

Bijlage I.3 Marktverkenning week van de aanbieder

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Thema 1: Ondersteuningsgericht verblijf (sessie 1).....	4
Thema 1: Ondersteuningsgericht verblijf (sessie 2).....	7
Thema 2: Herstelgericht verblijf (sessie 1).....	9
Thema 2: Herstelgericht verblijf (sessie 2).....	13
Thema 3: Ondersteuningsgericht ambulantly.....	15
Thema 3: Ondersteuningsgericht ambulantly (sessie 2).....	19
Thema 4: Herstelgericht ambulantly.....	22
Thema 5: Multiproblematiek en veiligheid, complexe casuïstiek.....	25
Thema 6: Aansluiting onderwijs en jeugdhulp (J&G-coaches).....	29
Thema 7: Bedrijfsvoering.....	34

Marktverkenning week van de aanbieder 4 t/m 7 oktober 2021

Inleiding

Tussen maandag 4 oktober 2021 en donderdag 7 oktober 2021 heeft de regio Alkmaar de Week van de aanbieder georganiseerd. In deze week zijn meerdere online themasessies georganiseerd. Met deze themasessies wilde de regio Alkmaar input ophalen in het kader van de inkoop ambulante jeugdhulp en jeugdhulp met verblijf voor 2023.

Dit document bevatten de vragen, opmerkingen en tips van de deelnemers aan deze themasessies. Om het onderscheid goed duidelijk te maken zijn de gebruikte introductie en de vragen die aan de deelnemers zijn gesteld in een kader geplaatst. De input vanuit de deelnemers is vervolgens als tekst opgenomen.

Onderstaande schema laat zien welke sessies plaats hebben gevonden:

	Thema	Sessie 1	Sessie 2
1	Ondersteuningsgericht verblijf	Maandag 4 okt 13.00-15.00	Donderdag 7 okt 13.00-14.00
2	Herstelgericht verblijf	Maandag 4 okt 15.15-17.15	Donderdag 7 okt 14.15-15.15
3	Ondersteuningsgericht ambulante	Maandag 4 okt 13.00-15.00	Donderdag 7 okt 13.00-14.30
4	Herstelgericht ambulante	Maandag 4 okt 15.15-17.15	Donderdag 7 okt 14.45-16.15
5	Multiproblematiek en veiligheid; complexe casuïstiek	Maandag 4 okt 14.00-16.00	
6	Aansluiting onderwijs en jeugdhulp (J&G Coaches)	Donderdag 7 okt 10.30-12.30	
7	Bedrijfsvoering	Dinsdag 5 okt 9.00-11.00	

Thema 1: Ondersteuningsgericht verblijf (sessie 1)

Inleidend:

De regio stuurt op resultaten die bijdragen aan de hoofddoelen, zoals deze in de *visie op jeugdhulp met verblijf* zijn beschreven. Op basis van de gegevens 2018 t/m 2020 zijn doelen geformuleerd.

In deze sessie bespreken we hoe we deze doelen m.b.t. ondersteuningsgericht verblijf gezamenlijk kunnen behalen.

Vraagstelling 1:

Regio Alkmaar beoogt de instroom te laten dalen/stabiliseren door:

a. In te zetten op eigen kracht. Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- Breder kijken dan alleen de problematiek van het kind, dus systeemgericht. Bij inkoop kijken we alleen vaak alleen naar het kind. Dat moeten we bij elkaar brengen.
- We plaatsen kinderen te snel uit huis. We sturen daarom meer op inzet ambulante hulp, zelfs al is die nog niet optimaal (soms is een 5 thuis beter dan een 8 uit huis geplaatst.)
- Als verblijf buiten huis nodig is beperken we de fysieke afstand tot thuis zo veel mogelijk.
- Durf hierin ook risico te nemen en steun elkaar hierin als betrokken partijen.
- Ouders betrekken we altijd in het proces:
 - Samen verantwoordelijkheid (jeugdigen, gemeenten, zorgaanbieders en ouders) nemen en de ouders ook in positie brengen zodat zij hun natuurlijke rol kunnen uitvoeren (worden nu te vaak buitengesloten).
 - De zorg (die ouders ontvangen) verbinden aan de zorg die de kinderen krijgen. Wat speelt er bij hen en hoe kun je die problematiek verbinden. Het aantal partijen en personen dat betrokken is bij één gezin zo beperkt mogelijk houden.
- Continuïteit van zorg organiseren. De zorg niet stopzetten als het beter gaat. We passen de intensiteit aan, maar zetten de zorg niet 'aan of uit'.
 - Daarbij houden we het lopende traject (eventueel minder intensief) in stand als tijdelijk verblijf buiten het eigen gezin nodig is.
 - Daardoor beperken we zoveel mogelijk het aantal vaste gezichten (beperken wisseling van hulpverleners).
 - Met het gezin maken we een goed plan om dit te organiseren. We nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid en slepen niet met het kind van de ene naar de andere plek, bijvoorbeeld omdat het ergens niet lekker loopt.

b. Een accurate probleemanalyse te realiseren bij de aanvang van jeugdhulp. Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- Zie ook de antwoorden bij a.
- Bij het plaatsen van jeugdigen in verblijf kijken we ook naar een klik tussen hulpverlener en jeugdige/ gezin, want als die er niet is dan wordt de hulpverlening ook niet effectief.
 - Zij zien tijdens verblijf ook vaak dat het beeld van een jongere verandert. Die verandering wordt niet altijd geaccepteerd/overgenomen door andere partijen.
- Goed kijken wie je wat laat doen. Niet iedereen kan goed in kaart brengen wat er voor een kind werkt en waar een kind blij van wordt. (Overigens niet praten over problemdiagnose maar over bv triage.)
- Goede triagevoorwaarden voor opname (nu worden kinderen soms opgenomen in verblijf zonder dat er een goede diagnose is).
- Gezinsanalyse waarbij je ook kijkt naar versterkende factoren die je kunt benutten.
- Bij beschrijving van gedrag de context waarin de diagnose wordt gesteld goed meenemen.
- De toegang (gemeentelijke en Jeugd- en gezinsverzorgers) moeten een belangrijke rol spelen in toeleiding.
- Oppassen met aannames. Zo veel mogelijk concreet gedrag opschrijven bij de diagnostiek / triage / rapportage om aannames en verkeerde conclusies te voorkomen.

c. Te zorgen voor een toenemende uitstroom door de inzet op effectieve nazorg en afronding van zorg. Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- In het kader van het 'Thuis voor Noordje' (gericht op JZ+): Als een jongere in een verblijfsvorm zit, ga de jongere dan niet naar een 'lichtere' verblijfsvorm verplaatsen, omdat de zwaardere zorg niet meer nodig is. Nagaan waar dat principe toepasbaar is/kan zijn op de bredere categorie verblijf.
- Overleg samen met ouders wat zij wél kunnen doen en bezie of bijvoorbeeld gedeeltelijk (parttime) verblijf mogelijk is.
- Breng tijdig in kaart of een kind weer terug naar huis kan. En als dat niet kan, bekijk hoe je de relatie met de ouders kunt versterken: Een terug-naar-huis-onderzoek.
- Bij crisis wordt soms geplaatst op beschikbare plek en niet op geschikte plek. Houdt hier rekening mee.
- Er wordt vaak te snel geplaatst. Bij veel crisisplaatsingen had er best even gewacht kunnen worden tot een echt geschikte plek beschikbaar kwam.
- Leer van elkaar: Kijk hoe het elders is geregeld.

Vraagstelling 2:

Het streven voor verblijfsvoorzieningen is 'zo thuis mogelijk' waarmee we een setting bedoelen die is vormgegeven als een gezinsetting. Die zich, waar mogelijk, in de eigen omgeving van de jeugdige bevindt.

a. Hoe ziet uw organisatie dat, hoe kunnen we dat vormgeven?

b. Wat is daarvoor nodig?

c. Vallen er met de overgang van verblijf naar ambulante jeugdigen tussen 'wal en schip'?

- Het is belangrijk dat er een goede ondersteuning is, zoals snel inzetbare ambulante hulp. Ondersteuning die bv. de gezinshuizen of pleeghuizen kunnen inzetten. Daarmee voorkom je dat een kind naar een zwaardere vorm van verblijf moet om de juiste begeleiding te krijgen. Niet alleen qua inhoud maar ook volume (voorkom wachtlijsten op die begeleiding). Een duidelijke rol voor het netwerk en communicatie hierover helpt om meerwaarde te creëren in het netwerk.
- Sommige verblijfsvormen (bv. pleegzorg) worden ten onrechte gezien als een soort vrijwilligerswerk. Wil je kinderen met een grotere hulpvraag in pleegzorg kunnen behouden, dan MOET je betere ondersteuning en financiering organiseren. Een keer in de 6 weken een ondersteuningsgesprek is niet voldoende.
- Er wordt vaak meer gedaan dan waar behandelaars voor betaald krijgen. Bijvoorbeeld opvoedondersteuning moet je kunnen toevoegen en dat zit niet in de huidige dagdeelvergoeding. Zo moet je dus extra producten (indicaties) kunnen toevoegen en declareren.
- Betere matching. Kijken of een nieuwe aanmelding bij het gezinshuis past én bij de kinderen die daar al zitten. Dit in goed overleg met de ouders. Er is veel vraag naar plekken, dus er is geen prikkel om de bedden maar te vullen.
- Zorgen dat aanbieders zélf ruimte hebben om de ondersteuning in te huren die het kind nodig heeft. Daardoor kan er betere matching op het kind worden gedaan.

Thema 1: Ondersteuningsgericht verblijf (sessie 2)

Inleidend:

In deze sessie liggen de productomschrijvingen voor. Voor deze groep met name de omschrijvingen van:

Verblijf: Gezinshuis

Verblijf: Lichte Behandelgroep

Vraagstelling 1:

De opbouw van de producten moet eraan bijdragen dat voor de inzet het gezin, de gemeente en de zorgaanbieder weten binnen welke kaders de zorg geleverd moet worden, maar ook dat helder is welke verwachtingen we over en weer van elkaar mogen hebben. Hieruit vloeien de volgende twee vragen voort:

De beschrijving is ingedeeld in verschillende onderdelen, geven deze onderdelen voldoende houvast om aan de eerder benoemde doelen van ondersteuningsgericht te kunnen voldoen

Binnen ondersteuningsgericht speelt het lokale veld en het eigen netwerk van de jeugdige/ het gezin een grote rol. Welke barrières ziet u, die in de productbeschrijving op dit moment onvoldoende worden geadresseerd?

