

Klankbord bijeenkomst Verwijzers Jeugdhulp Ambulante en residentiele zorg (exclusief JGGZ)

Inleiding en leeswijzer

Bijgaand vindt u de resultaten van de klankbordbijeenkomst met Verwijzers op 9 maart 2017. Deze klankbordbijeenkomst is onderdeel van het inkooptraject voor de ambulante en residentiele jeugdzorg (exclusief JGGZ).

De volgende Verwijzers waren aanwezig:

- Veilig Thuis
- Veilig Thuis
- Veilig Thuis
- Meer-team
- Meer-team
- Raad vd Kinderbescherming
- Gecertificeerde Instellingen (GI's)
 - o Jeugdbescherming Regio Amsterdam
 - o William Schrikker Groep

Tijdens de bijeenkomst zijn 4 thema's besproken:

Thema 1: Kwaliteit en effectiviteit van de ondersteuning

Thema 2: Eigenaarschap van de cliënt

Thema 3: Productstructuur

Thema 4: Samenwerking in de keten

In dit document vindt u de verslaglegging van de bespreking van de deze thema's per in te kopen percelen voor Jeugd:

- Ambulante jeugdhulp
- Jeugdhulp met verblijf (residentieel)
- Crisis (ambulant en verblijf)

Percelen Ambulant en Residentieel

Thema 1: Kwaliteit en effectiviteit van de ondersteuning

- Het aanbod voorziet in de behoefte
- Het aanbod is kwalitatief
- Het aanbod is effectief
- Vertrouwen in de professional

Wat vindt u als verwijzer van de kwaliteit en de effectiviteit van de ondersteuning. Wat vindt u dat goed gaat en wat zou beter kunnen? En waar zouden we als gemeente het accent op moeten leggen voor de inkoop 2018?

Ten aanzien van de kwaliteit en effectiviteit van de ondersteuning In Haarlemmermeer vinden verwijzers over het algemeen dat er goed wordt meegedacht door gemeente en aanbieders. Als er iets buiten de lijnen nodig is dan hebben verwijzers het idee dat de gemeente toegankelijk is en meedenkt in maatwerkoplossingen (zowel ambulant als residentieel). Daarnaast vinden ze dat de ambulante hulp snel beschikbaar en outreachend is. Ook is er veel en passend ambulant aanbod (ook in de 1^e lijn).

Het (ambulante) aanbod is er vaak wel, maar in de praktijk blijkt dat onvoldoende bekend is.

Verwijzers willen graag een up-to-date waaier met telefoonnummers en sociale kaart. Wens is om via

de sociale kaart inzichtelijk te hebben welke aanbieder plek heeft of een wachtlijst om efficiënter te kunnen weken. Een Verwijzer heeft de wens om beter geïnformeerd te worden over het aanbod (o.a. niet op de hoogte van o.a. cultuur specifiek aanbod voor allochtone meisjes).

Verwijzers geven mee om goed na te denken over het slim organiseren van de doorstroom vanuit een traject. Wens om de spoedhulp op dezelfde plek te organiseren of beleggen als de vervolghulp, omdat crisis vaak overloopt in een vervolg traject. Een aantal aanbieders bieden beide vormen van hulp en dat heeft als voordeel dat doorstroom daar soepel loopt.

De keuze voor de zwaarte van de ondersteuning moet bij de verwijzer liggen. Het komt in de praktijk voor dat een (vervolg) aanbieder opnieuw met een cliënt om de tafel gaat om te kijken wat nodig is op het gebied van residentieel en ambulante hulp, terwijl de verwijzer dit al in kaart heeft gebracht met de cliënt. Wens is om de samenwerking en onderling vertrouwen tussen professionals op dit punt met een aantal aanbieders te verbeteren.

