de consultatiepartijen stelde voor dat bij zeer complexe gevallen meerdere organisaties in co-mandaat samenwerken, met één van hen als hoofdaannemer die fungeert als aanspreekpunt. Dit taskforce-model, waarin over de grenzen van organisaties heen wordt gewerkt, vergt wel gedegen afstemming maar zou de inwoner ten goede komen omdat die écht centraal staat en niet meer merkt welke organisatie wat doet. Over het algemeen toonden alle deelnemers zich bereid om met elkaar aan tafel te gaan in de uitwerkingsfase – er is duidelijk wederzijds enthousiasme om gezamenlijk iets nieuws op te bouwen in 's-Hertogenbosch binnen de kaders van de aanbesteding.

10. Huisvesting in de wijk

De fysieke locatie van de Lokale Teams werd ook aangestipt als belangrijk aandachtspunt. Duidelijk is dat men de LT's zo dicht mogelijk bij de inwoners wil positioneren. Idealiter heeft elk team een eigen uitvalsbasis in de wijk, bijvoorbeeld in een wijkplein, buurtcentrum of deel van een gezondheidscentrum. Tegelijk merkte men op dat het werk voor 99% plaatsvindt *bij de mensen thuis* – huisbezoeken blijven de norm. Toch is een toegankelijke, neutrale ontmoetingsplek nodig waar inwoners naartoe kunnen komen voor gesprekken of inloop, én waar teamleden onderling kunnen overleggen en van waaruit ze opereren.

Niet alle bestaande locaties zijn geschikt voor vertrouwelijke gesprekken. Er moet rekening gehouden worden met veiligheid en privacy. Als voorbeeld is genoemd dat voor gesprekken over huiselijk geweld of in crisissituaties een ruimte nodig is die “veiligheidsproof” is. Bepaalde wijkvoorzieningen kunnen met aanpassingen geschikt gemaakt worden, maar er kan ook gekeken worden naar het gebruik van bestaande plekken bij ketenpartners. Zo beschikt bijvoorbeeld Veilig Thuis over spreekkamers die aan alle veiligheidseisen voldoen; een dergelijk faciliteit zou het LT kunnen gebruiken indien nodig. Uiteindelijk is het ideaalbeeld een netwerk van plekken in de wijken waar LT-medewerkers aanwezig kunnen zijn en waar multidisciplinair overleg en uitwisseling kan plaatsvinden. Naast wijkpleinen werd ook expliciet genoemd om de verbinding te zoeken met huisartsenposten of scholen als locatie voor samenwerking en zichtbaarheid.

Een aanbieder opperde het idee van een multifunctioneel wijkcentrum voor elk LT. Dat zou een plek zijn waar niet alleen het team zit, maar waar ook activiteiten voor bewoners georganiseerd kunnen worden, zodat formele hulp en informele ondersteuning samenkomen. In sommige gemeenten maakt men al gebruik van zulke wijkcentra. Dit werkt drempelverlagend. Tegelijk werden er zorgen gedeeld over de beschikbaarheid van passende huisvesting. Een casus die genoemd werd, betrof dagbestedingsactiviteiten voor ouderen die niet van de grond kwamen door ruimtegebrek. Dat illustreert dat zelfs als er goede plannen zijn, de uitvoering kan stokken bij iets basals als gebouwen. Bovendien spelen verschillende financieringsstromen een rol bij huisvesting (denk aan wettelijke scheiding van wonen en zorg, financiering vanuit WLZ vs Wmo, etc.), wat creatieve oplossingen vraagt als men een geïntegreerde voorziening wil.

Kortom, de gemeente zal in het vervolgproces heldere afspraken moeten maken over wie verantwoordelijk wordt voor huisvesting en hoe de kosten en faciliteiten geregeld worden. De marktpartijen hebben dit expliciet genoemd als punt van aandacht voor de aanbesteding: niemand wil in de situatie komen dat een LT wordt gevormd maar geen geschikte plek heeft om te functioneren. Vroegtijdig plannen van de fysieke infrastructuur (in samenspraak met bijvoorbeeld de woningcorporaties of buurtcentra) is aan te bevelen.

