

Bijlage 1 Toelichting per oplossingsrichting

De oplossingsrichtingen worden nader uitgewerkt middels een inhoudelijke en kwantitatieve toelichting inclusief een planning.

1. Aanpassing financiële afspraken

De regio NOB is overgegaan naar een nieuw bekostigingsmodel. Hierdoor is er geen plafond meer op het aantal jeugdigen wat in zorg mag instromen (mits er een geldige toewijzing is) en kunnen aanbieders de omvang (aantallen) van het aanbod aanpassen aan de werkelijke omvang (aantallen) van de vraag. Momenteel wordt er geen volume per jeugdigen meegegeven in de toewijzing maar hebben aanbieders een range gekregen waarbinnen zijn jeugdhulp mogen verlenen. Deze range is opgebouwd op basis van historische realisatie en wordt gedurende een aantal prognosemomenten in 2021 intensief gemonitord en waar nodig op basis van onderbouwde werkelijke realisatie geactualiseerd. Onderliggend aan het model ligt een PxQ financiering is gebaseerd op de werkelijke realisatie. Deze oplossingsrichting is dus al uitgewerkt en loopt.

Het resultaat is dat aanbieders niet meer gehinderd worden door financiële drempels op het moment dat de zorgverlening het aantal vooraf gestelde aantal jeugdigen overschrijdt.

2. Arbeidsmarkt

De problematiek rondom de arbeidsmarkt speelt voor alle sectoren binnen de jeugdzorg. Regio NOB wilt jeugdzorgaanbieders faciliteren om oplossingen te vinden om deze grote uitdaging gezamenlijk aan te gaan. Een eerste gesprek over dit onderwerp binnen de werkgroep wachtlijsten SGGZ gaf vooral aan dat er beroepsgroepen zijn die lastig te werven zijn, zoals kind & jeugdpsychiaters. Het effect hiervan op de inrichting van de crisisdienst door deze schaarste maakt andere acties noodzakelijk.

Op landelijk niveau (de zogenaamde politieke route) is door o.a. Herlaarhof in de persoon van Petya van Vliet reeds het initiatief genomen richting GGZ-Nederland en andere lobby kanalen om te spreken over een collectieve afspraak om een percentage van de werkzame psychiaters aan de crisisdienst te koppelen.

De deelnemende SGGZ-aanbieders van de werkgroep wachtlijsten SGGZ werken met inhuur van ZZP-ers onder de samenwerkingscoöperatie A59. De SGGZ-aanbieders willen met deze externe bureaus om de tafel om voorwaarden te stellen en afspraak te maken psychiaters ook diensten te laten draaien.

Binnen de werkgroep SGGZ is aan de regio NOB de vraag gesteld of zij kan overwegen om in haar inkoopbeleid de voorwaarde te stellen om aan alle aanbieders die psychiaters in dienst hebben capaciteit voor de crisisdienst ter beschikking te stellen.

Regio NOB start na de zomer (oktober 2021) een dialoog met gecontracteerde aanbieders van alle sectoren over welke maatregelen passend zijn en bijdragen aan het verbeteren van de arbeidsmarkt.

Vooralsnog zullen zal er op regionaal niveau middels dit Plan van Aanpak wachtlijsten SGGZ de volgende onderdelen worden besproken en opgepakt:

a) Gezamenlijke oppakken van opleidingsmogelijkheden.

Voorstel is om een stimuleringsfonds op te stellen met als doel medewerkers aan te trekken en te behouden, met speciale aandacht voor minder aantrekkelijke posities (crisisdienst). De aanvraag hiervoor behelst een financieel en inhoudelijk voorstel. Hoeveel dit kost is alsnog momenteel lastig in te schatten door de werkgroep wachtlijsten SGGZ. Er wordt aan gewerkt om de inhoud te bepalen en de kosten inzichtelijk te maken.

b) Acties en afspraken in het kader van het stellen van voorwaarden t.a.v. de tewerkstelling van schaarse functionarissen zoals de psychiater (op landelijk (politiek)/regionaal en aanbiedersniveau). Actie: RIOZ en beleidsteam om dit voor te bereiden voor bijeenkomst in oktober.

c) Bespreken draagvlak voor en eventueel mede-opstellen van een gezamenlijk Convenant waarmee samenwerking tussen gecontracteerde aanbieders sectorbreed en sectorspecifiek onderling en tussen gecontracteerde aanbieders en gemeenten binnen de regio NOB rondom de arbeidsmarkt wordt onderschreven. Actie: RIOZ en beleidsteam om dit voor te bereiden voor bijeenkomst in oktober.