Meerdere Verwijzers ervaren te weinig ambulante aanbod op verschillende thema's (waardoor niet altijd snel kan worden doorverwezen). Het gaat om het volgende aanbod:

Ambulant:

- Begeleide omgang/Omgangshuis/Omgangsbemiddeling (in vechtscheidingszaken).
- Kortdurende ambulante gezinsondersteuning die snel ingezet kan worden (geen crisis). Dit is anders dan de Ambulante Spoedhulp (ASH).
- Koppelen van bijvoorbeeld een ambulante jeugdzorgtraject gericht op het systeem.
- Ambulante ondersteuning voor verwarde personen (inloop).
- Ondersteuning gericht op 'thuiszittersproblematiek'.
- Cultuurspecifiek aanbod.
- Ortho psychiatrische hulp in de regio voor jongeren met zowel gedrags- als psychiatrische problemen.
- Het huidige aanbod is niet altijd zwaar genoeg voor de LVB doelgroep met gedragsproblematiek. Behoeft aan meer outreachende ondersteuning.
- Begeleiding bij autisme.

Residentieel:

- Verwijzers geven aan dat het lastig is om een plek in een gezinshuis, begeleid wonen voorziening of andere passende (zelfstandige) woonruimte te vinden voor een kind. Hierdoor stagneert onder andere de doorstroom vanuit gezinshuizen.
- Wachttijden voor residentiële plekken voor 16+ jongeren zijn lang (plus minus 1,5 jaar) en er zijn weinig tot geen alternatieven.
- Verwijzers spreken de wens uit om begeleide zelfstandige woonvormen (Fasehuis/Kamer Training Centrum) (16+) en gezinshuizen uit te breiden in Haarlemmermeer of in de regio. Door een tekort aan lokale plekken komen kinderen in de knel wat betreft het onderwijs, doordat ze noodgedwongen buiten de regio geplaatst moeten worden in pleeggezinnen of gezinshuizen.
- Voor de doelgroep jeugdigen in de leeftijdscategorie 17 - 19 jaar die wel zelfstandig kunnen wonen zijn de wachttijden erg groot, doordat er onvoldoende betaalbare woonruimte beschikbaar is om naar door of uit te stromen.
- Op het moment dat jeugdigen doorstromen is er een beperkt nazorg traject. En is dure zorg en hulp ingezet vooraf en wordt op deze manier teniet gedaan. Wens voor betere voorwaarden voor jongeren rond 18 jaar om door te stromen naar o.a. Maatschappelijke Opvang (MO). Daarnaast is er een groep jongeren niet in beeld die nu niet thuis woont, maar tijdelijk bij familie of vrienden verblijven met ambulante ondersteuning. Het is de wens van verwijzers en gemeente is om de omvang van deze groep beter in beeld te krijgen om een inschatting te kunnen maken van woonbehoefte vanaf 18 jaar voor deze doelgroep.

- Time-Outplekken voor jongvolwassenen 17+: een mogelijkheid is de inzet van hotelplekken in plaats van een crisis bed (hotelplek is goedkoper)
- Wens van Verwijzers is meer lokaal aanbod van residentiële voorzieningen in de Haarlemmermeer zelf (aantal aanbieders hebben focus op Haarlem en andere aanbieders hebben focus op Amsterdam).
- Een Verwijzer werkt veel samen met een LVB aanbieder. De LVB-doelgroep vertoont echter veel agressie waardoor ze er bij sommige aanbieders dreigen 'uit te klappen' en mogelijk weggestuurd worden. Er is dan geen alternatief meer. Deze Verwijzer vraagt zich dan ook af in hoeverre het wenselijk is om de LVB-doelgroep (kwetsbaar en beïnvloedbaar) samen te zetten op één locatie.
- Omgangshuis/Omgangsbemiddeling in verband met begeleide omgang bij onder andere vechtscheidingsproblematiek.
- Time-outpleegzorg (langer dan 4 weken).

Overige wensen die werden benoemd:

- Meer inzicht in kosten van instellingen (zodat duidelijk is welke prijs welke kwaliteit oplevert).
- Een school voor kinderen met ASS en een bovengemiddelde intelligentie.
- Deelname aan MDCK door ketenpartners.

