

Verslag Forensische Jeugdzorg

Datum : 11 november 2022

Opening en inleiding

Marjo Volman opent de bijeenkomst. Iedereen die aanwezig is stelt zich voor.

Productbeschrijvingen

1. Inzake voorstel omschrijving te wijzigen, waarbij aanbieder aangeeft dat de psychische en/of psychiatrische stoornis alleen wordt behandeld als dit ertoe leidt dat de kans op gewelddadig of grensoverschrijdend gedrag afneemt of als het helpt om een jongere beter van de behandeling te laten profiteren.

Bij de regio's roept dit de vraag op in hoeverre hierdoor jeugdigen twee behandelaars krijgen, of dat geen van beide (én forensisch én reguliere jGGZ) de jeugdige behandelt. Jeugdigen moeten niet tussen wal en schip vallen. Er vindt een uitgebreide risicotaxatie plaats door de aanbieder, waarbij wordt gekeken of de psychische stoornis van invloed is op het gedrag. Bij een psychose van waaruit grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt is behandeling van psychose nodig. Bij impulsgedrag vanuit een stoornis wordt forensisch ingezet voor verminderen van dat impulsgedrag. Hulp is gericht op risicoverlaging van grensoverschrijdend en delictgedrag. Indien er dan nog meer behandeling nodig is, kan het passender zijn om te verwijzen naar reguliere jGGZ voor verdere behandeling (als het risico verlaagd is). Hierdoor is minder zorg nodig vanuit forensisch jeugdhulp.

Voor de Jeugdige is het niet prettig als deze naar een andere hulpverlener over moet. Het is ook lastig om over te dragen naar reguliere jGGZ, omdat deze doelgroep spannend wordt gevonden. Soms is het nodig om met de zorg door te gaan, maar men moet wel kritisch zijn om af te schalen of door te verwijzen als mogelijk is. Soms ontbreekt de expertise bij de forensische aanbieder. Dit is bijvoorbeeld bij verslavingszorg beperkt, waardoor er met verslavingszorg geschakeld moet worden. Als je steelt om in je verslaving te voorzien, heeft behandeling van 'stelen' geen zin. Het sociaal team vindt het dan lastig om overleg met alle partijen tot stand te brengen.

De aanbieder geeft ook aan beschikbaar te zijn voor consult voor het sociaal team.

Het sociaal team heeft de regie als de aanbieder nog niet betrokken is (aanbieder heeft nog geen contact met gezin) en dan dus de taak om partijen bij elkaar te brengen.

Casusregie aanbieder (als het cliënt betreft): Neemt contact op met eventuele andere aanbieders.

Aanbieder meldt zich vervolgens bij sociaal team voor verdere afstemming over indicatie en evaluatie.

Als doorstroming naar reguliere partij niet lukt, wat is dan de rol van sociaal team? Sociaal team heeft kennis van het zorglandschap en kan deze delen met de aanbieder. Aanbieder zorgt voor warme overdracht.

Afspraak:

Regio beraadt zich op het aanpassen productbeschrijving en het toevoegen van de consultfunctie.

2. M.b.t. verzoek van aanbieder de functie van Regiebehandelaar te schrappen uit de kwaliteitseisen. De regio stelt de vraag in hoeverre vaktherapie zoals psychomotorische therapie (PMT) de enige interventie is vanuit de aanbieder. Binnen forensische zorg zal PMT nooit de enige interventie zijn, maar wel een onderdeel.

PMT en Vaktherapie worden bekostigd door zorgverzekering, maar wordt, doordat dit vaak in de behandeling zit bij forensisch, regelmatig toch bekostigd vanuit Jeugdwet.

Gevraagd wordt de productbeschrijving tekstueel aanpassen bij eisen aan de behandelaar: SKJ-geregistreerde medewerker die de regie/coördinatie heeft op de hele behandeling, omdat de functie regiebehandelaar onnodig is en een beperkt aantal beroepen dit mogen doen.

Een systeemtherapeut die geen GGZ-psycholoog is, is wel SKJ geregistreerd en die kan worden ingezet als gezinstherapeut kan geen regiebehandelaar zijn volgens de eisen. Ook op andere vlakken zijn er eisen, bijvoorbeeld dat de regiebehandelaar aanwezig moet zijn bij de intake. Dat drijft de wachtlijst op.