Benodigde middelen

Nader in te vullen

Planning

In oktober 2021 organiseert RIOZ een bijeenkomst met alle sectoren.

3. Aanbieders-overstijgend MDO

Woord vooraf

Dit project wordt opgezet om sneller tussen aanbieders te kunnen afstemmen, buiten de bestaande systeem mogelijkheden (zoals consultatie & advies). En heeft tot doel te voorkomen dat er veel tijd verloren gaat om elkaar te vinden. Gezien de arbeidsmarktproblematiek is het nodig om werkbare afspraken te maken over wat aanbieders qua inzet van medewerkers kunnen. Daarnaast vraagt het nog om de samenhang te organiseren met bestaande initiatieven als de vliegende brigade, niet alleen binnen de SGGZ maar ook met aanpalende sectoren zoals J&O. Dit project wordt als aanvullend gezien op deze bestaande initiatieven.

Probleemstelling en doel

Hoofddoel is om de wachtlijsten voor jeugdigen met complexe problematiek te verkorten. Daarbij spelen tweede en derdelijns zorgaanbieders een rol:

1. De wachtlijsten bij Herlaarhof (hierna : HH) en GGZ OostBrabant (hierna : GGZ OB) zijn te lang. Ook bij andere SGGZ aanbieders is de wachtlijst te lang. Zie details in plan van aanpak onder probleemanalyse. Gevolg is dat er momenteel bij GGZ OB en HH enkel nog spoed casuïstiek wordt opgepakt. Reguliere aanmeldingen worden nauwelijks meer opgepakt. Door de lange wachtlijsten, ontstaan er meer crisissen (hulp komt te laat), en als een casus crisogeen wordt, vraagt deze om veel meer behandelinzet.
2. Overdragen van casuïstiek van Youz/Buro3o vanwege complexiteit of ontbreken specifieke expertise naar HH of GGZ OB kost veel tijd en inzet. Hierdoor langere behandeltijd, maar ook aarzeling bij eventueel aannemen van complexe problematiek. Hierdoor wordt probleem geschetst onder punt 1. groter. Het aantal aanmeldingen bij HH of GGZ OB neemt toe.

Hoe draagt het voorstel bij aan het doel en doelgroep?

Met dit voorstel wordt beoogd om cliënten beter te verdelen over de aanbieders. Hierdoor vermindert de druk op HH en GGZ OB en Karakter, en kan ook reguliere zorg aldaar doorgang vinden. Ook zal het voorstel aanpassingen aandragen die het invlechten van (tijdelijke) specifieke (deel)expertise vanuit HH/GGZ OB in behandeltrajecten van Youz/Buro3o gemakkelijker maakt. Dit voorkomt afwijzen aan de voordeur of tussentijdse (volledige) overdracht van trajecten en toename van aanmeldedruk op de voordeur van HH/GGZ OB. Het is klantvriendelijker en zorgt voor kortere cliënttrajecten.

Resultaat

Snellere hulpverlening, passende hulpverlening. Beter hulpverlening. Goedkopere hulpverlening.

In cijfers:

Heel moeilijk te kwantificeren. Verwacht wordt dat met de verschillende projecten cliënten minder tijd kwijt zijn met hun hulpverleningstraject, door dat zij minder wachttijd hebben, hierdoor ook verergering van de problematiek voorkomen kan worden, effectiviteit vergroot wordt (beter zorg, "minder hulpverlenings-moe", motivatie groter, tevredenheid groter). Hierdoor kunnen meer cliënten geholpen worden per saldo. Met

name een reductie zal zijn op de tijdsinvestering voor MDO/verslaglegging en zorg coördinatie. Dit zijn activiteiten die voornamelijk nodig zijn wanneer cliënten overdragen moeten worden tussentijds omdat crisogene karakter toeneemt, cliënt meer nodig heeft dan Youz/Buro3o kan bieden.

In een poging om een kwantitatief beeld te geven is gekeken naar een casus die bij Youz in behandeling is (geweest) en die 2 keer in crisis is gekomen. Daarbij is geconstateerd dat met goede samenwerkingsafspraken, tussentijdse mogelijkheden van aanbieder-overstijgend MDO en consultatiemogelijkheden/second-opinion wordt ingeschat dat 50% minder tijd nodig zal zijn op de met geel gearceerde activiteiten.

(Project)organisatie

Wie is contactpersoon?

Carlo van de Water, Buro3o.