Thema 2: Eigenaarschap van de cliënt

Wat gaat goed?

Verwijzers geven aan dat er veel aandacht is voor wat de cliënt kan, het aansluiten bij ieders individuele behoefte, de intrinsieke motivatie van de cliënt. Daarnaast is er voldoende aandacht voor generalistische hulpverlening en systeem gericht werken.

Wat kan beter?

- Verwijzers zijn van mening dat het Familiegroepsplan beter onder de aandacht kan worden gebracht. Het samen met de familie komen tot afspraken en breed uitzetten en monitoren is een aandachtspunt. Dit geldt zowel voor aanbieders van ambulante als residentiële jeugdhulp. Voor verwijzers is het niet altijd helder welke organisatie deze hulp biedt. Het heeft de voorkeur dat ondersteuning bij het maken van een familiegroepsplan zonder beschikking toegankelijk is.
- Verwijzers zouden graag zien dat aanbieders nog meer praten met de inwoner in plaats van over de inwoner en rekening houden met Privacy.
- Werken vanuit eigen kracht of het versterken van eigen kracht van jeugdigen en gezinnen lijkt nog moeilijk. Wanneer is het genoeg? Verwijzers ervaren regelmatig te veel ruimte voor cliënt. Dit zien ze als een knelpunt bij de overgang van vrijwillige naar niet vrijblijvende hulp. Zij ervaren soms dat er dan te veel ruimte is voor professionals en dat zij graag zouden zien dat professionals zich steviger positioneren voor de veiligheid van het kind. Tip die een verwijzer geeft is het verzorgen van een training voor regievoering en positionering voor professionals.
- Wie pakt door? Wie voert de regie? Dat zijn vragen die bijtijds gesteld moeten worden gedurende het ambulante traject. Hoe lang kan de cliënt iets zelf doen en lukt het de professional om ze in hun kracht te zetten? Verwijzers merken op dat ambulante hulpverleners nog vaak handelingsverlegen zijn. Nu wordt op veel plekken gezien dat het niet goed gaat met een jeugdige en wie staat er dan op? Wie is er of voelt zich verantwoordelijk om het op te pakken? Bij ambulante zorg merken verwijzers dat er onvoldoende positie en regie wordt genomen en in een vroeg stadium gepositioneerd wordt en er geen consequentie aan verbonden wordt. Nu bestaat de indruk dat er te lang (soms aantal jaren) wordt doorgemodderd.
- Dergelijke zaken worden vaak bij een bepaalde verwijzer belegd en daarna moet het weer terug naar het veld (een aanbieder) en dat is lastig. Wens om in het programma van eisen opnemen dat ambulante hulpverleners helder afspraken maken en communiceren over wie wat doet.

- Het is belangrijk om uit te gaan van de jongere waar die woonachtig is en wat die nodig heeft. De residentiele voorzieningen zitten bijna allemaal in Amsterdam en dan kunnen kinderen die daar geplaatst worden vanuit Haarlemmermeer van circa 12 jaar niet meer naar hun huidige school. Als je kinderen naar Amsterdam laat gaan neem je grote risico's o.a. omdat ze niet gewend zijn om alleen op een groot station te staan. Lange reistijd naar Amsterdam voor jonge kinderen. Schoolvervoer duurt circa 6 weken voordat het geregeld is. Van belang om uit te zoeken om hoeveel kinderen het gaat.

Thema 3: Productstructuur

- Onderscheid in zwaarte per ondersteuningsvorm is wenselijk (licht, midden, zwaar)
- Onderscheid in doelgroepen per ondersteuningsvorm is wenselijk (bijv. LVB, PSY)
- Keuze in zwaarte ondersteuningsvorm blijft bij aanbieder (i.p.v. verwijzer)

Is het wenselijk om onderscheid aan te brengen in doelgroep/zwaarte?