11. Medewerkers: opleiding en profiel

In alle gesprekken is het profiel van de LT-medewerkers aan bod gekomen. Er is een gezamenlijk beeld dat de professional in het wijkteam een hoogopgeleide generalist moet zijn, idealiter op HBO-niveau zoals Social Work. Tegelijk is het geen generalist in de zin van “van alles een beetje weten”; men denkt eerder aan een T-profiel: medewerkers met een specialisme én een brede blik. Concreet betekent dit dat bijvoorbeeld een jeugdprofessional binnen het LT diepgaande kennis heeft van jeugdproblematiek en de Jeugdwet, maar ook voldoende verstand heeft van Wmo-zaken of schuldenproblematiek om een gezin integraal te kunnen ondersteunen. Omgekeerd zou een Wmo-consulent in het LT ook moeten kunnen signaleren of er bij kinderen in dat huishouden iets speelt dat specialistische jeugdzorg vergt.

De wijk staat voorop in het profiel: alle organisaties benadrukten dat wijkkennis en nabijheid essentieel zijn. LT-medewerkers moeten netwerken in de buurt kennen, weten welke informele steun beschikbaar is en de taal van de inwoners spreken (figuurlijk, en soms letterlijk in wijken met veel anderstaligen). Een team wordt idealiter zo samengesteld dat het de diversiteit van de wijkbewoners weerspiegelt – bijvoorbeeld qua culturele achtergrond of expertisegebieden.

In termen van expertisegebieden zullen de LT's ten minste kennis in huis hebben van jeugd(gezondheid)zorg, volwassen GGZ/verslavingszorg, maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en participatie. Daarnaast werd expliciet genoemd dat juridische kennis nodig is binnen of achter het team, gezien de complexiteit van wet- en regelgeving.

De registratie en kwaliteit van personeel kwam ook kort aan bod. Voor de jeugdsector geldt dat professionals vaak SKJ-geregistreerd moeten zijn; de wens is uitgesproken om voor alle werkers (zowel jeugd als volwassenenzorg) te zorgen dat ze in een kwaliteitsregister vallen. Dit garandeert basiskwaliteit en permanente educatie. Deskundigheidsbevordering is dan ook een punt van aandacht: diverse aanbieders noemden dat zij hun personeel continu bijscholen, zowel intern als extern. Er werden voorbeelden gegeven van trainingen bij specialistische instituten (zoals de Rino-groep voor GGZ-opleiding) en interne kennisoverdracht middels een train-de-trainer-opzet. Sommige organisaties leiden hun mensen intern verder op tot specialist in bijvoorbeeld autisme of borderline, bovenop de basisopleiding. Zulke investeringen in medewerkerskennis moeten straks in de LT's worden voortgezet. Een mogelijke manier is het roteren van medewerkers tussen specialistische diensten en het LT, zodat kennis "in het systeem" blijft circuleren – al is hiervoor gewaarschuwd dat dit goed gemanaged moet worden om de binding met de eigen organisatie niet te verliezen.

Tot slot werd door alle aanwezigen erkend dat werken in een LT veeleisend is. De medewerker krijgt een zeer breed scala aan situaties op zijn bord en moet daarin professioneel kunnen handelen. Daarom is *reflectie* op de vraag "wat vinden we nog normaal in de maatschappij?" relevant – LT-professionals moeten kunnen bepalen wanneer iets afwijkt genoeg is om in te grijpen. Dat vraagt om mensen met levens- en werkervaring, die stevig in hun schoenen staan en goed kunnen samenwerken. De zachte kant (omgaan met mensen, buurtgevoel) moet hand in hand gaan met de harde kant (snel kunnen schakelen, wettelijk kader kennen). Het profiel is dus hoog: HBO+ niveau, bij voorkeur meerdere jaren ervaring en vooral een gezonde dosis lef en analytisch vermogen om in onzekere situaties te werken. Uit de consultaties bleek vertrouwen dat dit profiel te vinden en te ontwikkelen is, mits de opdracht aantrekkelijk wordt gemaakt voor professionals.