Eveline Metselaar en Lotte Claus, Youz Rosmalen/Oss

In samenwerking met:

Petya van Vliet (Herlaarhof)

Daan Creemers (GGZ Oost Brabant)

Hans van Geenhuizen (Karakter)

Anouk Hermans, accountmanager regionale inkooporganisatie NO Brabant

Carolien van Deursen beleidsadviseur regiogemeenten NO Brabant

Activiteiten

Inhoudelijk qua problematiek gaat het om het volgende:

- Complexe systemische problemen, waarbij psychiatrie op voorgrond staat en intensieve thuisbehandeling nodig is (zo niet, dan doorverwijzen naar bijv. Oosterpoort met product vraag orthopedagogische behandeling specialistisch).
- Crisisgevoeligheid/Spoed eisende zorg: cliënten die uitspraken doen rondom suicidaliteit, en waarbij BIG geregistreerde collega's een inschatting van de ernst hebben gedaan, naast een heldere beschrijving van de eerdere behandeling/procesdiagnostisch beeld. Waarbij de inschatting bestaat dat er een reëel risico is dat cliënt al dan niet tijdelijk opgenomen zal moeten worden op de crisisafdeling en dat er outreachende hulp nodig zou kunnen zijn.
- Cliënten die agressie laten zien in de thuissituatie, en waar veiligheid voor cliënt en gezinsleden niet kan worden gegarandeerd. Hierbij is vastgesteld dat de agressie problemen ontstaan vanuit een (zich (ontwikkelen) psychiatisch beeld).
- Zorgmijders; waarbij inzet van FACT gewenst is.

- Derdelijnsexpertise vragen

Interventies:

- a) Aanbieder-overstijgend -MDO (psychiater, aanmeld coördinator ten minste). Via beeldbellen. Op vaste tijden, vooraf duidelijk. Duidelijke afspraken over hoe en wat aan te leveren. Twee wekelijks worden 30 min. gereserveerd. HH en GGZ OB mogen schrijven. Youz of Buro 3o heeft al beschikking en kan hierop wegschrijven. Indien andersom: HH en GGZ OB vragen Buro3o of Youz om client over te nemen, dan geldt hetzelfde en bestaat er een product waarbij Buro3o en Youz mogen wegschrijven.

Twee soorten MDO:

- **Screening/aanmelding:** Kunnen we deze casus aannemen? En kan GGZ OB of HH eventueel achterwacht zijn/ inspringen indien nodig: dat wordt dan ook opgenomen in BHP. Wat nodig is een korte lijn? Snel overlegmogelijkheid met mensen die mandaat hebben om ook de afspraak te kunnen maken.
 - **Second opinion/consultatie:** casuïstiek die ingewikkeld is, die je zou doorverwijzen omdat de cliënt producten nodig heeft, die wij niet in huis hebben, bijv. IHT, FACT. Of casuïstiek waarin een frisse specialistische (TOP GGZ, als het stemmingsproblematiek betreft) blik gewenst is. Spelregels opstellen voor Second Opinion. Wanneer en wie vraagt aan etc. Doel: gezamenlijk optrekken, cliënten verhuizen minder van aanbieder naar aanbieder, omdat we een gebundeld aanbod kunnen bieden. Tijdsinschatting second opinion 2x 60 min. Per casus. (15 inlezen, overleg 15 min, terugkoppeling 15-30).
- b) Faciliterend zou hiervoor een product/regeling financieel mogelijk zijn, dat je als twee aanbieders in een casus kan werken. Dus je creëert 1 behandeltraject, waarbij behandelaren van verschillende aanbieders input leveren. Je kunt op basis van expertise van andere aanbieders toevoegen aan jouw eigen behandeling. Omdat er MDO mogelijk is en er goede afspraken zijn rondom verantwoordelijkheid en regiebehandelaarschap. Geen nieuwe intake trajecten of wachtlijsten.

Dit voorstel zou in tweede instantie ook onderzocht kunnen worden voor samenwerking met eerstelijnspraktijken, waarbij bijvoorbeeld een deelproduct door ons geboden wordt, en een deel door de ander. Hierdoor hoeft er minder geschoven te worden met cliënten. Hiervoor geen onderaannemerschap. Dat heeft administratief te veel haken en ogen, maar een uitbreiding op de bestaande afspraken rondom stapelen van producten. Er bestaat namelijk al een overzicht waarin zgn. producten gestapeld kunnen worden. De mogelijkheid moet er zijn dat stapeling van twee SGGZ aanbieders en SGGZ i.c.m. BGGZ kan.

- c) Indien er toch op of afgeschaald wordt, bestaat er een voorrangsregeling, waarbij cliënten die onverhoopt toch naar HH/ GGZ OB moeten of cliënten die naar Buro3o/Youz gaan, sneller aan de beurt zijn.