- Scheidslijn herstelgericht en ondersteuningsgericht is dun.
- GI is sowieso bezig met versterken netwerken en voorkomen uithuisplaatsing. Er is nog iets te winnen op het gebied van het netwerk betrekken.
- Het familiegroepsplan wordt nog onvoldoende ingezet bij GI. Dit moet in het voortraject al opgepakt worden voor een goede analyse. Ook analyse van bijv. onderwijs moet hierin meegenomen worden.
- Niet uitgaan van het probleem, maar de tijd nemen, doordat die vaak niet wordt gevoeld gebeurt dit niet. (Vanuit kwaliteitseisen gezinshuizen is dit al wel opgelost doordat hierin beschreven staat dat er een netwerkanalyse moet worden gemaakt.)

Fasehuis; Wat gebeurt er binnen een fasehuis?

- Het is een leefgroep waar nog wordt gewerkt aan zelfstandigheidsbevordering en problemen waarmee de jongere kampt. Wat we niet willen is dat een jongere wordt weggestopt tot zijn 18de, maar er moet nog actief worden gewerkt aan problematiek en zelfstandigheid.
- Vervolg kan zijn zelfstandigheidstraining, maar ook direct begeleiden naar zelfstandigheid.
- Opmerking: 8 jongeren is best veel.

Productomschrijving gezinshuizen

- V.w.b. de gezinshuizen duidelijke en passende omschrijving.
- Fijn dat er verwezen wordt naar het kwaliteitssysteem.
- Goede afbakening, dit kan echter per gezinshuis en leeftijd wel verschillen.
- Er staat in het sjabloon bij verlengde jeugdhulp 'Nee'. Betekent dit dat dit niet kan worden aangevraagd of dat het wettelijk niet is geregeld? Graag verduidelijken. Misschien 'Nee' veranderen in 'Indien nodig'.

Vraagstelling 2:

Ook jeugdigen in ondersteuningsgerichte voorzieningen kunnen behoefte hebben aan herstelgerichte interventies. Waar deze redelijkerwijs niet door het pedagogisch personeel op de groep kunnen worden geleverd, willen wij het mogelijk maken om deze apart inzetbaar te maken. Hierbij benaderen we de voorziening als een 'gezin'. Welke voor- en nadelen ziet u hierin? Is dit op dit moment in de beschrijving voldoende geborgd? Wat is vanuit oogpunt van de dienstverlening de meest transparante en wenselijk manier?

- Versnippering door meerdere aanbieders en slechte afstemming. Dit kan voorkomen worden door goede matching.
- Duidelijke taak regievoerder of GI. Samenwerking heel belangrijk.

Vraagstelling 3:

Specifiek voor de Lichte behandelgroep twijfelen wij op dit moment of de indeling onder ondersteuningsgericht de juiste plek is. Gelet op de zorg die daar wordt geleverd, vindt u dat de doelen en resultaten van een Lichte Behandelgroep voldoende aansluiten bij de boven genoemde doelen en resultaten van het onderdeel Ondersteuningsgericht?

- Bij Fasehuis zorg ambulante toevoegen. Fasehuis is bedoeld om vaardigheden aan te leren.

Vragen van aanbieders:

- Waarom wordt er bij gezinshuizen verwezen naar de landelijke kwaliteitseisen en staat hierover bij het Fasehuis niets?
Hoe ga je monitoren vanuit de gemeenten?
Waar is het netwerkberaad gebleven?

Thema 2: Herstelgericht verblijf (sessie 1)

Inleidend:

Er is een belangrijk onderscheid tussen herstelgericht en ondersteuningsgericht verblijf.

Herstelgericht gaat met name over hulpvragen waarbij ondersteuning ingrijpt op de problemen zelf en zodanig wordt opgelost dat het gezin zonder de initiële structurele ondersteuning verder kan.

Ondersteuningsgericht richt zich meer op blijvende problematiek en/of chronische belemmeringen.

Doelstellingen:

1. Voorkomen van recidive.
2. Jeugdhulp met verblijf vindt zoveel mogelijk plaats in een gezinssetting.
3. Meer complexe hulpvragen worden in een ambulante setting opgelost in plaats van in een verblijfsetting.

Vraagstelling 1:

Een doel is om meer complexe zaken in ambulante setting op te lossen. En om eventueel verblijf zo kort mogelijk te houden.

- a) *Wat kan uw organisatie doen om dit doel te bereiken?*
- b) *Wat is daarvoor nodig?*

- Toegang tot verblijf veel nauwer maken. Aanmelden is te makkelijk en cliënten worden vanuit gewenning en angst voor eventuele gevaren relatief gemakkelijk aangenomen.
- Zorgbehandelplan aan de voorkant: noodzakelijk zijn afstemmingsgesprekken en consensus over reden, duur (bij voorkeur zo kort mogelijk), doelen, behandeling.
- Voordat afbouw van verblijf kan plaatsvinden dienen ambulante behandelingen, welke nu alleen in verblijf worden aangeboden, allereerst goed te worden opgezet om verblijf te kunnen afbouwen. Dit houdt ook in dat, bepaalde, ambulante producten 24/7 beschikbaar moeten zijn, met in voorkomende gevallen de 'eigen' behandelaren.
- Mengvormen zijn noodzakelijk in de overgang van ambulante naar verblijf.
- Het inzetten van triage i.v.m. schaarste van sommige ambulante producten.
- Accepteren van gevaren in geval van ambulante behandeling. Als je blijft zoeken naar ultieme veiligheid, blijf je veel kinderen opnemen. Opname lost bijna nooit iets op. In ZKIJ wordt al op deze manier gewerkt (meer ambulante).
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid nemen. In het veld vindt veel wegschuiven van verantwoordelijkheid plaats.
- Het stellen van eisen aan ambulante producten op het gebied van hoogspecialistische ambulante GGZ.

- Het risicovraagstuk bij meer ambulantisering is ingewikkeld. De druk van ouders groot. Dit vraagt veel van betrokkenen (onder andere regiebehandelaren). Behandelaren staan onder grote druk (als een cliënt aan zelfdoding doet, wordt de behandelaar daarvoor verantwoordelijk gehouden (ook door de politiek))
- Definiëren dat de kliniek de hoogste opschaling binnen een ambulante traject is. Verblijf moet een kort intermezzo zijn.
- Als partners het instellen van een overgangsjaar met financieringsaspect (betreffende fricties).
- De gewenste transitie is heel belangrijk: van gesloten naar besloten met intensieve behandeling en van besloten afbouwen naar ambulante.
- De opbouw naar ambulante alternatieven gaat heel moeizaam. Een knelpunt hierin is om goede medewerkers te krijgen en te houden.
- Mogelijk vaststellen van een maximale duur van behandeling in geslotenheid.
- Er zijn zorgen voor de klinische zorg die na ambulantisering overblijft, gezien de financiële last die dat met zich meebrengt. Het is wenselijk dat deze zorg wel in de regio beschikbaar blijft.
- Ambulante hulpverlening wordt reeds vaker ingezet. Door complexe problemen komt het voor dat hulpaanbieders cliënten te gemakkelijk teruggeven, waardoor weer andere hulpverlening gezocht moet worden. Dit resulteert daarin dat een cliënt soms bij 2th of 3th best wordt geplaatst. Complicerende factor daarin zijn de wachtlijsten.
- Randvoorwaarde voor ambulantisering: het aantal keren dat cliënten worden teruggeven laten afnemen. Een oplossingsrichting hiervoor zou mogelijk kunnen zijn om regels hiervoor op te stellen (grotere inspanningsverplichting bij aanbieders, producten minder breed en specifiekere benoemen, met vereisten, zodat duidelijk is wat er van een aanbieder wordt verwacht).
- Toenemende complexiteit en agressie maken dat het aantal pleegouders en gezinshuizen niet groeien.
- Scheer niet alle doelgroepen ondersteuningsgericht over één kam. Sommige jongeren hebben een intensieve behandeling nodig en dat is duur.

Algemeen:

- Afbouw van verblijf naar ambulante spitst zich toe tot hoogspecialistische zorg. Expertise hiervoor ligt over het algemeen niet bij kleine aanbieders, omdat dit niet of moeilijk te organiseren is en omdat het lastig is het veld te overzien. Als verblijfsvoorziening dien je bij afbouw zelf het hoogspecialistische ggz-aanbod te hebben.

Vraagstelling 2:

Het streven voor verblijfsvoorzieningen is 'zo thuis mogelijk' waarmee we een setting bedoelen die is vormgegeven als een gezinsetting. Die zich, waar mogelijk, in de eigen omgeving van de jeugdige bevindt.

- a) *Hoe ziet uw organisatie dat, hoe kunnen we dat vormgeven?*
- b) *Wat is daarvoor nodig?*
- c) *Vallen er met de overgang van verblijf naar ambulante jeugdigen tussen 'wal en schip'?*

- Rooming in indien mogelijk: Het kunnen opnemen van één of beide ouders om een bijdrage te leveren aan korte klinische interventie (angst reduceren/veiligheid creëren). Soms is er sprake van een specifieke doelgroep. Voor deze jongere is een vastomlijnd traject nodig, aangezien voor deze jongeren hiervoor al veel is ingezet, wat geen succes heeft gehad.
- Alert erop zijn dat vanwege het inzetten op ambulantisering opname té lang wordt uitgesteld, waardoor de zorgvraag alleen maar complexer is geworden. Kortdurende interventie (licht of zwaar) in een vroeger stadium kan in sommige gevallen helpend zijn voor het ambulante traject.
- Voor 18- zijn er na uitstroom bijna geen veilige woonplekken (beschermde wonen voor jongeren met verslavingsproblematiek).
- Het vormgeven van aansluitende zorg om recidive te voorkomen.
- Er zijn maatschappelijke problemen die de druk op gespecialiseerde crisishulp zal doen toenemen. De schaarste van personeel is hierbij een probleem. Er zal dan ook moeten worden nagedacht over de crisisgroepen. Inzetten op preventie en gericht voorkomen van escalatie op spelende trends.
- Het vergroten van expertise aan de voorkant door bijvoorbeeld de inzet van ervaringsdeskundigen.
- Het goed definiëren van wat een gezinshuis is.
- Meer in de wijk opnemen. Nadeel: verspreiden expertise, medewerkers voelen zich minder gesteund, meer spreiding van personeel, multidisciplinaire aanpak moeilijker en minder afstand tot jongere daardoor intensiever. Moeilijker om personeel voor te vinden omdat het minder hoog in aanzien staat.
- Voor deze slag moet er ook ingezet worden op personeel.