De geluiden hierover zijn gemengd.

- Een verwijzer geeft aan dat onderscheid in doelgroepen wel wenselijk is, dit scheelt veel tijd met bellen (in verband met wachtlijsten). Bovendien kan dan snel de juiste ondersteuning ingezet worden.
- Een andere verwijzer vindt onderscheid in doelgroepen niet wenselijk. Dit leidt tot schotten tussen organisaties, systemisch denken, het belemmert het op- en afschalen en leidt daarmee tot vertraging in de ondersteuning.

Is het wenselijk om in de productstructuur voor ambulante jeugdhulp terug te zien of het over LVB of JGGZ?

- Bij voorkeur geen productstructuur per doelgroep (LVB of JGGZ), want als je het te specifiek maakt ontstaat de mogelijkheid dat een casus als een 'hete aardappel' worden doorgeschoven door aanbieders.

Overig m.b.t. productstructuur

- Een verwijzer is van mening dat het mandaat om zwaarte en doelgroep te bepalen bij de verwijzer moet liggen in plaats van bij de aanbieder. Een verwijzing is bindend en de aanbieder moet zich daar aan houden.

Thema 4: Samenwerking in de keten

Wat gaat goed?

- Partners in het Haarlemmermeers model weten elkaar steeds beter te vinden.

Wat kan beter?

- Verwijzers geven aan dat er regelmatig te laat wordt opgeschaald door professionals. Met name het belang van het tijdig beleggen van regie is een zorgpunt. Wat maakt nou dat het na een paar jaar pas doorverwezen wordt naar een GI terwijl vanuit veiligheid beter was geweest als het eerder was belegd? Het vermoeden is dat er sprake is van een combinatie van handelingsverlegenheid en niet kunnen. Vooral wat betreft regievoering en positionering.
- Er lijkt een gat tussen afgeschaalde en opgeschaalde casuïstiek. Afschalen vanuit een gecertificeerde Instelling is niet altijd mogelijk. Wens is dat aanbod hier beter op aansluit en dat met elkaar hier over spreken wenselijk is. Wie neemt regie over?
- Wie moet er nou alert op zijn om tijdig een vervolg locatie te regelen? Vanaf de dag dat het kind geplaatst wordt moeten we al bepalen wat de volgende stappen zijn. Dat zou de verwijzer samen

met de aanbieder moeten zijn. Er is altijd iemand die een beschikking heeft gemaakt. Er zijn in Haarlemmermeer veel partijen die beschikkingen maken. Omdat er meer verwijzers zijn wordt het lastiger om te bepalen wie de regie heeft. Het heeft tijd nodig om het goed te laten werken. Veel partijen kunnen nu de regie niet voeren. Voor een huisarts is dat niet haalbaar. Het kan wel voor zorgaanbieders. Is het Haarlemmermeers model zo georganiseerd dat we de regie niet goed kunnen beleggen? Neemt de aanbieder voldoende regie en positioneren ze zichzelf voldoende? Van belang om dit nader te onderzoeken.

- Duidelijkheid over financiering in relatie tot samenwerking. Het lukt partij A bijvoorbeeld niet om te positioneren en regie te voeren. Kan partij B dat niet doen? Zou consultatie een product kunnen worden?
- Samenwerking tussen verwijzers verdient ook aandacht. Elkaar leren kennen is een eerste stap. Met elkaar samen in de praktijk gaan werken en duidelijk krijgen waar ieders verantwoordelijkheid en specialisme ligt is van belang.
- Zorgaanbieder beslist nu over vervolg na crisis. Geen ruimte nu om input en kennis/ervaring voldoende mee te geven vanuit GI.
- Verwijzers constateren veel verschillende ideeën en inzichten tussen aanbieders over aanpak wat betreft problematiek in een gezin.
- Scholen geven aan veiligheid van het kind niet te kunnen waarborgen. Er is meer zorg nodig die de school niet kan leveren. Gevolg: kind moet weg van school. Van belang om hier maatwerk te bieden op school.
- GI wordt nog weinig gevraagd om te helpen vanuit de expertise.

