

Verslag

Van de vergadering van het
Transformatieberaad Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid

Woensdag 23 mei 2018
Stadskantoor gemeente Dordrecht,
Spuiboulevard 300, Dordrecht
Vergaderkamer 03

Aanwezig namens

aanbieders: An Theunissen (voorzitter), Gerrie de Groot, Wim Kolthof, Shequita Kalloe, Shirley Fehr, Nanda Streefkerk, Silke Bruil, Henk Salet, Cynthia Scheurkogel, Riekje Rijksen en Claudia Karels

Aanwezig

namens SO: Jannie Storm en Dennis Gerits

Verslag: Ruud Kuhn

Afwezig: Krijnie Schotel, Nicole Koenen, Miranda Kouters, Emilia van de Voorde, Brigitte Jacobs, Paulien van Pelt en Michiel van der Vlies/Telma Vos.

1. Welkom en opening

De vergadering wordt geopend en de agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.

2. Verslag Transformatieberaad d.d. 18 april 2018

Verwijsindex: de actie van DG is nog niet uitgevoerd – blijft staan

De actie CK in het kader van de Zorgprofielen is uitgezet en komt in de volgende vergadering terug (a.s. donderdag weer vergadering).

Met betrekking tot de uitvraag van de SOJ inzake de capaciteit wordt afgesproken deze uiterlijk deze week (vrijdag 20 april 2018) te beantwoorden.

Het verslag wordt verder ongewijzigd vastgesteld.

3. Opvolging presentatie uitwerking meerjarenbeleid (MJB)

bespreking uitgangspunt "verschuiven van middelen naar de voorkant";

Het is van belang om met elkaar vast te stellen wat we verstaan "de voorkant": Onderwijs? Huisartsen? JTZHZ? Maatschappelijk werk?

Andersom is het ook belangrijk om vast te stellen welke zorgvormen "uberhaupt" naar de voorkant verplaatst kunnen worden? En wat het moet opleveren?

Voor de SO hoort alles vanaf de nuldelijn tot aan de zorgmarkt tot "de voorkant". Dat is dus niet één organisatie, maar een samenstelsel van organisaties die in die nulde en eerste lijn participeren: Welzijn, CJG, JGZ, huisartsen, scholen en praktijkondersteuner.

Anders geformuleerd: alle hulp die vrij toegankelijk is.

Shirley Fehr stelt dat de inzet bij complexe echtscheidingen ook veel verder “naar voren” kan.

In het MJP wordt uitgegaan van de verschuiving van middelen naar de voorkant. Vervolgens zijn er 2 discussiepunten in de besteding van die middelen.

1. Gaat het om het “naar voren brengen” van dezelfde zorg? Of om het naar voren halen van financiële middelen en daar vervolgens andere dingen mee doen?
2. Hoe zorgen we ervoor dat door het verschuiven van middelen naar de voorkant het beroep op specialistische zorg afneemt. Een hoe meten we dat?

Het uiteindelijke doel is om minder maatwerk in te zetten!

Voorbeelden van zaken die aan de voorkant versterkt kunnen worden zijn:

- Onderwijs-zorgarrangementen (het SWV bekostigt nu GGZ-inzet op scholen. Is niet de bedoeling, maar is wel nodig!);
- GGZ-expertise;
- Groepsaanbod.

Het zou goed zijn als aanbieder hun groepsaanbod bindelen c.q. afstemmen, zodat er geen dubbel aanbod of juist witte vlekken in het aanbod ontstaan.

Wat goed werkt aan de voorkant zijn bijvoorbeeld de consultatiebureaus en schoolartsen.

Opgemerkt wordt ook nog dat het belangrijk is om niet de “fout” te maken om niet je specialisten aan de voorkant te zetten. Juist expertise is op die plek cruciaal!

Het voorbeeld van de Hoeksche Waard onderstreept dat: nu in de HW de hulpverleners niet meer in het JT participeren (financiële keuze!) ontstaat er een wachtlijst en zijn er meer aanmelding voor de specialistische zorg.

De vraag is welke expertise we nu aan de voorkant nog missen om de visie in de praktijk te kunnen brengen. Dus: voordat we iets naar voren brengen moet je analyseren wat JT en andere partners nodig hebben.

M.b.t. het totaal aantal uitgesproken VOTS t/m 1/5: Drechtsteden 12, AV 8 en HW 0. Dat is een signaal dat het onderzoeken waard is: wat wordt er in de HW gedaan of nagelaten waardoor er in 2018 t/m 1/5 0 VOTS zijn? Mogelijk heeft de schaarste aan lokaal beschikbare specialistische zorg de creativiteit en het oplossend vermogen bevorderd.

Hoe dan ook moeten we meer willen leren van elkaar op basis van verschillen in prestaties en cijfers; organisatiebelangen staan dat soms in de weg.

Van belang is dat de regionale solidariteit op jeugd nog voor 2 jaar is gegarandeerd, maar daarna naar alle waarschijnlijkheid niet volledig overeind zal blijven. Dat betekent dat gemeenten daar ook hun meer en meer hun eigen beeld op zullen gaan vormen.

Eerst op sub-regionaal niveau bij wijkteams, huisartsen, GI, scholen en CJG ophalen wat de wensen, verwachtingen en behoeften zijn! En wat er in de triage en in de zorg-voor-de-beschikking nog wordt gemist. En dat koppelen aan wat voor zorg er in die sub-regio aan gespecialiseerde zorg wordt ingezet.

Voor de basisscholen zijn er overlegstructuren op wijkniveau. Daar zou een SWT bij aan kunnen sluiten om te bekijken wat er nodig is.

