

(concept-)Verslag

Van de vergadering van het
Transformatieberaad Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid

Woensdag 6 december 2017
Stadskantoor gemeente Dordrecht,
Spuiboulevard 300, Dordrecht
Vergaderkamer 03

Aanwezig namens

aanbieders: An Theunissen (voorzitter), Nanda Streefkerk, Nicole Koenen, Claudia Karels, Wim Kolthof, Miranda Kouters, Brigitte Jacobs, Krijnie Schotel, Paul du Jour, Henk Salet en Shequita Kalloe

Aanwezig

namens SO: Jannie Storm
Dennis Gerits (presentatie meerjarenperspectief)

Verslag: Ruud Kuhn

Afwezig: Riekje Rijksen, Shirley Fehr, Paulien van Pelt, Leontien Overbeeke, Cynthia Scheurkogel en Michiel van der Vlies/Telma Vos.

1. Presentatie meerjarenperspectief SO

Tekort op de (gespecialiseerde) jeugdhulp zal naar verwachting oplopen tot ruim € 8mln.
GGZ 2015-2017: gepresenteerde cijfers (daling ca. 11% in budget, 2% on aantal kinderen en ca 8% in prijs per kind

GI: stijging budget ca. 10%, aantal kinderen daalt, kosten per kind stijgen

J&O

LVB/AWBZ: hier zit budgettair de grootste stijging, met name ook in termen van kostprijs per kind. Wordt ook mede veroorzaakt door uitstroom/overheveling vanuit wlz. Vereist nadere analyse.

Veel dingen om ons heb functioneren niet goed of er zijn grote wachtlijsten, waardoor er geen goedkopere/eenvoudiger oplossingen geboden kunnen worden.

Opdracht van de 17 gemeenten: zorg dat je binnen het Rijksbudget komt! Daar zit per gemeente nog veel verschil tussen.

Regionale raads-werkgroep:

- Uitwerking interventies is minder hard en concreet dat het lijkt;
- Enige mogelijkheid om te besparen is minder kinderen in specialistische zorg laten komen (waterbedeffect of substitutie);
- Minder instroom/minder herindicaties;
- Hoe om te gaan met "outcome" (kwaliteit van zorg) en hoe die überhaupt te meten.

3 scenario's (par. 5); in alle gevallen meer geld naar de voorkant (ten koste van middelen die naar de specialistische zorg gaan). Dat zou ertoe kunnen leiden dat je in 2022 ca. 6,4 mln minder aan de zorgmarkt uitgeeft, wat bij de huidige "kostprijs per kind" 974 minder kinderen in zorg betekent.

Naar LTA-zorg wordt in 58% verwezen door huisarts en 18% door medisch specialist. Gemeentelijke toegang (JT) is slechts 9% - daar ligt de sleutel tot beïnvloeding. Solidariteitsprincipe leidt tot "luiheid".

Slechts 31% van de instroom in zorg is nieuw; de overige 69% aan beschikkingen wordt afgegeven aan kinderen die al in zorg zitten.

Preventie moet op orde worden gebracht! Gemeenten moeten daarvoor een lokaal plan van aanpak voor gaan schrijven, dat aansluit op het meerjarenperspectief. SOJ ondersteunt en faciliteert.

Toegang moet lokaal optimaal worden georganiseerd. Waar een JT "stand alone" opereert is minder doorverwijzing dan in gemeenten waar de JP deel uitmaken van sociale wijkteams. Kan ook weer een kenmerk zijn van interne gerichtheid.

Sturing op de kerntaken van JTZHZ. Doelgroepdifferentiatie is gewenst.

Ontschotting van de sociaal domein-bugdetten binnen gemeenten zou ook een substantiële bijdrage aan de kwalitatieve doorontwikkeling kunnen leveren. En uitstroom uit jeugdhulp vraagt ook om beschikbare woonruimte.

Sturing op andere toegangsstromen (huisarts en GI): huisartsen is zaak van gemeenten; GI's worden door SO opgepakt.

Zorgmarkt: Verlaging kosten per jeugdige door verkorting trajecten of ontwikkeling goedkopere trajecten. Implementatie zorgprofielen is daarvoor cruciaal.