Randvoorwaarden, risico's en beheersmaatregelen

Randvoorwaarden:

- a) Onderling vertrouwen in elkaars deskundigheid om correcte inschatting te kunnen maken. Bijvoorbeeld van belang wanneer er snel geschakeld moet worden in geval van crisis. Wanneer doorverwezen wordt, is het belangrijk dat er opgepakt wordt en éénduidig richting systeem gecommuniceerd wordt rondom afspraken. Dat betekent dat partijen van elkaar moeten weten hoe de procedures lopen en er *achteraf* evaluaties plaatsvinden desgewenst, ter verbetering, indien nodig. Niet tussentijds.
- b) Er is duidelijkheid rondom verantwoordelijkheid en regiebehandelaarschap bij samenwerking waarin twee aanbieders zitten.
- c) Het is mogelijk om met twee aanbieders SGGZ te behandelen en verschillende producten aan te bieden. Beiden met eigen beschikking
- d) Er is voldoende personele capaciteit om de MDO's te bemannen. Wat vinden we met elkaar voldoende?
- e) De inhoudelijke voorwaarden voor het kunnen uitvoeren van de second opinions (wanneer aangevraagd, op welke manier) is duidelijk.
- f) Toezeggingen in trajecten moeten hard zijn ook wanneer andere afdelingen/medewerkers ermee verder gaan in een organisatie
- g) Er is personele capaciteit om de MDO's te coördineren.

Risico:

- 1. De personele capaciteit is te laag
- 2. Onvoldoende bekendheid bij interne medewerkers, waardoor onvoldoende gebruik van gemaakt (mede omdat dit niet dagdagelijkse activiteiten zijn).
- 3. Verantwoordelijkheid wordt onvoldoende 'gedeeld' ervaren, waardoor onderling vertrouwen in elkaars deskundigheid onvoldoende groeit en samenwerking niet soepel verloopt.
- 4. De regelgeving rondom beschikkingen/administratie verloopt te ingewikkeld. Hierdoor vermijden aanbieders van de regeling gebruik te maken?
- 5. Onvoldoende bekendheid bij wijkteams om meerdere toewijzingen af te geven.

Maatregelen:

- 1. Gemeente faciliteert aanbieders om extra FTE in te zetten.
- 2. Aanbieders borgen draagkracht intern door te investeren en sleutelfiguren goed mee te nemen in ontwikkelingsplan.
- 3. Gemeente investeert in het goed uitrollen en informeren van betrokken partijen die met beschikkingen te maken hebben (wijkteams, administratie-medewerkers, derden?)
- 4. Er wordt een zo transparant en simpel mogelijke aanpassing gedaan aan de bestaande 'stapel' regeling.

- De uitwerking van het project omvat duidelijke spelregels waar aanbieders aan moeten voldoen voor inzet MDO, maar ook spelregels rondom samenwerking in geval van duo-beschikkingen, verantwoordelijkheid/regiebehandelaarschap.

Kwalitatieve meting:

Samenwerking structureel evalueren op de volgende punten:

- Is de client sneller geholpen? Nemen de wachtlijsten bij GGZ OB en HH ook daadwerkelijk af?
- Hoe verlopen de MDO's? Hoe ervaren medewerkers van aanbieders deze MDO's. Verbetert hierdoor de klantvriendelijkheid, de kwaliteit?
- Zijn er duo-beschikkingen afgegeven. Zo ja: heeft dit geleid tot snellere behandeling? In beeld gebracht via meerjaren-cijfers? Kosten? Behandeltijd?

Zien we in verhouding dat er bij crisogene cliënten minder MDO/verslaglegging en zorg coördinatie nodig is?

Wat is er na afronding van subsidie nodig om dit voorstel te borgen?

Projectteam die op regelmatige basis samenkomt, verantwoording aflegt aan een aan te wijzen partij. Structurele procesmatige wijzigingen indien nodig kan en mag doorvoeren. Evaluatie jaarlijks en in 2024 evaluatie met de vraag: moet er opnieuw geld geïnvesteerd worden om interventies voort te zetten?