Voorkomen recidive:

Gemeenten willen strakker inzetten op (zorg)recidive.

- Recidive is een fact of life.
- Laat de koppeling los om na recidive direct een vervolgbehandeling in te zetten zodat slecht bedrag niet beloofd wordt. Wel dient onderlinge steun te worden georganiseerd en dient dit gefaciliteerd te worden in bijvoorbeeld ervaringsgroepen en de ICT.
- De casemanager van de gemeentelijke toegang een vinger aan de pols laten houden. De Toegang is de rode draad in de behandeling van een jongere.
- Als een kind een klinische opname heeft, moet er een casemanager toegang toegewezen zijn die weet wat er al ingezet is en betrokken wordt bij een vervolgplek.

- Voor speciale doelgroepen (verslavingsproblematiek) dienen mogelijk andere richtlijnen te worden ingezet.
- De inzet van een casemanager ligt genuanceerder. Er zijn veel toewijzingen via de GI, waarbij de Toegang niet meer betrokken is/mag zijn (complicerende regelgeving). De wens is er wel om de gemeentelijke toegang dan ook te betrekken.
- De inzet van ervaringsdeskundigheid kan helpend zijn bij doelgroepen welke veel diffuser zijn, maar is veel logischer bij de specifieke doelgroep verslavingsproblematiek.
- Wegens het tekort aan uitstroomplekken vindt er meer recidive plaats.
- Ondersteuningsgericht verblijf is niet per definitie gemakkelijker/goedkoper dan ondersteuningsgericht ambulantly.
- Goede (tijdelijke) woonplekken (pleegzorg) zijn schaars. Weinig gezinnen melden zich aan (wellicht mede vanwege toenemende complexiteit).
- De Toegang zou een rol kunnen spelen in de beweging van verblijf naar ambulantly.
- Door achterblijven woonruimte wordt de klinische capaciteit onterecht vergroot.
- Herstelgericht is normalisatie, betrekken netwerk, wijkagent, jongerenwerk etc. en het voeren van het brede gesprek. Dit is belangrijk om recidive te voorkomen.

Thema 2: Herstelgericht verblijf (sessie 2)

Binnen Herstelgericht ambulantly onderscheiden we de volgende producten (de dikgedrukte producten bespreken wij, omdat hier nog vragen over zijn):

- **Verblijf: Open/ besloten behandelgroep**
- Verblijf: Drie-milieuvoorziening
- **Verblijf: Besloten Klinische opname**
- Verblijf: Gesloten klinische opnames

Vraagstelling 1:

De opbouw van de producten moet eraan bijdragen dat voor de inzet het gezin, de gemeente en de zorgaanbieder weten binnen welke kaders de zorg geleverd moet worden, maar ook dat helder is welke verwachtingen we over en weer van elkaar mogen hebben. Hieruit vloeien twee vragen voort.

a) *De beschrijving is ingedeeld in verschillende onderdelen, geven deze onderdelen voldoende houvast om aan de eerder benoemde doelen van herstelgericht te kunnen voldoen?*

- Voor hele document geldt: kijk naar woordkeuzes/termen als 'heel complexe problematiek', wat bijvoorbeeld beter omschreven kan zijn als 'heel complexe zorgvragen', m.a.w. schrijven vanuit methodisch oogpunt (meer herstelgericht).
- Er zijn 3 groepen die onder de herstelondersteuning vallen. Wat betreft LBJ moet nagedacht worden waar deze onder valt.

b) *HAI onderscheidt zich door het specialisme van de professional. Dit bepaalt grotendeels de kwaliteit van de jeugdhulp. Deze kwaliteit willen wij uiteraard goed borgen. Dragen de gestelde eisen hierin voldoende mate aan bij? Zijn er nog elementen of eisen die ontbreken die u vanuit uw perspectief van belang acht?*

Toelichting: de productomschrijvingen zijn erop gericht dat er minder discussie ontstaat over wat er van elkaar verwacht kan worden. Een van de onderdelen hiervan zijn de bijbehorende kwaliteitsvereisten.

- T.a.v. de aanvullende eisen: wat wordt er bedoeld met 'een mbo'er staat onder supervisie van een hbo'er'? Onder supervisie werken is goed, maar moet niet te gemakkelijk worden ingezet. Maar wat verstaan we onder supervisie?
- Bij behandeling sluiten producten elkaar niet uit. Producten kunnen ook in fases worden ingezet.
- Behandeling is altijd gericht op herstelgericht, waarbij de ene keer sterker dan de andere keer (afhankelijk van (de ontwikkeling van) de cliënt. Tevens wordt in gevallen liever een mbo'er ingezet, omdat deze meer zal bereiken dan een hbo'er. Hoe leg je vast dat de kwaliteit wordt geborgd.

- Er is onduidelijkheid waar kinderen onder vallen die geen woning meer hebben en ook niet gaan krijgen. Zij zullen lange tijd ondersteuning krijgen met periodes van herstel. Vallen deze kinderen onder ondersteuning of herstel? Een punt hierbij is ook de daarbij behorende financiering. Dit moet verder uitgediept worden.

Vraagstelling 2:

We zijn voornemens om de jeugdhulp in herstelgericht verblijf te splitsen in jeugdhulp die door het pedagogisch personeel op de verblijfsgroep wordt geleverd en jeugdhulp die hierop aanvullend als behandeling wordt geleverd. De combinatie van deze twee leidt ertoe dat een passend aanbod op cliëntniveau kan worden samengesteld. Welke voor- en nadelen ziet u hierin? Wat is vanuit oogpunt van de dienstverlening de meest transparante en wenselijk manier?

- Er zijn organisaties die dit zo georganiseerd hebben.
- Men is voorstander het zo te regelen.
- Waar zit de behandelcoördinator aan verbonden: verblijf of ambulante?
- Wat hoort bij de groep en wat is aanvullend?
- Er moet duidelijk worden gedefinieerd wat een behandelcoördinator kan doen.
- Betreffende diagnostiek kost soms veel tijd.
- Waaruit wordt de behandelcoördinator gefinancierd? Kan er sprake zijn van een extra vergoeding?
- Het blijkt dat de functie van behandelcoördinator per instelling anders wordt geïdentificeerd, dit kan verwarrend zijn. Het moet duidelijk zijn wat onder ambulante handelsverrichtingen wordt verstaan.

Betreffende de omschrijving dat er op het terrein school aanwezig moet zijn wordt het volgende opgemerkt:

- Een eigen school op het terrein lijkt gestoeld op het oude systeem. Bijna alle kinderen kunnen extern naar school. Voor sommige kinderen die tijdelijk niet heen kunnen, is het zaak de gewone school lessen te laten verzorgen binnen de voorziening (leraar die binnen komt of via bellen).
- In de omschrijving niet opnemen dat er een schoolmogelijkheid is, maar dat afspraken met onderwijs zijn geregeld.
- Onderwijs is een gezamenlijke verantwoordelijkheid om te organiseren.

Aanwezigen geven aan met de wijze waarop de producten beschreven (opbouw en wijze van beantwoording) zijn uit de voeten te kunnen en geven aan het fijn te vinden input te kunnen leveren op deze manier.

Thema 3: Ondersteuningsgericht ambulant (sessie 1)

Inleidend:

De regio stuurt op resultaten die bijdragen aan de hoofddoelen, zoals deze in de *visie op jeugdhulp met verblijf* zijn beschreven. Op basis van de gegevens 2018 t/m 2020 zijn doelen geformuleerd.

In deze sessie bespreken we hoe we deze doelen m.b.t. ondersteuningsgericht verblijf gezamenlijk kunnen behalen.

Vraagstelling 1:

Regio Alkmaar beoogt de instroom te laten dalen/stabiliseren door:

a. In te zetten op eigen kracht. Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- Voorheen werden er veel Eigen Kracht Conferenties ingezet om het sociale netwerk te versterken. Inmiddels is er veel inzet vanuit de JIM-methodiek en aan de hand van Gezinsintakes, waarbij ook problematiek van ouders prominent aan de orde komt. Deze gezinsintake betreft een samenwerkingsverband tussen 2 organisaties.
- De inzet op eigen kracht en een breed integrale insteek op systemische benadering is een aandachtspunt voor aanbieders. Dat vraagt om outreachend werk.
- Vraag : welke beweging vanuit de gemeente vindt plaats om het voorveld te versterken ? Aansluiting voorveld en 2^e-lijns jeugdhulp lijkt moeizaam te zijn.
 - Gemeenten zouden daar inderdaad een meer actieve rol in moeten spelen, maar hoe dit kan? Keuze is nu om in eerste instantie bij zwaardere casuïstiek actiever aandacht te gaan hebben voor het versterken van het systeem. Maar ook vanuit aanbieders wordt verwacht dat men aandacht heeft voor het voorkomen van een beroep op onnodige dure zorg, het versterken van het systeem en een eerdere afschaling.
- Aan de andere kant wordt ook vanuit aanbieders gesignaleerd dat er juist te lang wordt doorgesudderd met cliëntsituaties, terwijl eerder opgeschaald zou moeten worden. Er wordt toch ook vaak veel geprobeerd in het voorliggend veld, met juist een averechts effect.
- Er is een tekort aan meeleefgezinnen/buurtgezinnen waardoor er eerder of langer een beroep wordt gedaan op geïndiceerde zorg.
- Waar zijn samenwerkingen te halen op het gebied van innovatie ? Er zijn subsidies (landelijk) die juist ingezet kunnen worden om samenwerking en inzet op wijkniveau te bevorderen. O.a. gericht op versterken sociale netwerken.
- Het versterken van eigen kracht /gebruikmaken van het eigen netwerk klinkt eenvoudiger dan het in realiteit is. De doelgroepen lenen zich daar ook niet vaak voor. Schaamte, vermijdingsdrang en het vragen van hulp is vaak lastig.