Inkooptrajecten aanscherpen (kwalitatief en kwantitatief), met als doel optimalisatie van de keten. jeugdhulpaanbieders, gemeenten en ervaringsdeskundigen.

Kinderen zoveel mogelijk in hun thuissituatie helpen! (Deeltijdplaatsingen leveren enorm veel op!). En systeemaanpak (broertjes en zusjes principieel altijd bij elkaar houden).

PdJ: bij zorgprofielen is dat de problematiek gaande het proces vaak anders lijkt te zijn en er eigenlijk meer inzet en dus meer budget nodig is. In principe zou er dan ruimte zijn om het profiel-plafond opwaarts bij te stellen.

M.n. bij 2, 4, 7 en 8 is dat lastig.

Document wordt komende periode aan AB en alle raden aangeboden. Jaarlijkse evaluatie en zo nodig bijstelling. Komt een programma/planning voor; inrichting Projectgroep olv SOJ met deelname van st JTZHZ, vertegenwoordiging

Onderwijs komt niet in de presentatie voor? In de regio veel verschillende swverbanden

Zederik en Leerdam zullen de regio en de GR gaan verlaten; moet voor 01-07-2018 formeel opgezegd zijn. Solidariteit is voor 2018 en 2019 afgesproken; 2020 is nog onduidelijk.

Centrale (aan)sturing vs. lokale oplossingen.

2. Terugkoppeling uit de Transformatieprogramma's

CiT: VT - en dus ook CiT - gaan per 01-01-2018 over naar de Dienst G&J. Adviezen en notities worden overgenomen, maar dat kost tijd. Daarom zal de huidige werkwijze in Q1 2018 gecontinueerd worden.

Sterke toegang en 18+: volgende keer.

SOJ gaat met enkele aanbieder =s een alliantie oprichten om doorplaatsingen (buiten de regio) te voorkomen.

3. Transformatievoorbeelden

NS: gekeken naar doorstroom en afschalen: leverde niets op. Leek ook op het “vasthouden” van cliënten. Niet duidelijk was wat er waarom nu per se buitenregionaal ingekocht moet worden

Casus diende zich daarna toevallig snel aan: heftige crisis met vermoedens van seksueel misbruik. TL en Viersprong hebben deze casus gezamenlijk opgepakt: woonplek bij TL, behandeling door De Viersprong (MST/. Regie werd gemist, wat tot veel vertraging heeft geleid, wat de casus niet ten goede is gekomen. Met het meisje ging het ondertussen bergafwaarts; ze ging zich ook seksueel steeds grensoverschrijdender.

Meisje is uiteindelijk helaas alsnog gesloten geplaatst.

Casus 2: meisje met een eetstoornis; was behoefte aan een bed en behandeling. Meisje woont bij TL, wordt behandeld vanuit GGZ (Yulius) en met buitenregionale specialist. Vanuit Yulius wordt PIT (psychologische ondersteuning in het team) ingezet. Zorgprofielen zijn daarbij sterk ondersteunend, evenals de het gesprek dat met betrokkenen en systemen is gevoerd. Capaciteit is regelmatig een probleem.

Vanuit TL hoeft een bed het probleem niet te zijn en is het zaak om de benodigde expertise er omheen te organiseren. Daarvoor wordt nu de ontwikkeling van een aparte locatie overwogen. Kind is het vertrekpunt en niet de problematiek. Vereist lef om dit aan te durven; we lopen op dit soort casuïstiek immers gezamenlijk een risico.

TL heeft op bijna alle locaties meer bedden dan erkende plaatsen/capaciteit, zodat er altijd wel ergens een bed te vinden is als dat echt nodig is.

4. Planning Transformatieberaad 2018

M.b.t. planning 2018: TB-frequentie naar 1 x per ca. 6 weken.

Onderwerpen

Koppeling expertiseteam en knelpunten

Presentatie best practices

Uitwerking doelstellingen meerjarenperspectief

Best practices.

Volgende keer: casus okt/nov.

5. Mededelingen, rondvraag en sluiting

MK: a.s. do bijeenkomst doorrekening zorgprofielen

PdJ: volgend jaar zal Rob Boekhout van KJP Drechtsteden in het TB participeren; PdJ blijft betrokken bij zorgprofielen

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