Begroting

Omschrijving	Kosten in 2021	Kosten in 2022	Kosten in 2023
1. Personele inzet project Projectontwikkeling projectteam 80 uur a €116,- p/u	€ 9280	€	€
*Waarborging plan projectteam 20 uur per jaar		2320	2320
Interne draagvlak en instructie **4*20=80 uur a €120,- (gemengde prijs SGG2 en SGGZ3)	9600	9600	9600

MDO *** 4*1*40= 160 a €120 (gemengde prijs sggz2 en sggz3) **** 0,5* 40 = 20 uur €100,-	€ 19200 €2000	€ 19200 €2000	€ 19200 €2000
2. Onvoorzien reserve 10%	€3828	€ 3312	€3312
3. Indirecte kosten *****	35%		
TOTAAL Interventie MDO	€ 42108	€ 36432	€ 36432

Totaal aan kosten €151.404,-, Dit is €946,- per ingebrachte casus (ingeschat 40 op jaarbasis, 160 over 4 jaar gerekend)

*Projectteam

** Jaarlijks intern communicatie project tbv goed draaien en er gebruik van maken

*** *Per MDO inschatting betrokken partijen 60 minuten per hulpverlening. Inschatting van 10 MDO aanvragen per jaar per aanbieder, totaal 40 MDO's per jaar. Standaard MDO bezetting van 4 hulpverleners.*

**** *per MDO 30 min aan organisatiekosten (agenda maken, onderlinge communicatie/inplanning), uitgevoerd door bijv. office-manager, gedetacheerd vanuit een van de aanbieders).*

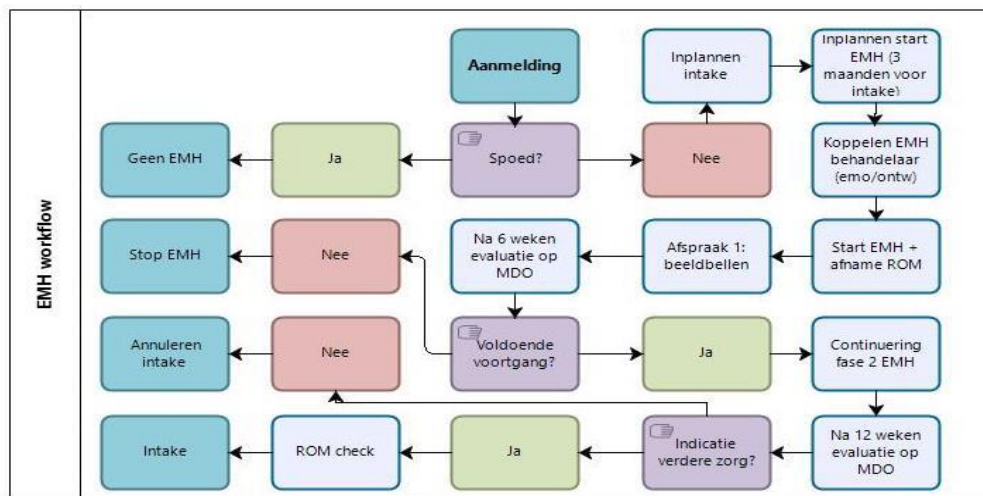
***** Uitgaande van de overhead

4. Transdiagnostische EMH modules begeleid inzetten

De interventie heeft tot doel om de cliënt te begeleiden om zelf onderliggende in standhoudende problemen te pakken en leefstijl te verbeteren. Verder het verbeteren van de randvoorwaarden (eten/slapen/regie nemen) voor intensieve behandeling van de klachten en het toetsen van de motivatie voor behandeling toetsen en inzicht in behandelmogelijkheden

Het resultaat is dat jongeren in actie worden gezet om eigen in standhoudende problemen te pakken en leefstijl te verbeteren. Onvoldoende gemotiveerde jongeren worden eerder herkend en er is een kortere wachttijd en een snellere uitstroom

De duur van de interventie is 3 maanden per cliënt



Powered by
bizagi
Modeler

De pilot is succesvol als:

- Cliënten minder lang hoeven te wachten om te werken aan hun klachten (kortere W1, W2)
- Cliënten bij aanvang regie nemen en aan de slag gaan met onderliggende transdiagnostische thema's
- Bij intake helder is welke cliënten aan de slag zijn gegaan en welke cliënten niet.
- Cliënten stromen sneller uit (kortere W3)

Kwantitatieve inschatting

Het volgende personeel dient te worden ingezet:

- 6 basispsychologen en/of orthopedagogen
- 1 GZ-psycholoog
- Secretariële medewerker(s) (voor plannen intake, MDO's en feedbackmomenten)

De behandelaren investeren het volgende aan werkzaamheden:

1x 30 minuten videobellen om 3 modules te kiezen + ROM (basispsycholoog)

12x15 minuten EMH feedback (basispsycholoog)

2x10 minuten MDO (basispsycholoog + GZ-psycholoog)

1x30 minuten evaluatie schrijven + afhandelen ROM (basispsycholoog)

Totaal: 4 uur en 20 minuten voor basispsycholoog en 20 minuten voor GZ-psycholoog

Secretariële medewerkers gebruiken 15 min per cliënt aan het volgende:

- 1 medewerker als aanspreekpunt/coördinator
- Bij plannen intakes, de EMH en MDO tijden plannen

Samengevat:

- Inzet van behandelaren = declarabele tijd = 4 uur en 20 minuten
- Inzet van EMH modules: geen extra kosten, reeds bestaande modules worden gebruikt
- Inzet van secretariële medewerker(s): 15 min (niet declarabel, maar passend binnen huidige uren)

Begroting

Eerst zal een pilot plaatsvinden en bij een positieve ervaring zal verlengd worden tot 4 jaar.