- Eigen kracht is vaak een doodoener in gezinnen die al lang op zoek zijn naar oplossingen en het juist niet meer zelfstandig aankunnen. Idee is om juist bij de consultatiebureaus ook aan vroegsignalering te doen.
- Het aanspreken op eigen kracht kan juist contra-effectief zijn. Vaak is het juist nodig om de situatie te ontlasten om het weer zelf te kunnen.
 - Het komt ook vaak voor dat cliënten worden doorverwezen naar 2^e-lijns hulp, zonder dat verwijzers een goed beeld hebben van alternatieven binnen de Vrij toegankelijke zorg. En daarbij dat er vaak lang wordt “door gezorgd”, terwijl er mogelijk ook afgeschaald kan worden.
- In complexe gezinssituaties is niet altijd goed helder wat er speelt en wat gezinnen er zelf aan zouden kunnen doen.
- Definitie van ‘Eigen kracht’ is te complex beschreven. E.e.a. hangt echt af van de doelgroep, gezinssituatie en complexiteit /multiproblematiek.
 - Daarentegen mag eigen kracht ook wel wat meer worden afgedwongen. ‘Men’ is vaak ook wel te lief en men wil te veel pampieren. Optioneel zouden ook gezinscoaches kunnen zijn, die een gezin op afstand en laagdrempelig begeleidt.
 - Dat zou ook vanuit het voorveld georganiseerd kunnen worden. Bijvoorbeeld via gezinsbuddies.

b. Een accurate probleemanalyse te realiseren bij de aanvang van jeugdhulp; Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- Bij een cliëntonderzoek doordat verwijzers de zorgaanbieders eerder betrekken, zodat een deskundige analyse plaats kan vinden. Niet alleen op het kind, maar op het hele systeem, met daarbij een warme overdracht.
- Aanbieders hebben ook nog wat te doen bij afschaling en daar de verwijzers (m.n. de gemeente) eerder en actiever bij te betrekken.
- Bij toewijzingen/verwijzingen niet altijd een product opleggen, maar aanbieders ook de ruimte bieden om samen met de verwijzer tot een analyse/ aanbod te komen.
- Meer gezamenlijk optrekken bij het onderzoek en het daaropvolgend vaststellen van het zorgaanbod. Knelpunten hierbij zijn lange wachttijden en de beschikbaarheid van zowel verwijzer als aanbieder.

c. Te zorgen voor een toenemende uitstroom door de inzet op effectieve nazorg en afronding van zorg. Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- Aan de beantwoording van deze vraag is men niet toegekomen. Zie verder de 2e bullet onder vraag 1b

Vraagstelling 2:

We koppelen doelen aan het direct inzetten van passende zorg die zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig is. Dit om te zorgen dat jeugdigen sneller op de juiste plek terecht komen.

a. Wat kan uw organisatie doen om sneller/beter passende zorg in te zetten?

- Wachttijden blijven een punt van aandacht om tijdig af te kunnen schalen, waardoor er niet altijd adequate zorg wordt ingezet waardoor zorg soms langer doorloopt dan nodig is.

b. Wat kan uw organisatie doen om sneller en beter af te schalen?

- Per definitie inzetten op het 'verkorten' van een traject, zonder dat doelen behaald zijn, werkt averechts. Het verkorten van een traject kan alleen aan de orde zijn als er alternatieven zijn en/of het systeem daarop is ingesteld.
- Wachttijden blijven een punt van aandacht om tijdig af te kunnen schalen, waardoor er niet altijd adequate zorg wordt ingezet en zorg soms langer doorloopt dan nodig is.

c. Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- Verwijzers dienen voor de start van de zorg duidelijkheid te bieden over de verwachtingen vanuit verwijzers over de inzet, duur en omvang van zorg, zodat aanbieders daarop kunnen anticiperen. Dit omdat men -als aanbieder- vaak ook niet bij de gezinnen thuis komt.
- Aanbieders willen graag meer inzicht op de mogelijkheden van laagdrempelige of minder specialistische partijen die na afschaling van zorg op bij inzet van eigen kracht als een soort van co-piloot kunnen fungeren.
- Coaches vanuit gemeenten moeten goed in kunnen schatten wat er nodig is om gezinnen uit verschillende doelgroepen te kunnen ondersteunen. Op ieder potje past een dekseltje, maar er moet wel goed kunnen ingeschat dat het wel juiste dekseltje is.
- Het eenvoudig op koers kunnen houden van gezinssystemen met eenvoudige laagdrempelige hulp op afstand, waarmee zware hulp bij escalatie voorkomen kan worden: "Vinger aan de pols"
- Bij aanbieders moet er iemand zijn die behandelaars/begeleiders regelmatig vraagt of het wat minder kan of dat het traject klaar is.
- Binnen regio Alkmaar wordt al veel samengewerkt.
- De regio meer bij gemeenten beleggen om te voorkomen dat aanbieders hun eigen vlees gaan keuren of bij inzet van onderaannemers oneigenlijke voorkeuren inzetten. Ook naar ouders toe zou dit meer verduidelijking bieden. Zet daarbij ook in op de relatie met ouders. Denk ook aan een JIM-systeem, maar dan voor ouders. Een vast contactpersoon (voor het gezin + aanbieder) bij de gemeente die makkelijk toegankelijk is, is een plus.
- MDO's praktischer inrichten en in de gaten houden of een MDO een toegevoegde waarde heeft.
- Medewerkers op PSZ's e.d. te coachen/op te leiden zodat ze beter zijn toegerust, waardoor inzet van duurdere hulp niet of minder nodig is.

- Jeugdigen die mogelijk niet meer terug kunnen keren naar onderwijs, toch perspectief blijven bieden en op educatief gebied wat te blijven bieden.
- Aandacht voor continuïteit 18-/18+ vanuit gemeente in ondersteuning naar aanbieders toe.

Nabranders

301-berichten laten wel eens lang op zich wachten, waardoor zorg later start dan wenselijk is. Ook de duur van de indicaties is vaak te kort. Het zou wenselijk zijn als aanbieders hier wat meer ruimte in zouden krijgen. Of dat er standaarden van minimaal een jaar worden gehanteerd. Net zoals bij de omvang. De discussies hierover nemen voor beide partijen vaak veel onnodige tijd in beslag.

Thema 3: Ondersteuningsgericht ambuland (sessie 2)

Inleidend:

Binnen *ondersteuningsgericht ambuland* onderscheiden we de volgende producten (de dikgedrukte producten bespreken wij graag met u):

- **Ondersteuningsgericht Individueel Licht**
- Ondersteuningsgericht Individueel Midden
- Ondersteuningsgericht Individueel Zwaar
- Ondersteuningsgericht Groep Licht
- **Ondersteuningsgericht Groep Midden**
- Ondersteuningsgericht Groep Zwaar

Vraagstelling 1:

De opbouw van de producten moet eraan bijdragen dat voor de inzet het gezin, de gemeente en de zorgaanbieder weten binnen welke kaders de zorg geleverd moet worden, maar ook dat helder is welke verwachtingen we over en weer van elkaar mogen hebben.

Algemene Opmerkingen:

- Prettig dat er minder producten zijn. Dit maakt het overzichtelijk.
- Hou er rekening mee dat niet voor iedere doelgroep de hulpvraag via mantelzorg op te lossen is.
- Ambuland en individueel wordt wel eens door elkaar gebruikt.
Gemeenten: Met ambuland wordt de totale categorie van ambulante jeugdhulp bedoeld.
Individueel ambulante jeugdhulp is specifiek gericht op de individuele begeleiding op uurbasis, afgezet tegen groepsbegeleiding in dagdelen.
- De productbeschrijvingen lijken wat statisch en zo zijn de cliënten niet. Cliënten kunnen wisselende behoeften hebben en dat past dan niet binnen één product.
- In Haarlemmermeer wordt al zo toegewezen. Er kan daar makkelijker worden op en afgeschaald door de aanbieder zelf.
- Kan er gemakkelijk worden opgeschaald indien er iets gebeurt in een gezin? Bijvoorbeeld als er een wo+ moet worden ingezet voor een therapie e.d?
- Wisseling in zorgvraag vraagt om meer betrokkenheid en toegankelijkheid vanuit de gemeente.
- Betrokkenheid van de gemeente in meer langdurige zorgsituaties zou erg prettig zijn.
- Wenselijk zou zijn om een indicatie af te geven voor een totaal aantal uur binnen een bepaald tijdsbestek, waarbij er door de aanbieder kan worden ingezet naar behoefte.
- Het betrachten van regionale eenduidigheid in omvang en duur van indicaties is wenselijk.
- Het wordt als een beperking ervaren om limieten te stellen in productbeschrijvingen. Op zich wel logisch vanuit sturingsprincipes, maar er is nu eenmaal flexibiliteit nodig.

