

Hoog Specialistisch 29 oktober 2020

Zie ook de bijgevoegde presentatie met uitkomsten van de Mentimeter.

Uitgangspunten Jeugd

Geen opmerkingen

Planning

Tijden zullen we op de website vermelden

Hoog Specialistisch, waar hebben we het over

Er is behoefte aan een definitie met uitleg: wat is het precies. Een niet eenduidige definitie zal in de uitvoering tot discussie kunnen leiden. Onze definitie is gebaseerd op studies van het ministerie van VWS en de uitwerking in andere regio's.

Er wordt aangegeven dat een stukje veiligheid gemist wordt in de definitie. Suggestie om dit wel op te nemen. Daarnaast wordt gevraagd in hoeverre de GI's worden betrokken. Dit wordt als een zeer belangrijke speler gezien en deze zullen worden meegenomen in de consultatie.

Wat is de afbakening met intensief ambulant, voorbeeld dagbehandeling. Dit is een bekend probleem en dit willen we graag in een verkennende fase graag gezamenlijk oppakken en verder uitwerken. We verwachten dat de HS aanbieder in staat is om verschillende disciplines te combineren binnen het gezin bij grotere veiligheidsrisico's. Bij IAJ zal er sprake zijn van minder disciplines en minder grote veiligheidsrisico.

Aandachtspunten om mee te nemen:

- de mate van crisisgevoeligheid
- 24 uren beschikbaarheid kunnen leveren
- binnen 24 uur kunnen op en afschalen
- Zorgmijding.
- Beter definiëren van het verschil tussen specialistisch en hoog specialistisch.
- Doelgroep beter uitwerken.

Zware GGZ goed omschrijven, wat beogen we? B.v. EPA of Psychiatrische problematiek valt in HS. In heel wat regio's is voorwerk gedaan waar uit te putten is.

Hoog Specialistisch, waar willen we naar toe

Geen opmerking

Concrete Doelstellingen

Zo thuis mogelijk, hoe letterlijk is dit?

Het liefst bij hun ouders, daarna pleeggezin netwerk, daarna pleeggezin (bestand), gezinshuiscare, verblijf groep.

Het zijn nog geen concrete doelen, deze moeten smart zijn. Er schijnt een klein gedeelte van de gezinnen een groot gedeelte van het budget op te maken. Over welke aantallen hebben we het, waar zitten ze, met welke soort verblijf?

Wat helpt, is dat er duidelijkheid komt over wat de gemeenten verstaan onder integraal. Als dit duidelijk is kunnen er ook gezamenlijke stappen worden gezet zoals gezamenlijke triage. Of op zoek gaan met wie je het beste kan samenwerken.

Ook gemeenten hebben mogelijkheden om een rol van betekenis spelen door samenwerking te zoeken met participatie of bv onderwijs.

Er gebeurt al veel op het gebied van Jeugdzorg Plus en afschaling binnen de regio. Hoeveel kan er nog afgebouwd worden naar ambulant, ook om de veiligheid te blijven waarborgen?

Wat verstaan we onder samenwerking? Is dit alleen op het gebied van zorg of kan dit ook betekenen consultatie en advies of expertise van elkaar inzetten. De gemeente geeft aan dat beiden hieronder kunnen vallen.

Meer inzetten op transformatie, en aansturen op de instroom. Aansturen op Innovatie met als doel preventieve maatregelen te nemen zodat instroom wordt beperkt.

Het gaat niet alleen om doorstroom en uitstroom. De suggestie wordt gedaan om met een breed aantal deskundigen van te voren kijken welke inzet je doet. Daarmee voorkom je veel doorschuiven van de cliënt van de ene naar de andere organisatie. Het gaat erom dat kinderen zo snel mogelijk op de juiste plek komen.

Inhoudelijke discussie Ronde 1: Passende zorg

Je schaal naar gelang het lastiger wordt interventies op. Zo kort als mogelijk zo lang als noodzakelijk en dan weer naar huis. Er is nu vaak onduidelijkheid over de regie. Deze moet goed geborgd zijn. Aan de voorkant moet je hier afspraken over maken.

B.v. Jeugdzorgplus kan wel ingezet worden vanuit de ambulante gedachte. Onder de regie van Jeugdzorgplus wil je dan wel zo snel mogelijk een jeugdige weer ambulant krijgen. Hiervoor heb je een team met meerdere disciplines nodig en misschien dus een multidisciplinaire triage, met een gezamenlijk plan.

Daarnaast wordt de suggestie gedaan om een netwerk te organiseren rondom een gezin en dan gebruik te maken van elkaars expertise. Dit kan goed aansluiten bij financieringsvormen die de Achterhoek voor ogen heeft.

In de randvoorwaarden wel bepalen welke deskundigheid minimaal aanwezig is en welke expertises heb je minimaal nodig. Als dat duidelijk is weet de zorgaanbieder welke partners verder nodig zijn.

Privacy, hoe borg je dit? In een proces kun je dit goed borgen, hier zijn voorbeelden over aan te leveren.

De inhoud zou leidend moeten zijn ten opzichte van het financiële systeem dat je optuigt.

Let op dat een Hoofdaannemer niet aangesproken wordt op verkapte loondienstverbanden met onderaannemers. Gemeente zal dit onderzoeken.

Dienstverlening

Geen opmerking

Conversietabel

Geen opmerking

Randvoorwaarden Dienstverlening

Geen opmerking

Specialisaties

In zijn algemeenheid wordt de suggestie gedaan om de lijst iets meer geordend op te stellen.

- Zorgmijding toevoegen.
- Angst
- Complex trauma
- Cultuursensitiviteit
- Depressie
- Eetstoornis
- Adoptie
- Dwangstoornis.
- Jonge kind en hun ouders
- DSM codes of VT codes?
- Vluchtelingen en statushouders
- Voogdij kinderen, westen van het land

Planning

Geen opmerking

Vragen en opmerkingen om mee te nemen

Aandacht voor:

- Hoe gaan we om met de gevolgen van corona
- Preventie
- Wachtlijsten te bekorten
- Goede samenwerking met onderwijs.
- Als voorbeeld : Wachtend op HS komt terecht bij niet HS, Hoe kan Ambulant dan voorbereiden op het HS traject. Consultatie naar de voorkant naar het ambulante segment, zou dan bijvoorbeeld gewenst zijn.