Inschatting is dat €50.000 voor het eerste jaar nodig (nadere toelichting volgt z.s.m.) in verband met de opstartfase, het betreft met name projectkosten. De inzet van behandelaren kan via de inkoopafspraken door de aanbieder worden gedeclareerd.

Daarna zullen de kosten afnemen, €25.000 per jaar.

Totaal wordt dus een bedrag meegenomen van € 125.000 met een doorlooptijd van 4 jaar.

Eenzijds kan de uitrol in de breedte uitbreiden (meer modules), anderzijds ook andere aanbieders betrokken raken. Wanneer meer aanbieders deze modules willen gaan inzetten is meer geld nodig.

Planning

1. Vanaf september 2021
2. Doorlooptijd per cliënt +- 3 maanden
3. Pilot met 15-20 deelnemers (4 cliënten per psycholoog)

5. Groepsaanbod voor wachtende ouders

Voor wie?

- Ouders

Programma: Uitvoering door HBO (+) medewerkers/ Ervaringsdeskundigen

- 3 avondbijeenkomsten, relatief kort voor feitelijke start zorg (intake)
- Kennismaking:
 - organisatie en professionals
 - Ouders/ cliënten onderling
 - Lotgenotencontact, ouders voelen zich gezien
- Triage en invullen vragenlijsten
- Psycho-educatie
- In combinatie met E-Health

Kosten: Structureel:

- 3 bijeenkomsten á 2,5 uur + 1 uur voorbereiding = 10,5 uur
- 2 medewerkers x 10,5 uur = 21 uur
- 21 uur x € 82,36 (HBO +, Schaal 50 / 11) = € 1729,56 per traject
- Ca 15 trajecten per jaar = €25.943,40

Eenmalige kosten voorbereiding:

- (2 medewerkers x 10,5 uur) 21 uur á € 82,36 = € 1.729,56

Totale kosten eerste jaar: **€ 27.672,96**

Bij uitrol tot maximaal 3 jaar: **€ 83.018,88**

Nog uit te werken:

- Onderzoeken hoe en of dit regulier gefinancierd kan worden, vanuit welke wetgeving.
- Beschouwen we dit als “in zorg” of pas vanaf intake?
 - Hoe zit dat met behandelverantwoordelijkheden?

Aangezien dit aanbod is bedoeld voor de ouders van wachtende cliënten en dit aanbod na de screening maar vóór de intake ingezet zal worden, is de zorg feitelijk nog niet gestart maar worden de ouders al wel gezien. De vraag die voorligt is wat dit betekent voor onze behandelverantwoordelijkheid. Zijn wij/ onze professionals aan te spreken als de client iets ernstigs overkomt of niet? Als we kiezen voor de inzet van HBO+ mdw zal dat waarschijnlijk wel zo zijn, als we zouden kiezen voor Ervaringsdeskundigen ligt dat mogelijk anders. Mocht dat zo zijn, dan moet het voorgestelde aanbod aangepast worden en zal de nadruk meer liggen op steun, erkenning en lotgenoten contact.

6. Acute SGGZ

De aanvragen voor vergoeding voor deze oplossingsrichting zijn reeds rechtsreeks door 2 aanbieders gedaan bij het Expertteam Eindhoven (zie ook toelichting bij begroting). De aanbieders krijgen een dezer dagen te horen of zij de Rijksmiddelen krijgen toegekend. De middelen zullen rechtstreeks aan hen worden toegekend en zijn expliciet gelabeld aan dit onderwerp.

Inhoud

De aanvraag betekent uitbreiding van behandelformatie van het ambulante team Kind & Jeugd GGZ Oost Brabant in de regio Oss-Uden-Veghel met 3,34 fte (zie begroting). Het betreft uitbreiding van IHT zorg, spoedintakes en urgente behandelvragen die crisis luxeren. Door extra capaciteit in te zetten kan de zorg intensiveren en op deze manier crisis worden verkort en voorkomen.