- Vaak worden er ‘trainingen’ (zowel in het voorveld als binnen de gecontracteerde jeugdhulp – 1^e-lijn-) ingezet zonder dat er een uitgebreide intake of probleemstelling heeft plaatsgevonden door een deskundige. Daarmee bestaat het gevaar dat er inadequate hulp wordt ingezet of dat er juist aan symptoombestrijding wordt gedaan.
- Wat is het omslagpunt van HAJ naar OAJ en andersom? Dit moet duidelijk naar voren komen.
- Deze producten bieden voor dit soort situaties meer houvast maar alleen als het om aanbieders gaat die ook bij de gezinnen thuis komen, het gaat minder op voor de zorgboerderijen.

a. *De beschrijving is ingedeeld in verschillende onderdelen, geven deze onderdelen voldoende houvast om aan de eerder benoemde doelen van ondersteuningsgericht te kunnen voldoen?*

Leveringsvoorwaarden:

- Tijden er uit halen omdat er toch ook vaak kinderen worden opgehaald en na 6 uur worden thuisgebracht.
- Dagbesteding en individuele begeleiding zouden ook ‘s avonds en in het weekend plaats moeten kunnen vinden, afhankelijk van de zorgvraag.

Doelen:

- Zijn helder.

Aanvullend op verblijf:

- Dit roept verwarring op. Voorgesteld wordt om dit er uit te halen, want dit suggereert dat het om verblijf gaat.

Verlengde jeugdzorg

- Dit zou wel mogelijk moeten kunnen zijn voor aanbieders die geen Wmo-contract hebben en waarbij een traject moet worden afgerond.
Ook bij jeugdigen die 18 worden, maar feitelijk op leeftijd van 14 functioneren zou dit wenselijk zijn.

Logische verwijzer

- Is School Maatschappelijk Werk (SMW) geen verwijzer?
Het is een indirecte en geen wettelijke verwijzer, gelijk de VO-coaches.
- Onderscheid aanbrengen tussen regiehouder, procesregisseur, regievoerder en regiebehandelaar. Deze lijken nogal eens door elkaar te worden gebruikt?

b. Binnen ondersteuningsgericht speelt het lokale veld en het eigen netwerk van de jeugdige/ het gezin een grote rol. Welke barrières ziet u, die in de productbeschrijving op dit moment onvoldoende worden geadresseerd?

- Hoe worden de zorg-onderwijsarrangementen gecoördineerd en de samenloop met de Jeugdwet? Ter voorkoming van terugkerende discussies?

Vraagstelling 2:

Op dit moment wordt bij groepsactiviteiten getwijfeld om deze te splitsen in een component dagbesteding (begeleiding op groepsniveau) en een individuele component. De combinatie van deze twee leidt ertoe dat een passend aanbod kan worden samengesteld. Welke voor- en nadelen ziet u hierin? Wat is vanuit oogpunt van de dienstverlening de meest transparante en wenselijk manier?

- Graag naast elkaar de indeling op enerzijds groepsgebonden dagactiviteiten en anderzijds individuele begeleiding indeling aanhouden. Mits het ook aanvullend op elkaar kan zijn.

Opmerkingen over productbeschrijving Ondersteuningsgericht Groep Midden:

- Waarom maximaal 4 dagdelen per week ? Er zouden in de praktijk toch ook jeugdigen meer dagdelen kunnen komen ter tijdige vervanging van onderwijs.

Redactioneel:

- Zelfredzaamheid vervangen door/ of aanvullen met de term zelfstandigheid.
- Andere term/zin bedenken voor “Ook kan het voor de ontlasting binnen een gezinssysteem.....” onder Over de Doelgroep
- Toevoegen 4-ogen-beleid? Altijd 2 begeleiders (eventueel van verschillende niveaus op een groep?

Thema 4: Herstelgericht ambulant

Inleidend:

We streven naar een daling van het aantal jeugdigen in 2029 in jeugdhulp van 29% ten opzichte van 2021.

Vraagstelling 1:

Regio Alkmaar beoogt de instroom te laten dalen/stabiliseren door:

a. In te zetten op eigen kracht; Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- Er mist een brede integrale gemeentelijke visie op het organiseren van voorwaardelijkheden om de eigen kracht te versterken en daarmee het beroep op jeugdhulp terug te dringen. Denk aan sportfaciliteiten, onderwijs (kleinere klassen en in de nabijheid), laagdrempelige voorzieningen zoals buurthuizen e.d.

b. Een accurate probleemanalyse te realiseren bij de aanvang van jeugdhulp. Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?

- Betrek deskundige BIG-geregistreerden bij de probleemanalyse. Niet alleen om de juiste analyse te stellen, maar ook om onnodige zorg of juist inadequate zorg in te zetten. Vanuit gemeenten worden regelmatig cliënten doorverwezen met een opdracht, terwijl er bij nader onderzoek meer boven tafel komt.
- Draag zorg voor een warme overdracht of gezamenlijke probleemanalyse door gemeente/GI en aanbieder.
- Draag ook zorg voor normaliseren bij de intake. Niet ieder 'probleem' moet worden opgelost vanuit de Jeugdwet-pot. Daar zijn wel kaders voor nodig voor de toegang.
- Men vraagt zich of SOVA-trainingen betaald via jeugdhulp via trainingsbureaus iets bijdragen aan de ontwikkeling van het kind.
- Geef aanbieders geen opdracht om specifieke producten in te zetten. Laat dat over aan de aanbieder zelf. Evt. in samenspraak met de verwijzer en de cliënt.
- Geef cliënten geen valse hoop bij verwijzing door een suggestie te doen voor een methodiek, maar laat het doel voor zich spreken. Voorbeeld is dat een cliënt nu wordt verwezen voor bijv. EMDR i.v.m. traumabehandeling. Tegenopmerking is dat het voor andere aanbieders juist geen issue is om dit verder bespreekbaar te maken met de cliënt.
- Samenwerking met onderwijs en deze intensief en van het begin af aan te betrekken is en pré bij de probleemanalyse.

c. *Te zorgen voor een toenemende uitstroom door de inzet op effectieve nazorg en afronding van zorg. Wat kan uw organisatie concreet hierin doen? Wat is hiervoor nodig (randvoorwaarden)?*

- De wens wordt uitgesproken om bij lichtere vormen van jeugdhulp meer in de thuissituatie te opereren; voor meer specialistische hulp blijft de locatie van de aanbieder de beste plek (dus centraler). Anderzijds wordt opgemerkt dat thuis niet gekoppeld hoeft te zijn aan zorgzwaarte. Het is meer situatieafhankelijk dan zorgafhankelijk.
- Draag zorg voor een integrale/systemische aanpak. Focus niet alleen op het probleem van het kind, maar vooral op het brede systeem, inclusief onderwijs.
- Pak problematiek integraal aan (schuldenproblematiek, vervuiling etc.). Maak een analyse van de zwaarste gevallen en onderzoek wat daar allemaal speelt en wat er voorkomen had kunnen worden en hoe? Denk verder aan een brede analyse van de duurste cliënten. En dan niet alleen op het gebied van jeugdhulp, maar ook andere wetten. Multi-problematiek dus.
- Sluit niet te snel af bij bepaalde casuïstiek en cliëntgroepen, maar biedt een stuk nazorg met een doorlopende beschikking. Dit biedt een cliëntsysteem wat back-up en scheelt een hoop administratief geneuzel. En het voorkomt dat het cliëntsysteem zich ook weer opnieuw ergens moet melden.

Vraagstelling 2:

Jeugdhulp is aantoonbaar doelmatig en draagt aantoonbaar integraal bij aan de oplossing voor de hulpvraag van het gezin of de jeugdige. Hulpverleners dienen gedurende het gehele traject integraal te kijken naar de hulpvraag en oplossingsrichting. Bij een materiële controle ligt de norm op 100%.

Voorkomen van recidive binnen verblijf: Jeugdigen doen na afronding van het hulpverleningstraject niet opnieuw een beroep op tweedelijns specialistische jeugdhulp.

We vragen onze jeugdhulpaanbieders om voor een duurzame oplossing te zorgen, waarbij de borgen voor deze oplossing gezocht wordt in de directe omgeving van de jeugdige. Hiermee verkleinen we de kans dat de problematiek in de toekomst weer de kop op steekt. We streven er dan ook naar dat geen enkele jeugdige na afronding terugkomt in de jeugdhulp.

Doel is voorkomen van terugval in jeugdhulp door gezinnen en jeugdigen na afsluiten van de jeugdhulp.

a. *Wat ziet u als jeugdhulpaanbieder zorgrecidive?*

- Jongeren die 18+ worden en vervolgens overgeheveld worden naar ZVW of Wmo, maar daar speelt dan een hoge eigen bijdrage voor de cliënt of lagere tarieven. Dit zorgt voor veel terugval of escalatie. Draag zorg voor zorgcontinuïteit bij 18-/18+ door te ontschotten.

b. Kunnen we ook jeugdhulp inzetten zonder diagnose?

- Het wordt 'normaal' gevonden om een kind dat 'afwijkt' snel aan te melden, zonder dat dit nodig zou zijn. Verder lijkt het zo te zijn dat een brede analyse via 1^e lijns hulp beter toegankelijk is en prettiger is voor ouders dan een intensief diagnostisch en mogelijk stigmatiserend traject.
- Probleemanalyse wordt in 1^e instantie belangrijker geacht dan direct een diagnostisch traject in te zetten.

c. Wat kan uw organisatie doen om dit doel te bereiken, zowel tijdens de hulp als in de afbouw van de hulp?

- Aanbieders zouden elkaar beter moeten leren kennen en de gemeente zou daar in mogen investeren door netwerkbijeenkomsten te organiseren. Een ander geluid is dat dit vooral de verantwoordelijkheid van aanbieders zelf is. Ook wordt aangegeven dat er al veel wordt samengewerkt en dat men elkaar opzoekt.
- Kijk vooral buiten de eigen scoop, kaders en het eigen aanbod.

d. Wat is daarvoor nodig?