Thema 5: Vrije input

Wat gaat goed?

- Verwijzers ervaren veel vrijheid om zelf te bepalen welke vorm van hulp ingezet wordt.

Wat kan beter?

- Als het gaat om veiligheid van kinderen: slechts 20% of nog minder van de kinderen die in onveiligheid verkeren zijn zichtbaar of bekend. Daarom is het van belang om in een vroeg stadium burgerschapszin op alle fronten te bevorderen zodat er meer ogen en oren zijn in de wijk om te zorgen voor kinderen.

Perceel: Crisis

Thema 1: Kwaliteit en effectiviteit van de ondersteuning

- Het aanbod voorziet in de behoefte
- Het aanbod is kwalitatief
- Het aanbod is effectief
- Vertrouwen in de professional

Wat vindt u als verwijzer van de kwaliteit en de effectiviteit van de ondersteuning. Wat vindt u dat goed gaat en wat zou beter kunnen? En waar zouden we als gemeente het accent op moeten leggen voor de inkoop 2018?

Wat gaat goed?

- Verwijzers vinden Haarlemmermeer een betrokken gemeente die meedenkt en oplossingen op maat biedt.

Wat kan beter?

- Crisisbedden zijn met de transitie teruggebracht.
- Crisissen ontstaan door wachtlijsten en dat 'je pleisters aan het plakken' bent. Als je niet de juiste hulp hebt dan escaleert het des te heviger. Hier geldt ook regie en positionering.
- Nu lastig om preventieve huisverboden in te zetten. Moeilijk om te wegen. Hier moeten we het over hebben. Burgemeesters zijn hier terughoudend in, omdat hier wel eens klachten over komen. Meer THV-ers in Nieuw-Vennep. Vermoeden is dat hier meer vechtscheidingen zijn.
- Maatwerk gaat goed tussen 9 en 17 uur. Daarna is maatwerk lastig. Dan kun je de gemeente niet bellen voor een oplossing. En dan zijn instellingen niet altijd te pakken te krijgen.
- Wachtlijsten bij GI's en aanbieders worden ervaren als een groot knelpunt o.a. voor ASH en voorzieningen crisispleegzorg, residentieel specifiek bij kwetsbare meisjes en LVB zonder diagnose.
- Kwaliteit van de inzet van de professional hangt af van de persoon.
- RM en IBS criteria zijn zwaar. Voor groepen die hier net niet voor in aanmerking komen is er geen plek.
- ASH trajecten worden soms al afgesloten op het moment dat er beslissing is genomen over (V)OTS. Er ontstaat dan een vacuüm. Wens is dat ASH doorloopt totdat de (V)OTS ook echt goed ingeregeld is (warme overdracht).

Ambulant:

- Onvoldoende ambulant aanbod beschikbaar op het moment dat er een crisis is. Onvoldoende afstemming en afspraken tussen aanbieders. Het komt voor dat een gezin meer dan 7 weken op de wachtlijst staat voor crisishulp.
- Vaak zijn er situaties van jongeren boven de 15 (vanaf 14 jaar).
- Te weinig aanbod meest complexe kinderen.
- Grote vraag naar ASH waar aanbieder niet aan kan voldoen. Daardoor stevige screening op ASH en afsluiten van trajecten. Dat bevordert de samenwerking niet. Betreft vooral instroom – doorstroom problemen. Onduidelijke regieafspraken (of doorzetten wordt opnieuw ter discussie gesteld).
- ASH aanbieder constateert soms snel dat inzet niet haalbaar is en sluit dan al af terwijl er nog geen vervolgplan is vanuit regiehouder. ASH aanbieder stuurt hier soms in waardoor er een vacuüm ontstaat tussen Raad en regiehouder (niet VOTS waardig maar spoedhulp gestopt).
- Vervolg vraag aan aanbieders: waar komt toename trajecten vanuit hun optiek vandaan? Is dat veranderd sinds de transitie? Wat zou er eerder anders gedaan moeten worden? Hoe komt het dat zij niet aan de vraag kunnen voldoen? Onderzoeken of het nodig is om ASH trajecten bij meerdere aanbieders in te kopen?
- Verwijzers missen ambulante crisishulp die direct start en iets langer duurt.