SOJ/DG. maakt een voorstel voor een vragenlijst – leden TB vullen aan. Combineren met een verdiepend kwalitatief interview/onderzoek. Veilig Thuis/aanbieders ok betrekken.

participatie in projectplannen

Er is geen algemene oproep geweest om aan de projecten deel te nemen; SOJ heeft per project gericht aanbieders gevraagd te participeren. DG stuurt het overzicht rond (gebeurt alsnog).

organisatie bijeenkomst met NJI

Gaat feitelijk over dezelfde vraag: over versterking van de voorkant.

4. Toetsing uitgangspunten Transformatie aan huidige praktijk

PM – deze week komen de laatste reacties en dan kan de analyse plaatsvinden.

5. SamenDoenDag

Gaat dit jaar nog gerealiseerd worden! Jessica gaat plan maken – inmiddels hebben er al 4 of 5 organisaties toegezegd mee te willen werken (w.o. ook passend onderwijs).

6. Alliantie ZHZ

Reden start Alliantie: er zijn situaties die zo complex zijn dat er niet één aanbieder is die logischerwijs het hoofdaannemerschap op zich kan nemen. Uiteindelijk worden veel van deze kinderen dan tenslotte buitenregionaal geplaatst (daar kan het dan dus blijkbaar wel!?!?!). Kinderen worden “aangeboden” door JTZHZ en/of GI.

Overigens gaat het niet om een capaciteitsprobleem; het probleem is dat de benodigde zorgvorm of –aanbieder er gewoonweg nog niet is! Participerende partijen hebben zich aan elkaar gecommitteerd om de benodigde zorg te leveren. Dat vergt meer flexibiliteit en “out of the box-denken” van partijen. Scherpste op de doelgroep: geen crisis.

NB. Lukt niet altijd. Als er veiligheidsissues spelen waardoor plaatsing buiten de regio noodzakelijk is, dan kan dat binnen de regio niet opgelost worden. Uitgangspunt is “thuis, tenzij”. 24 uren zorg is wel mogelijk/beschikbaar.

Beoogde resultaten: ontdekken wat faal- en succesfactoren in de samenwerking binnen de Alliantie zijn. Advies en input aan SOJ over inrichting regionaal zorglandschap. Kostenbesparing (hoe en op welke termijn berekend/geïnterpreteerd). Identificatie “rode vlaggen” in het voortraject.

Binnen enkele weken min of meer formele aftrap/projectstart. Sept. tussentijdse evaluatie.

Verhouding tot Expertisetafel en JB: afspraken moeten nog gemaakt worden.

7. Regionaal coördinatiepunt zorgtoewijzing

Vraag is hoe we de logistiek van de zorgtoewijzing organiseren en hoe we er daarin voor kunnen zorgen dat de meest urgente (en niet de hardst roepende) als eerste wordt geholpen.

Aanbieders zijn benaderd om mee te kunnen denken.

Enver: voorstel is een goed eerste initiatief, maar ook een uitnodiging om tot nadere definiëring te komen. Enver probeert al zo geobjectiveerd mogelijk te kijken naar de urgentie van de problematiek. En wil graag meedenken in de uitwerking van dit voorstel.

Enver heeft behoefte aan autonomie om zorg vraaggericht en creatief in te zetten. Die rol moet wel bij de aanbieder blijven liggen. Het is de vraag of het wel zo slim is om iemand voor 16 uur "vooruit te schuiven". Intern overleg en afstemming zal immers ook plaats moeten blijven vinden.

Afspraak: vervolgoverleg SK, CK, NS, HS en AT. Dat is prima, maar hoe verzekeren we onszelf er dan van dat er een oplossing komt. Alleen vervolgoverleg om uiteindelijk te constateren dat er geen oplossing gerealiseerd kan worden is geen optie.

Alle medewerkers van zowel de SOJ als de aanbieders als JTZHZ zijn hier druk mee. JS: kijk ook naar de huidige werkprocessen! Er lijken veel zaken dubbel te gebeuren (per cliënt of bij opeenvolgende cliënten).

Gaat er ook om dat de verantwoordelijkheid wordt gedeeld. Die ligt nu vrijwel uitsluitend bij Zorgbemiddeling.

8. Dilemma's en vraagstukken Jeugdhulp

Zorgbemiddeling heeft uitvraag gedaan bij JTZHZ en GI's.

In enkele gevallen is de wlz-indicatie afgewezen omdat er toch nog ontwikkelperspectief is.

Maar in die situaties is wel veel zorg nodig.

Opvallend: veel tieners en bijna allemaal multi-problem. Maakt dat het lastig is om de "primaire" problematiek te identificeren en welk zorgdomein dus dominant moet zijn.

Capaciteitsvraagstuk zouden we wellicht met elkaar kunnen oplossen (scheiden wonen/zorg).

Is het duidelijk wat we missen in het aanbod in de regio?

Werkgroep inrichten? Ook relateren aan capaciteitsuitvraag en problematiek van zorgtoewijzing.

Gaat hier om kinderen die levenslang zorg nodig zullen hebben. Dus ook tijdig schakelen met wmo en wlz.

9. Mededelingen, rondvraag en sluiting

SOJ is bezig met de eerste bestuursrapportage. Er is pro-actief € 5,4 mln. opgehaald, maar het tekort lijkt hoger (+ € 3 mln.) uit te gaan vallen.

Instroom neemt niet af.

Landelijk is er een Transformatie budget beschikbaar. Criteria voor inzet van die middelen lijken negatief uit te vallen voor de regio ZHZ. (domeinoverstijgend, > € 40 per inwoner)

Vanuit het andere budget is er naar verwachting voor 2018 en 2019 ca. € 1 mln. pj beschikbaar.

Van de rondvraag wordt verder geen gebruik gemaakt; An sluit de vergadering.