- De indruk bestaat dat van zwaar naar licht op de voorgrond staat en er niet naar de noodzaak wordt gekeken om juist eerder zwaar in te zetten om langdurige trajecten te voorkomen. Maak een adequate probleemanalyse en zet in wat nodig is. Zet in aan de voorkant om een hoop geld en energie aan de achterkant te voorkomen.
- Ook lijkt er aan de voorkant veel te worden geïnvesteerd door basispsychologen e.d. die mogelijk niet zijn toegerust op het probleem. Er lijkt veel te worden aangemodderd. Laat de probleemanalyse door deskundigen doen. 10 % van de cliënten soupeert zo'n 60 % van de kosten op.
- Kijk meer buiten het eigen aanbod en oriënteer op wat er werkelijk nodig is. Het geld moet naar die gezinnen gaan die het echt nodig hebben. Niet ieder kind wat een beetje wiebelig is, moet worden geholpen van de jeugdwet.
- De J&G-coaches zouden veel meer een signalerende positie in moeten nemen en wellicht ook opgeleid moeten worden om problematiek in een vroeg stadium te herkennen.
- Mogelijk alternatief zijn kleinere werkeenheden binnen de regio zodat er overzicht ontstaat. De sociale kaart is niet goed in beeld.
- Zijn er randvoorwaarden te noemen voor gemeenten om kinderen/gezinnen te laten landen of sneller uit te laten stromen na een behandeltraject? Doel is kortere behandeltime, voorkomen van escalatie en voorkomen van recidive.
 - Gemeenten zouden in ieder geval het voorveld meer moeten faciliteren (SMW, jongerencoaches, jongerenwerk e.d.). Ook zouden gemeenten de gecontracteerde aanbieders meer kennis met elkaar kunnen laten maken.

Thema 5: Multiproblematiek en veiligheid, complexe casuïstiek

Centrale vraag

Op welke wijze kunnen gemeenten en aanbieders integrale hulp bieden aan de meest kwetsbare kinderen en gezinnen, waarbij sprake is van multiproblematiek en veiligheidsproblemen?

Doel van de bespreking

In gesprek gaan over de doorontwikkeling van een Regionaal Expertteam (RET) in regio Alkmaar. Hoe ziet u als aanbieder uw betrokkenheid en rol daarin, wat heeft u daarvoor vanuit de gemeenten nodig en welke tips en aandachtspunten geeft u de gemeenten mee?

Enkele voorbeeldvragen zijn:

- Waar loopt u tegenaan als het gaat om het bieden van integrale hulp?
- Hoe ziet u de doorontwikkeling van het RET?
- Welke eerste stappen zijn volgens u nodig om dit te realiseren?
- Hoe ziet u de integratie van een RUIT (regionale in- en uitstroom tafel) in het RET?
- Hoe ziet u de verbreding van het RET naar het sociaal domein (en evt. breder)?
- Hoe ziet u uw directe of indirecte rol m.b.t. het RET?

Bespreking

In de bespreking kwamen de volgende drie vragen en thema's terug:

1. Wat is het doel van het RET en wie is de doelgroep?
2. Wat is er al aanwezig in de bestaande infrastructuur en kan het RET aan de bestaande infrastructuur gekoppeld worden?
3. Het lijkt te gaan om een specifieke groep, waar specialistische kennis en hulp voor nodig is. Is voor deze doelgroep samenwerking op bovenregionaal niveau noodzakelijk (dus een bovenregionale RET)?

Vraagstelling 1:

Wat is het doel van het RET en wie is de doelgroep?

Doel(groep)

Er wordt een zorg gedeeld over de onbekendheid van het RET tot nu toe, ook in de andere regio's. Daarnaast is de gewenste ontwikkeling nog niet ver, terwijl er veel winst valt te behalen omdat deze casussen complex en tijdrovend zijn.

In de discussie komen twee behoeften t.b.v. de functie van het RET aan bod.:

1. Hoe zorgen we ervoor dat er voldoende aanbod binnen het zorglandschap beschikbaar is.
2. Welke mogelijkheden zijn er in een casus en die vanuit verschillende invalshoeken belichten.

Op het eerste gezicht lijkt de doelgroep van het RET relatief klein te zijn, maar moet deze doelgroep nauwkeurig geformuleerd worden. Voorkomen moet worden dat dit onterechte uitsluiting van casussen tot gevolg heeft. Het wordt van belang geacht om eerst in kaart te brengen wat er al is, als input voor de definitie van de doelgroep (wat mist er nog).

Daarnaast wordt de vraag gesteld of we voor een 'kleine' groep een groot netwerk moeten optuigen. Men kan ook denken aan het vormen van een databank van professionals/experts en dat de samenstelling van het RET per casus kan verschillen.

Mandaat

Bij de effectiviteit van het RET wordt vooral gekeken naar de taak en het mandaat. Het mandaat wordt niet gezien als die van bijvoorbeeld rechter, maar moet leiden dat er effectief aanbod ingezet of gecreëerd kan worden. In feite is er dus meer sprake van doorzettingsmacht, ook m.b.t. de financiën/bekostiging van de benodigde hulp. Er is blijkbaar behoefte aan een procesregisseur, die doorverwijst welk aanbod waar te verkrijgen is, maar ook de financiële toezegging kan doen.

Geconstateerd wordt dat er veel goed gaat in de keten, maar ook dat alle partijen overvraagd zijn en oplossingen nodig zijn voor gevallen waar we niet uit kunnen komen en/of geen hulp voor in huis hebben. Hiervoor kunnen we putten uit ervaringen uit andere regio's.

Er is in de discussie een belangrijk verschil of er geen plek of er geen aanbod is. Dit is van belang voor het bepalen van de best passende hulp en het zo min mogelijk inzetten van 'second best'.

Hierbij wordt opgemerkt dat dit niet het primaire doel van het RET is. Het RET heeft primair de taak van escalatie.

Domeinoverstijgend

De problematiek die in het RET aan bod komt is domeinoverstijgend. Het is dus van belang dat de aanpak ook domeinoverstijgend is en wordt meegenomen bij de vraag hoe het RET in een vervolgfase eruit komt te zien, o.a. voor wat betreft wie wanneer aansluit (ook in kader van goede vertegenwoordiging vanuit aanbieders, zowel klein als groot). Er wordt geopperd om de toepassing van het RET niet te beperken tot een opschalings-/escalatiemogelijkheid in een laat stadium, maar om het RET juist tijdig in te zetten ter voorkoming van stapeling van hulp en veelheid aan hulp(verleners). Als bijvoorbeeld wordt aangegeven dat op basis van een analyse van de eerste X casussen een rode draad zichtbaar wordt m.b.t. risicofactoren, kan dit handvatten bieden om bij casussen met vergelijkbare risicofactoren eerder in te grijpen.

De aanwezigen signaleren dat problematiek van ouders vaak het onderliggende probleem is van de problematiek van de jongeren. In de praktijk blijkt dat de verschillende financieringsvormen drempels opwerpen om gezinnen vanuit een integrale benadering te bereiken en een brede gezinsaanpak toe te passen. Het belang van het ontschotten van zorg wordt genoemd als belangrijk aandachtspunt. Tevens wordt er handelingsverlegenheid en een gebrekkig aanbod voor groepen jeugdigen die delicten plegen (waarvoor strafrechtelijk een GI maatregel is afgegeven) gesignaleerd. Ook wordt gedeeld dat zich situaties voordoen waar jeugdigen niet in gezinsgerichte woonvormen kunnen blijven en dat er moeilijkheden zijn om (kleinschalige) woonplekken voor kinderen met een heel complexe opvoedvraag te vinden, waar we hulp omheen organiseren als de betrokken hulpverleners vastlopen i.p.v. het kind te laten verhuizen.

Om het RET een heldere functie te geven, is het van belang dat de belangrijkste knelpunten in beeld worden gebracht, bijvoorbeeld: waar gaan gemeenten inhoudelijk en financieel wel en niet over? Oftewel met welke begrenzings hebben we te maken, zoals vrijwilligheid van ouders bij hulpverlening versus dwang/drang en de lastige situatie op de woningmarkt.

Vraagstelling 2:

Wat is er al aanwezig in de bestaande infrastructuur en kan het RET aan de bestaande infrastructuur gekoppeld worden?

Er bestaan al verschillende structuren en platforms. Wat kunnen we hiervan gebruiken om het RET vorm te geven i.p.v. iets nieuws in te richten? Een eerste startpunt is om overzicht aan te brengen in dat wat er nu al is: wanneer ga je naar welk overleg of platform (MDA++, RET, Veiligheidshuis) en kan hier in iedere regio enige uniformiteit/eenduidigheid in worden aangebracht. Er lijkt een probleem te ontstaan wanneer bestaande structuren geen oplossing bieden. Hiervoor wordt geopperd dat men wellicht meer op zoek is naar een procesregisseur en/of kennisnetwerk dan een team, waarbij breder gekeken kan worden dan alleen jeugd en zelfs sociaal domein, zoals huisvesting. Een mogelijkheid is dat gekozen wordt voor één ingang, waar besloten wordt welke richting de casus op gaat. Waar komen signalen over wat mis gaat nu terecht?

Het RET zal onlosmakelijk verbonden zijn met andere overleggen en structuren om maatwerkoplossingen in voorkomende casussen te kunnen bieden. Vaak zijn hiervoor bovenregionale oplossingen nodig. Als de kern van het RET het organiseren van een doorzettingsmacht is, is het niet mogelijk om het RET aan bestaande structuren toe te voegen. Aanwezigen komen tot de slotsom dat de huidige infrastructuur zeker benut kan worden, maar dat ook lokale/regionale verschillen, bijvoorbeeld in inkoop, een complicerende factor kunnen zijn. Daarnaast is wordt ook hier de wens en ambitie tot domeinoverstijgend werken genoemd en dat past niet direct in de bestaande structuren.

Vraagstelling 3:

Het lijkt te gaan om een specifieke groep, waar specialistische kennis en hulp voor nodig is. Is voor deze doelgroep samenwerking op bovenregionaal niveau noodzakelijk (dus een bovenregionale RET)?

In gevallen waar standaardoplossingen niet toereikend zijn, is het de wens om gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen. Soms valt iets niet lokaal te organiseren en is een (boven)regionale of landelijke schaal nodig, maar dit blijkt in de praktijk vaak lastig inzetbaar (bijvoorbeeld vanwege onbekendheid). Idealiter bestaat de mogelijkheid specialistische expertise vanuit bijvoorbeeld een landelijk team lokaal in te zetten. Indien er weinig casussen zijn, maar waarvoor wel specifieke kennis vereist is, kan het vergroten van het werkgebied van het RET een oplossing zijn, bijvoorbeeld dat experts voldoende 'vliegreuven' kunnen maken. Dit is noodzakelijk voor de kwaliteitsbevordering van het RET. Aanwezigen vragen zich af of het logisch is het RET regionaal op te zetten (dichtbij mogelijk helpen) of dat het wellicht verstandiger is het RET meer op bovenregionaal niveau te organiseren. Tot slot delen aanwezigen het belang van het goed faciliteren van een RET en het borgen van de onafhankelijkheid van de professionals als belangrijke aandachtspunten in de verdere uitwerking.