Residentieel:

- Behoeft aan een 3 milieu voorziening in plaats van verwijzen naar gesloten of crisis plaatsen wat nu gebeurt. De crisis bedden worden vaak oneigenlijk gebruikt. En de gesloten jeugdhulp eigenlijk ook, omdat de setting niet geschikt is. Dat ziet er uit als een plek die meer besloten is dan een crisisplek. En iets minder zwaar dan gesloten, zowel voor LVB, GGZ en J&O en voor volwassenen. Veel combinatie problemen waardoor een crisisplek te licht is.
- Behoeft aan besloten plekken die een gat vullen tussen crisisplekken (crisisbedden) en gesloten jeugdzorg. Soms is er een 'zwaardere' plek nodig maar binnen de 3-milieuvoorzieningen zijn geen spoedplekken.
- Het is maatwerk voor kinderen die ingewikkeld zijn onder andere voor jongeren waar geen vaste diagnose voor is. Wat zwaardere gezinnen en begeleiding is nodig, zoals zorgboerderij in Frankrijk of besloten groepen. Risico dat die tussen wal en schip vallen.

- Te weinig en/of geen passende bedden voor (meest) complexe kinderen (o.a. LVB doelgroep).
- Weinig tot geen crisisplekken in Haarlemmermeer en/of in de regio. Onder andere als een pleeggezin niet haalbaar is en er eerder gedacht wordt aan een behandelsetting (ortho psychiatrie).
- Onvoldoende crisispleeggezinnen.
- Lukt moeizaam om kinderen bij elkaar te plaatsen (broertjes en zusjes).

Thema: Productstructuur

- Van belang om onderscheid te maken tussen LVB en niet LVB. Geldt ook voor JGGZ. Belangrijker nog bij crisis dan bij ambulante. Moet op een juiste plek terecht komen anders vergroot dat het risico.

Thema: Samenwerking in de keten

Wat gaat goed?

- Verschil in visie is bespreekbaar.

Wat kan beter?

- Samenwerking tussen Verwijzers onderling en met aanbieders kan beter. Verwijzers en aanbieders moeten samen zorgen dat de keten goed werkt. In crisis situaties is betere afstemming nodig. Samenwerking beter afstemmen tussen partijen.
- Meer samenwerken in plaats van doorsturen. Samenwerking in de keten kan beter (lijkt samen te hangen met te kort aan bedden) dus niet doorschuiven en afschuiven maar samen oplossingen zoeken. Onduidelijke afspraken wie regie heeft:
 - Moeilijk om regie te beleggen
 - Lastig waar je moet zijn
 - Instellingen escaleren direct door
 - Beter afstemmen in crisis

Thema: Eigenaarschap

Wat kan beter?

- Neem het kind als uitgangspunt en vind een plek vlakbij en wat het beste is voor de cliënt. Kind moet nog gewoon lekker naar voetbal kunnen. Lastig om een passende oplossing te vinden. Bij crisis moet nu te vaak uitgeweken worden naar boven regionale plekken (verlies van continuïteit van school vrienden, voetbal).
- Soms lastig afstemmen wie wat doet als crisis ontstaat in proces van overdracht. Wie maakt zichzelf probleemeigenaar?
- Regie op veiligheid in het voorveld beter organiseren.
- MDCK of crisis: moeilijk om regie te beleggen (handelingsverleggen, wachtlijsten, visieverschil).
- Instellingen/aanbieders escaleren naar GI's om kind per direct door te plaatsen.