Afspraak:

De regio's beraden zich hoe ze dit opnemen in de productbeschrijving.

3. Er is onduidelijkheid over Jeugdhulp behandeling en jGGZ behandeling. Is het mogelijk om van jGGZ behandeling en jeugdhulp behandeling één product te maken? Het verschil is onduidelijk. Op voorhand is er geen DSM-classificatie van de jeugdige maar er is in principe altijd een DSM-classificatie (grensoverschrijdend gedrag). Meestal komt men er pas na een paar maanden behandeling achter wat de classificatie is. Aanbieder wijst erop dat bij samenvoegen de eisen verschillen: bij jGGZ behandeling moet aanbieder over meer dan 3 specifieke forensische interventies beschikken, bij jeugdhulp behandeling over één.

Afspraak

Regio's beraden zich of het mogelijk is om de twee producten samen te voegen.

Procesmatig: alle vragen die gesteld zijn door de aanbieders worden beantwoord en daarna gecommuniceerd met de aanbieders in het kader van het kostprijsonderzoek.

Kostprijsselementen:

1. Declarabele uren.

Aantal declarabele uren nu opgenomen in het kostprijsmodel: 1273 declarabele uren per jaar. De aanbieders geven aan dat dit te laag is. Aanbieders vragen hoe tot 1273 uren is gekomen. HHM geeft aan dat is uitgegaan van 120 uur in 5 jaar tijd t.b.v. de SKJ-registratie van medewerkers met daarbovenop extra uren voor andere opleidingen. Aanbieders hebben extra opleidingsuren i.v.m. forensische expertise en er worden extra uren gemaakt behandelaars in de zorgprogramma's. Op vraag van HHM of het een idee is dit deel als lumpsum te bekostigen geven aanbieders aan dit niet passend te vinden.

Aanbieders geven toelichting op de opleidingsuren. Uren individuele behandelaars: Omdat de zorgprogramma's worden onderzocht op effectiviteit t.b.v. bepaalde mate van erkenning dient de programma-integriteit strikt te worden bewaakt. Daarom gelden extra eisen. Zo dient per programma uren intervisie op dat specifieke programma te worden gevolgd. Als een behandelaar meerdere programma's uitvoert, dan telt dat op. Dit is extra ten opzichte van de reguliere jGGZ, waar richtlijnen rond bv. ADHD worden gevolgd (die de forensische aanbieder overigens ook volgt). eisen de gesteld worden. En is er continu bijscholing nodig op de erkende programma's.

De regio's zouden graag zien dat de expertise die aanbieders hierdoor opdoen ook ten goede komt aan de regio's. De sociaal teams hebben minder kennis over forensische jeugdzorg. Aanbieders geven aan dat zij open staan om de kennis die zij hebben te delen met de sociaal teams via scholing casuïstiekbespreking en consulting, bijvoorbeeld om te adviseren in wat eventueel werkt vóór en/of ná inzet van forensische behandeling.

Daarnaast hebben aanbieders een onderzoeksafdeling, waarbij veelal in samenwerking met andere forensisch aanbieders onderzoek doen. Aanbieders geven aan dat in de declarabele uren de onderzoeksafdeling niet is opgenomen.

2. Overhead: vraag: zijn de onderzoeksafdelingen ook meegenomen in de overhead? Voor een aanbieder is dat het geval, andere aanbieder moet dit nagaan. Daarbij is relevant dat de onderzoeksafdeling ook voor volwassenen is.

Afsluiting

Op vraag van de aanbieders: de aanbesteding is bovenregionaal. De Bilt is penvoerder. Er worden regionale contracten afgesloten. De aanbieder schrijft in op alle regio's gebieden (geen mogelijkheid om in te schrijven op één of enkele gebieden).

Aanbieders geven aan het prettig te vinden dat er een mogelijkheid tot dialoog is en zouden het fijn vinden om, nadat de concepttarieven gedeeld zijn nogmaals in gesprek te gaan. De regio's kijken of hier een mogelijkheid toe is en of dit apart van de andere segmenten besproken wordt.