Thema 6: Aansluiting onderwijs en jeugdhulp (J&G-coaches)

Samenvatting / Kernpunten uit het gesprek:

- Multi-disciplinair werken in school
 - komen tot en werken aan 1 plan: wie sluiten hiervoor aan voor kind x? (met jh expertise, jeugdige, ouders, voorveldpartners?, ..)
 - Niet alleen vanuit het 'probleem' redeneren, ook kijken naar wat of bij wie het juist 'goed' gaat (versterken).
 - Anamnese waar mogelijk ism het onderwijs
 - Investeren in wat wél goed gaat (kan ook met voorveld, docent/sporttrainer die god met jeugdige kan, versterken talenten/interesses die jeugdige heeft) – kan ook bij wachtlijsten.

- Versterken samenwerken/aansluiting:
 - Afspraken maken over:
 - Wie ondersteunt ouders/jeugdige in de proces-regie-rol?*
 - Wie doet wat?*
 - Hoe versterk je elkaar?*
 - Waar toe, met wie en hoe vaak contact?*
 - Samen deskundigheidsbevordering hebben (langs welke principes werken we?)
 - Samenwerken tbv een integraal beeld: vb werken met gelijke instrumenten: vb matrix HGdiagnostiek
 - Zoveel mogelijk met 1 professional voor jeugdige en gezin werken (school en thuis en evt verblijfslokatie niet als gescheiden werelden zien).

- Randvoorwaarden:
 - Elkaars deskundigheid erkennen en benutten.
 - Elkaars context begrijpen
 - Elkaar kennen! (als persoon – korte lijntjes, ook organisatie, vak, werk-context → wie kan wat bijdragen? Wat mag je verwachten?)
 - Data; grip krijgen op patronen, ervan leren en met elkaar verbeteren.
 - Zicht hebben op wie betrokken zijn bij jeugdige/gezin.
 - Niet teveel aanbieders of duidelijke (gehandhaafde) contactpersonen bij aanbieders.

- Houding professionals:
 - Als er even geen onderwijs kon zijn, dan bij het 'eerste kiertje' gelijk weer onderwijs gaan invoegen (ook al is het klein)
 - Al in het werken met jonge kinderen normaliseren dat je samenwerkt in de driehoek tbv kind. Niet pas bij grote problemen.
 - Expertise delen met respect voor (en enige kennis van) elkaars rol/vak/context
 - Onderwijs *onlosmakelijk* zien van de jeugdige (die je in behandeling hebt)

Gesprek

Op veel scholen sluit al J&G-coach aan (bij verschillende gemeenten, verschillende namen voor deze functie). Dat is fijn want die heeft zich op de sociale kaart en wat de zorgbehoefte is. Hierdoor kan er in een vroegtijdig stadium worden meegedacht. Dit behouden.

Bij zorgstructuur voorveld aan laten sluiten. Dit bespaart kosten voor zwaardere zorg. Door aanwezigheid op school, voorkom je uitval, omdat je laagdrempelig gesprekken met leerlingen en docenten kunt voeren.

Hoe wil je op school inrichten dat jeugdhulp snel beschikbaar is voor die laagdrempelige inzet en expertisebevordering op school?

Oproepbare 2^{de} lijn, om juiste expertise in te roepen en snel te kunnen interveniëren en juiste diagnose te stellen.

Degene moet ook link zijn naar uiteindelijke behandelaar.

Hulp op school door een vaste partij heeft voordelen:

- Ouders betrokken, aansluiten bij gezinsproblematiek
- Leerkrachten betrokken.

Zorg advies teams (ZAT's, tegenwoordig vaak MDO's genoemd)

Versterken ZAT's, voorkomt onnodig wachten en geen verwijzing nodig.

Vraagstuk is wie neemt de regie en is verantwoordelijk voor de voortgang. Bij het primaire onderwijs (po) is dit beter geregeld dan in het voortgezet onderwijs (vo).

In het ZAT, moeten heldere afspraken worden gemaakt over wat gaan we doen en wat omvat de regie. Deze moet ondersteunend zijn aan de ouders, ontslaat hen niet van verantwoordelijkheid. Regie van jongeren en ouders ook heel belangrijk.

Regievoerder moet beeld schetsen van alle betrokkenen, ook langdurig betrokkenen zoals in het netwerk.

Belangrijk om het kind als één te zien, dus systemisch werken.

Stap 1 is psycho-educatie leerkrachten en kind

Stap 2 gesprekken ouder

Stap 3 inzet 2^{de} lijn

Vraag is of je vanuit het ZAT moet denken, of met degene(n) die al betrokken zijn aansluiten bij het ZAT.

Hierbij wordt aangegeven dat contact leggen met de school ook de verantwoordelijkheid van de professional is.

Die beweging moet ook andersom worden ingezet. Wanneer er een probleem is op school, hoe betrek je dan tijdig jeugdhulp.

Het onderwijs geeft aan dat de scholen behoefte hebben aan handelingsadviezen en gezamenlijk optrekken.

Hier wordt ervaren dat gezamenlijke regie vaak ontbreekt.

Kennisdeling is ook respect voor professionaliteit van de ander. Hier ontbreekt het nog wel eens aan. Over en weer moet er kennis en begrip zijn voor elkaars context.

Onderwijsprofessionals willen graag vaste aanbieders. Waarbij we wel moeten differentiëren naar schooltype en populatie.

Hierover verschillen de meningen:

1. Het gevoel is dat er soms te lang wordt aangemodderd met alle goede bedoelingen. Wanneer je vaste aanbieders inzet loop je het risico dat er niet breed wordt gekeken in aanbod en toeleiding. Kan je niet beter toe naar een vast goed bereikbare contactpersoon per organisatie.
2. Vaste contactpersonen voor school genieten meer vertrouwen omdat ze een bekend gezicht binnen de school zijn.

Voorbeeld:

In Haarlemmermeer is een vast team van aanbieders die op een school werken, zij mogen zelf verwijzen. Vaste teams worden door de scholen als ondersteunend ervaren.

Vraag: Is het ook duidelijk welk effect dit heeft op de kosten?

Dit wordt gemonitord, het is nu nog niet mogelijk om een beeld te kunnen vormen. Uitgangspunt van de samenwerking is vertrouwen en taakverantwoordelijkheid.

Gezamenlijk verantwoordelijk voor monitoring trends en zicht krijgen in patronen.

Je versterkt hiermee de 1ste lijn, hoe zorg je voor aansluiting 2de lijn?

Wat doet dit voor het schoolondersteuningsplan?

Hier moet nog wel wat in gebeuren. Je moet kennis delen met schoolbesturen en afspraken maken hoe je dat verder de scholen in krijgt.

Betrokken partijen zijn geselecteerd via aanbesteding.

AVG

Wanneer je gezinsgericht wilt werken heb je toestemming nodig van ouders om samen te werken. Het is soms bedreigend voor ouders wanneer er anderen worden ingeschakeld. Nu lopen we vaak aan tegen de AVG, waarbij ouders geen toestemming willen en hoeven te geven.

Kan er iets georganiseerd worden tussen scholen en jeugdhulp waarin gezinsgericht gekeken kan worden en het probleem van de AVG getackeld kan worden?

Het is belangrijk om vanuit partnerschap te werken met een gezamenlijk communicatie. Duidelijk uitleggen.

Werk altijd vanuit de driehoek, waardoor je normaliseert vanaf de aanvang. Dus al bij jonge kinderen, zonder dat jeugdhulp in beeld hoeft te zijn.

Goede gespreksvorming en diagnostiek/probleemanalyse vanaf het begin.

Samenwerken in en met de school

VO: Hier gaat het contact vaak via de mentor of zorgcoördinator. Lastig om alle leerkrachten te betrekken. Tip betrek vooral de leerkracht met de grootste hulpvraag, of de leerkracht waarbij het juist goed gaat. Kijk wat goed gaat en versterk dat. Ook in de verschillende situaties waarin jeugdigen zich bevinden. Betrek ook die partijen van buiten school erbij.

Hoe krijg je de werelden nou beter bij elkaar. Kun je afspraken maken als:

- Zoveel % op scholen werken als je een contract hebt;
- Hulp terug naar het normale en monitoren in hoeveel % van de casussen dit lukt;
- Vaste aanbieders.

SPOT project betaald met subsidie, laagdrempelige contacten/toegang. Hierdoor zie je bij jongeren het normaliseren van de psychische gezondheid. Hoe moeten leerkrachten hier mee om gaan. Belangrijk om open te staan voor de jongere en te luisteren.

Matrix model belangrijk voor goede en eenduidige probleemanalyse, handelingsgerichte diagnostiek.

Toeleiding betekent ook beschikbaarheid van zorg.

Blijf elkaar informeren en meenemen, vasthouden.

Communicatie binnen de organisaties belangrijk ook bij opname. Dit is niet altijd mogelijk ivm AVG. Bij opname moet de school zoveel mogelijk betrokken blijven om te normaliseren. Hierover moet je aan de voorkant goede afspraken maken. Dit proces is in ontwikkeling.

Onderwijs moet beschikbaar zijn, ook tijdens een opname, misschien op een andere manier wanneer een jongere tijdelijk niet gewoon op school onderwijs kan volgen. Schrijf jeugdigen niet te snel af.

- Integrale aanpak
- Periodieke afspraken
- Duidelijke regievoerder
- Elkaar helpen en met elkaar ontwikkelen.

We moeten kaders scheppen, hoe ga je onderwijs realiseren op een verblijfslocatie.

We zitten nu vaak vast in organisatiestructuren. Dit beperkt de adequate hulp.