RvA gaat een projectgroep opzetten met de volgende doelstelling:

Het ontwikkelen van een nieuw aanbod wat zich richt op spoedaanmeldingen en cliënten in zorg met een directe behoefte aan opschaling van zorg waardoor langdurige zorg of een opname voorkomen wordt.

Benodigde middelen (zie bijlage voor nadere toelichting)

Omschrijving	Kosten in 2021	Kosten in 2022	Eventuele toelichting
GGZ Oost Brabant	€ 227K	€ 454K	Expertteam Eindhoven heeft inmiddels laten weten dat ivm overschrijding bij toekenning, 80% aan de aanbieder wordt uitgekeerd.
Reinier van Arkel	€ 450K	€ 900K	Expertteam Eindhoven heeft inmiddels laten weten dat ivm overschrijding bij toekenning, 80% aan de aanbieder wordt uitgekeerd.

Planning

Het project van GGZ Oost Brabant kent een doorlooptijd van 1 juli 2021 tot 31 december 2022.

Rva gaat per okt 2021 van start met 2 stappen:

1. 'Coördinatie' team rondom van de opschaling van zorg. 1,5 FTE
2. Outreachende spoedzorg. 5 FTE

7. Inzet expertise POH GGZ Jeugd

Eind 2020 gaven NZa en IGG naar aanleiding van hun toezicht aan dat vaak niet duidelijk is waar mensen met specifieke psychische problemen terecht kunnen. Huisartsen weten niet naar welke SGGZ-instelling of SGGZ-hulpverlener ze kunnen verwijzen. Verwijzingen en doorverwijzingen zijn soms niet compleet of zelfs verkeerd. Dat levert weer vertraging op.

In het regionaal beleidsplan NOB is opgenomen dat de lokale gemeenten werk maken van de inzet van SGGZ-capaciteit bij huisartsen al dan niet in de vorm van POH-jeugd-GGZ. Passende doorverwijzingen, voorkomen van onnodige doorverwijzingen naar de gespecialiseerde jeugdhulp en het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en andere professionele partijen in de wijk waaronder de lokale teams zijn daarbij enkele van de doelen. Ervaringen tot nu toe wijzen vooral aan dat het effect op aantallen niet echt goed waarneembaar is maar dat verwijzingen die door een POH zijn doorgezet, gemiddeld voorzien zijn van een beter dossier én meer passend (op inhoud completer en scherper) is voor betreffende aanbieder dan als een huisarts zelf verwijst; ook is er vaker sprake van inzet van lichtere zorg. Deze efficiëntere aanlevering aan en instroom bij de SGGZ-aanbieder maakt het een thema om mee te nemen bij het zoeken van een oplossingsrichting voor de wachtlijsten SGGZ. In een aantal gevallen levert de POH ook overbruggingszorg i.v.m. wachtlijsten.

Huisartsen kunnen zelf een POH-GGZ volwassenen inzetten en deze (gedeeltelijk) declareren bij de zorgverzekering. Dat is een algemene POH-regeling. Een POH-GGZ Jeugd wordt slechts gefinancierd door de gemeenten.

In bijlage 2 bevindt zich een overzicht van de gemeenten waar aanvullend op de POH-inzet via de zorgverzekering via gemeentelijke financiering een POH-GGZ wordt ingezet en de wijze waarop het vorm is gegeven in 2020.

In veel gemeenten wordt bij Stichting Haspel (HuisArtsen Samenwerking Praktijkondersteuning Eerste Lijn) de dienstverlening van POH ingehuurd. Soms wordt direct-capaciteit ingezet. Bv als die in een wijkteam beschikbaar is, zoals in Cuijk waar de PHO-GGZ is aangesloten bij het CJG.

Een werkgroep inzet POH-GGZ (geïnitieerd door beleidsmedewerker van de gemeente 's-Hertogenbosch Bernise Cornelissen) monitort de activiteiten van de verschillende gemeenten binnen de regio en kijkt hoe men van elkaars ervaringen kan leren.

Kwantitatieve inschatting

Er komen dit jaar €613 miljoen aan rijksmiddelen beschikbaar via de meicirculaire. € 493 miljoen daarvan wordt via de algemene uitkering (gaat naar gemeenten die er zelf over gaan hoe zij de middelen besteden) verstrekt. Van die 493 mln heeft 10 mln als oogmerk "om het aantal Praktijk Ondersteuners Huisartsenzorg (POH) voor de jeugd uit te breiden". De verwachting is dat dit voor onze regio neerkomt op €320.000. Dat het Rijk het oogmerk heeft gegeven wil niet zeggen dat de gemeenten daartoe gebonden zijn. Zij bepalen dus zelf hoe ze deze middelen willen besteden. Er komen nog aanvullende middelen vrij (1.3 miljard). Of er ook een oogmerk is voor de POH bij deze aanvullende middelen is niet bekend.