12. Omgaan met crisissituaties

Een thema waarbij duidelijk verschillende accenten werden gelegd, is hoe de LT's moeten omgaan met crisissituaties. Er zijn grofweg twee perspectieven naar voren gekomen.

Enerzijds is er de visie dat crisishulp dichtbij het LT georganiseerd moet worden. De gedachte hierachter is dat een crisis in een gezin vaak voortkomt uit lopende problematiek waar het LT al bij betrokken is of had moeten zijn. Als een situatie acuut escaleert (bijvoorbeeld een huiselijk geweldsincident of een psychische crisis), dan zou het LT niet aan de zijlijn moeten staan. In plaats daarvan kan een gespecialiseerd crisisinterventieteam onderdeel uitmaken van of direct gekoppeld zijn aan het LT. Deze benadering ziet crisiszorg als verlengstuk van het LT: acuut en kortdurend, maar onlosmakelijk verbonden met de reguliere hulpverlening. Voordeel is dat een inwoner in crisis niet naar een vreemd loket hoeft, maar hulp "uit eigen wijk" krijgt, wat de de-escalatie kan bevorderen.

Het andere perspectief stelt juist dat het LT geen eigen crisisdienst moet draaien. Vanuit deze zienswijze is het belangrijk dat bij een crisis een *onafhankelijke beoordeling* plaatsvindt door professionals die niet al (emotioneel) betrokken zijn bij het gezin. Een LT-medewerker die intensief met een gezin werkt, kan het lastiger vinden om de urgentie objectief in te schatten of ingrijpende beslissingen te nemen, omdat hij of zij "erin zit". Daarom is het beter als een externe crisisdienst de triage doet en beslist welke maatregelen nodig zijn. Enkele deelnemers gaven aan dat er geen crisistriage binnen het LT zou moeten plaatsvinden, om die professionele afstand te waarborgen. In de praktijk betekent dit dat ook 's avonds of in het weekend altijd een centrale crisisdienst (zoals de crisisdienst van de GGZ of Jeugdzorg) ingeschakeld wordt, voordat het LT eventueel volgt. Bovendien werd opgemerkt dat het LT waarschijnlijk niet zelf gaat rondbellen om crisisopvang te regelen – dat is nu ook een gespecialiseerde taak en zou zo moeten blijven.

Beide benaderingen hebben hun merites, en mogelijk ligt de oplossing in een tussenvorm: het LT is *nauwer betrokken* bij crisiszorg, maar neemt niet zelf de besluitvorming daarover. Denkbaar is bijvoorbeeld een constructie waarin een crisisdienstmedewerker periodiek aanschuift bij het LT (consultatief), of dat LT-medewerkers mee kunnen lopen met crisisinterventies voor leereffect. De deelnemers gaven aan dat de professionele afstand en rolverdeling goed doordacht moeten worden bij dit onderwerp. Uiteindelijk staat de veiligheid van cliënten en medewerkers voorop. Duidelijk is dat hier bij de verdere uitwerking van de LT's afspraken over crisissituaties gemaakt moeten worden: wanneer schakelt het LT externen in, hoe verloopt die communicatie, en hoe wordt de opvolging georganiseerd zodra de acute fase voorbij is.

13. Aandachtspunten voor aanbesteding en implementatie

Tot besluit van elke consultatie is gevraagd naar aandachtspunten richting de aankomende aanbesteding en de implementatiefase. Hieruit kwam een aantal gemeenschappelijke adviezen en aandachtspunten naar voren:

- **Samenwerkingspartners betrekken:** Zorg dat naast de gecontracteerde partij(en) ook de informele en gesubsidieerde partners in het veld betrokken blijven. Er bestaat al een netwerk van welzijnsorganisaties, vrijwilligersinitiatieven en maatwerkvoorzieningen, neem deze mee in het proces zodat het LT goed aangesloten is op bestaande structuren. Ook met de eerstelijnszorg (zoals huisartsen) zullen duidelijke samenwerkingsafspraken gemaakt moeten worden; investeer daarin vanaf het begin.
- **Specialistische tweede lijn beschikbaar houden:** Hoewel de ambitie is om zoveel mogelijk in de voorkant (preventie en basiszorg) op te lossen, moet de gespecialiseerde zorginfrastructuur intact blijven. Er moet bijvoorbeeld voldoende capaciteit overblijven voor intensieve jeugdzorg, verslavingsklinieken, beschermd wonen et cetera. De LT's kunnen niet alles overnemen, dus een goede back-up in de tweede lijn is essentieel. Dit vraagt om contractuele en financiële waarborgen dat niet alle middelen naar de LT's verschuiven ten koste van zwaardere zorg.
- **Realistisch tijdpad en overgang:** Een transformatie naar nieuwe Lokale Teams kost tijd. Verwacht niet dat in het eerste jaar alle resultaten al zichtbaar zijn. Verschillende deelnemers wezen erop dat het een cultuuromslag vergt, "een soort fusie tussen twee werelden" – die van welzijn/generalistische ondersteuning en die van specialistische jeugdzorg/zorg. Gun de uitvoerende organisaties en medewerkers de tijd om naar elkaar toe te groeien. Dit betekent ook dat de implementatie stapsgewijs moet gebeuren en dat lopende caseloads zorgvuldig overgedragen worden. *Begin op tijd met de overdracht van cliënten* naar de nieuwe situatie, zo werd geadviseerd, want dit heeft impact op zowel inwoners als op de budgetten van zittende aanbieders. Een geleidelijke overgang met waarborging van continuïteit van zorg is cruciaal.
- **Huisvesting en faciliteiten:** Zoals eerder genoemd, is helderheid nodig over de huisvesting van de teams. In de aanbestedingsdocumenten zal moeten staan of de inschrijvende partij zelf locaties dient te regelen of dat de gemeente daarin voorziet. De ervaring leert dat dit soort praktische zaken (ICT overigens idem dito) grote invloed hebben op het slagen van de implementatie. Het advies is om deze randvoorwaarden van meet af aan duidelijk te hebben in de aanbesteding.
- **Mandaat en rolafbakening:** Wees scherp in de opdrachtformulering over wat van de Lokale Teams verwacht wordt en wat niet. Enkele specifieke punten die genoemd zijn: de verhouding tussen consultatie & advies vs. casusregie & procesregie – maak duidelijk hoe ver de verantwoordelijkheid van het LT strekt in complexe situaties. Ook *kostenbewustzijn* dient onderdeel te zijn van het kader; de uitvoerende partij moet kaders krijgen voor doelmatige besteding van middelen. Wanneer die kaders helder zijn (gemeente bepaalt *wat*, opdrachtnemer *hoe* binnen budget), kan de opdrachtnemer ook afgerekend worden op concrete KPI's, zo is de ervaring elders.
- **Continue dialoog en betrokkenheid:** Ten slotte gaven de deelnemers aan dat zij graag in een vroeg stadium blijven meedenken bij het uitwerken van de plannen. Er is veel

enthousiasme om samen iets nieuws op te zetten, zeker als de focus op preventie en integraal werken blijft liggen. De gemeente doet er goed aan deze energie vast te houden door ook na de consultaties nog momenten van terugkoppeling en coproductie in te bouwen. Alle partijen – groot en klein – willen bijdragen aan het slagen van de nieuwe aanpak, mits ze zich gehoord en betrokken voelen.

Deze samenvatting geeft de hoofdlijnen van de marktconsultaties weer. De besproken punten zullen worden meegenomen in de verdere planvorming en aanbestedingsdocumenten. Zo ontstaat stap voor stap een duidelijk beeld van hoe de Lokale Teams in 's-Hertogenbosch vorm moeten krijgen: laagdrempelig, preventief, deskundig en samenwerkend – met de inwoner centraal en de benodigde partners daaromheen. De consultatiepartners kijken uit naar het vervolg en zijn bereid om gezamenlijk de schouders onder deze ontwikkeling te zetten, zodat in 2028 de nieuwe Lokale Teams succesvol van start kunnen gaan.