Nu zijn we vaak los van elkaar, of achter elkaar aan het werk. Kunnen we zorgen dat dat bij elkaar komt aan de voorkant. Ook voor een goed analyse. Hiervoor is van belang dat je weet wat je van elkaar kan verwachten.

Daarnaast kan je werken aan deskundigheidsbevordering voor wederzijdse verantwoordelijkheid.

Het probleem van de te grote klassen kunnen we nu niet oplossen.

Is er expertise om het onderwijs hiermee te helpen, ook op preventief gebied. Vergelijkbaar met wat Maaiké doet op het MBO is aansluiting J-GGZ. Maar ook om samen vooraf de analyse te stellen?

Voorbeeld dagbehandeling en van daaruit ondersteuning rebound onderwijs snel schakelen en juiste hulp inzetten.

Thema 7: Bedrijfsvoering

Inleiding

Het voorstel is om landelijk ongeveer 50 productcodes in te voeren (inclusief GI's), waarbij er wordt gedeclareerd op basis van functieniveau, dagdelen/etmalen/uren/minuten en de landelijke afspraken inzake de opbouw van het tarief gevolgd worden.

Het grootste verschil zit in de toewijzingskant, namelijk dat de huidige 12 categorieën omgezet worden naar 50 productcodes. Aanbieders krijgen redelijk wat vrijheid om binnen de code de juiste hulp te bieden.

De Regio Alkmaar heeft besloten om vanaf 1 januari 2023 te stoppen met het verplichte hoofd- en onderaannemerschap. Dit is een topprioriteit voor de administratieve lastenverlichting.

Reacties aanbieders :

- Het lijkt dat vooral de toewijzers administratieve lastenverlichting krijgen. Toelichting: Voordeel voor de aanbieders is dat er landelijke afspraken gemaakt worden dus dat er voor alle gemeenten op dezelfde wijze gedeclareerd gaat worden. Het tijdschrijven wordt waarschijnlijk aangepast in blokken per kwartier of planning = realisatie. Er kan vervolgens ook landelijk data verzameld worden wat het eenvoudiger maakt om vervolgstappen te gaan zetten.
- A-specifiek toewijzen draagt bij tot administratieve lastenverlichting. M.n. voor een multidisciplinaire organisatie is het niet mogelijk om aan de voorkant op cliëntniveau aan te geven wat de daadwerkelijke inzet per professional is. Op organisatieniveau is de functiemix wel inzichtelijk te maken. Voor aanbieders is het interessant om een budget te krijgen dat flexibel ingezet kan worden. Bij een specifieke toewijzing wordt bijvoorbeeld de factuur afgewezen als de daadwerkelijke inzet afwijkt van de toewijzing.
- Aandachtspunt is waar toekenning van de hoogte van het budget op wordt gebaseerd. Een deel van de cliënten past goed binnen de matrix maar een deel ook niet. Het is wenselijk om 80-90% van de trajecten binnen de eerste toewijzing af te handelen zodat er geen herindicatie aangevraagd hoeft te worden.
De combi hoogte budget, functiemix en het a-specifiek toewijzen vraagt dus nog een data-analyse en dan bij voorkeur naar type organisatie.
- Als er gekozen wordt voor specifiek toewijzen moet voorkomen worden dat er discussie gaat ontstaan over het product dat ingezet wordt. Hoe meer schotten er gezet worden, hoe meer discussie er ontstaat omdat er dan keuzemogelijkheden zijn. Dit zorgt ook voor administratieve lastenverzwaring en vertraging. Aanbieders pleiten ervoor om zo min mogelijk te scheiden. Iets dat vooraf voor het proces wordt bepaald kan niet meer veranderd worden.
- Aanbieders geven aan dat het aanvragen van verlengingen administratief veel tijd kost en dit komt ook omdat de initiële aanvraag niet goed gegaan is. Een cliënt wordt bijvoorbeeld door een huisarts doorverwezen met een budget van € 2.000,- maar tijdens het traject blijkt dat er veel meer aan de hand is. De aanbieder moet dan al heel snel weer een nieuw IBP aanvragen en dit kost veel indirecte tijd van behandelaren en administratie. Er wordt gepleit voor een gemiddelde cliëntprijs per organisatie (op basis van statistiek).

- Het is voor professionals moeilijk om aan de voorkant een inschatting te maken van de duur van het traject. Zaandam heeft op basis van data voor een gepersonaliseerde budgetindeling gekozen. Dit kan in de aanbesteding meegenomen worden.

Conclusie → aanbieders hebben de voorkeur voor A-specifiek toewijzen en zijn blij met de afschaffing van hoofd- en onderaannemerschap. Een aantal aanwezige aanbieders geven aan dat zij zich kunnen vinden in de voorkeur voor A-specifiek toewijzen, maar ook akkoord gaan met specifiek toewijzen. Gemeenten maken uiteindelijk de keuze, maar nemen de input van aanbieders mee.

Is het ontvangen en versturen van een specifieke productafspraken in de toewijzing en het verzoek om toewijzing werkbaar in uw organisatie? Kunnen aanbieders in een opmerkingenveld vermelden welke zorg ingezet wordt zodat gemeenten beter in beeld hebben in welk segment hulp geboden wordt?

- Aanbieders vinden dit geen goed voorstel. Er wordt wel data gegenereerd maar dit kan beter op organisatieniveau gedaan worden – bijvoorbeeld op contractmanagementniveau. Behandelaren hebben niet direct toegang tot het berichtenverkeer.

De Regio Alkmaar is op zoek hoe de organisaties verplicht kunnen worden om aan de GGZ-norm te voldoen zodat zij kwalitatief goede zorg kunnen leveren. De behandelaar moet wel zelf de flexibiliteit hebben om te kunnen op- en afschalen. Er is tijd nodig om uit te zoeken wat nodig is maar op een gegeven moment moet er een inschatting gemaakt kunnen worden wanneer naar verwachting een bepaald resultaat behaald zou kunnen (planning). Dit is een professionele afweging. Gemeenten zijn er verantwoordelijk voor dat cliënten binnen de meest efficiënte periode de doelen behalen. Er wordt dus gezocht naar een model voor verwachtingsmanagement, wanneer mag een bepaald resultaat verwacht worden.

Het idee is om voor wat onderdelen een aantal criteria voor de toelating te doen. Als ervoor gekozen wordt om dit op organisatieniveau te doen door contractmanagement, moet het aantal gecontracteerde aanbieders wel teruggebracht worden.

Voorstel vanuit de Regio Alkmaar is dus om over te gaan naar A-Specifiek toewijzen maar aanbieders wel kaders mee te geven op basis waarvan bepaalde declaraties gedaan kunnen worden.

- Een aanbieder doet de suggestie om als er een onderverdeling gemaakt wordt automatisch te starten in het hoogste segment. De actie ligt dan bij de zorgverlener om af te schalen maar hoeft niet eerst naar de gemeente als blijkt dat er meer zorg nodig is.
- Aandachtspunt is de privacy van de cliënt. Er moet voor gewaakt worden dat de gemeente gaat bepalen wat een cliënt nodig heeft en welke behandeling daarbij hoort.

Kunt u de specifieke productafspraken verwerken in uw administratie en werkprocessen?

- Aanbieders geven unaniem aan dat dit niet mogelijk is. De voorkeur is om het proces zoveel mogelijk standaard in te richten en handmatige toevoegingen in een opmerkingenvak vergroot het risico op fouten. Behandelaren kunnen niet bij het berichtenverkeer dus er zal veel contact met gemeenten nodig zijn over het administratie traject.

W.v.t.t.k.

- In plaats van Hoofd- en onderaannemerschap kan er beter gesproken worden over een samenwerking omdat dit een andere beleving geeft. Als voorbeeld wordt de gemeente Zaandam genoemd, zij hebben hier op een andere manier vorm gaan geven en in de aanbesteding voornamelijk gekeken hoe de samenwerking bevorderd kan worden en tevens het administratieve/financiële deel van de aanbieders overgenomen.
- Verzoek is om met een aantal “hoofdpijndossiers” in het Hoofd- en onderaannemerschap al in 2022 coulanter om te gaan.
- Gemeenten willen het IBP bij de eerste instelling laten maar de vraag is hoe gehandeld gaat worden als een cliënt overgaat naar een andere organisatie. De zwaarte van de problematiek neemt toe en de vraag is welke cliënten een organisatie aan gaat nemen. Grote instellingen nemen iedereen aan maar klein gevestigden kunnen ook “nee” zeggen.
- Het format voor het aanvragen van verlengingen IBP’s is aangepast. Er worden veel meer vragen gesteld en de consulent neemt ook nog contact op met het gezin. De vraag is of dit in het kader van de privacy wel toegestaan is (AVG/Wgbo). In de wet is opgenomen welke informatie gedeeld mag worden.
- Zorgaanbieders werken er altijd naar toe dat een cliënt zo snel mogelijk met minder of zonder hulpverlening verder kan. Over het algemeen wordt gewerkt met zorgtrajecten in plaats van dat er een tijdsperiode aan gekoppeld wordt. Het is wel mogelijk om een data analyse te doen en per organisatie een gemiddelde trajectduur vast te stellen.
- Het komt ook voor dat een cliënt na het afsluiten van een traject weer terug gaat naar een huisarts met een nieuwe zorgvraag. Als dat echter binnen drie maanden is, moet de cliënt weer terug naar de eerste organisatie terwijl het een hele andere zorgvraag kan zijn.
- De ingangsdatum voor het nieuwe proces verlengingen en verwijzingen is uitgesteld. Het vraagt nog extra aandacht omdat er veel vragen zijn binnen gekomen. De benadering van het gezin vraagt ook extra aandacht → hoeveel kinderen zijn er in een gezin en hoeveel kinderen hebben er zorg nodig. Als een van de kinderen een IBP heeft wordt een aanvraag voor en volgend kind binnen het gezin vaak afgewezen.
- Jeugdhulpdeskundige kunnen een betere rol vervullen en actiever ingezet worden bij trajecten (bijvoorbeeld in het val van schuldhulpverlening).