Planning

Aangezien er reeds een regionale werkgroep inzet POH GGZ JEUGD JEUGD bestaat en de middelen geoormerkt zijn, is het advies vanuit de werkgroep wachtlijsten SGGZ om als lokale gemeenten een gezamenlijke opdracht te geven aan de bestaande werkgroep hoe de beschikbare middelen met een regionale visie en aanpak worden besteed. Onderwerpen van deze gezamenlijke opdracht zijn:

- Wat moet er gebeuren om eventuele ontbrekende gemeenten/ huisartsenpraktijken mee te krijgen in het inzetten van POH-GGZ?
- Hoe worden de financiën voor de inzet van POH-ggz structureel geborgd?
- Hoe wordt de kwaliteit van de dienstverlening door POH-GGZ verbeterd (efficiëntere aanlevering, betere dossiervorming en terugkoppeling aan de huisarts bij verlening & het opstellen van een leersysteem voor de POH-ggz-er)?

En in samenwerking met de werkgroep terugdringen wachtlijsten GGZ:

- Op welke manier kan de POH (nog meer) bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten in de GGZ (zowel aan de voorkant (instroom) alswel de uitstroom)? Kan een POH GGZ jeugd ook 'uitbehandelde' jeugdigen onder de vleugels nemen zodat deze niet meer in nazorg drukken op de aanbieders en zo ja, hoe dan?

Karakter heeft als aanbieder verschillende onderzoeken gedaan over de functie van POH-GGZ en werkt op verschillende plekken buiten regio NOB met gemeenten en zorgaanbieders samen. Ook geven zij trainingen en advies. Zij geven onder andere aan dat het opzetten van een leersysteem om de POH-GGZ-er een belangrijke is. Een volgende bijeenkomst van de werkgroep is gepland in september/ oktober, Karakter danwel een vertegenwoordiging van de gecontracteerde GGZ-aanbieders in de regio wordt uitgenodigd om haar ervaringen te delen met de werkgroep POH GGZ Jeugd.

We leggen hiermee een verbinding tussen (een vertegenwoordiging van) de zorgaanbieders en de werkgroep POH GGZ Jeugd. Een verdere uitwerking op dit punt laten we buiten beschouwing in dit plan van aanpak en zal via deze werkgroep worden opgepakt. Met de voorzitter van de werkgroep is afgesproken de voortgang te volgen en waar nodig af te stemmen.

Bijlage 2 Inzet POH-GGZ Jeugd per gemeente en de werkwijze

Gemeente	Vorm 2020	Voortzetting in 2021	Door wie
's-Hertogenbosch	Ca 30uur per week. Bij 1 praktijk en in 3 wijken beschikbaar voor de daar werkzame huisartsen	Ja	Subsidie aan Haspel GGZ, 2e jaar
Vught	Ondergebracht in Wegwijs+		
Meerijstad	Veghel pilot: bij 3 praktijken 14 uur POH-J-GGZ Schijndel: bij 1 praktijk 4 uur POH bij huisarts en Sint-Oedenrode: bij 1 praktijk POH GGZ JEUGD JEUGD volwassenen en jeugd.	Ja	Inkoop bij Haspel Inkoop bij Huisarts Huisarts zelf
Mijngemeentedichtbij	Inzet GGZ expertise Herlaarhof: Boxtel 12 uur per week St Michielsgestel 10 uur per week Haaren 6 uur per week Bij 2 praktijken in St Michielsgestel is een POH GGZ JEUGD jeugd werkzaam (6 uur per week)		Subsidie Vanuit zorgverzekeringswet en kleine bijdrage gemeente
Oss	7 praktijken, uren inzet van POH GGZ JEUGD verschilt per praktijk.	Ja	Detachering van POH GGZ JEUGD via Haspel, vanaf 1 oktober 2019
Uden	Inmiddels gestart, inhoud onbekend	Ja	
Land van Cuijk	2 vormen: Poh Jeugd: bij huisartsen in Grave, Boxmeer, St. Athonis en Mill is POH jeugd gestart Poh jeugd Cuijk: BJG medewerker pakt voor x aantal uur casussen op vanuit huisartsen inhoud onbekend	Ja, beide pilots worden momenteel geëvalueerd.	Subsidie

Bijlage 3 Begroting per jaar

Benodigde Rijksmiddelen		Totaal	2021	2022	2023	2024
2.	Arbeidsmarkt	PM				
3.	Aanbieder- overstijgend MDO	€ 114.972,- (2021 en 2022)	€ 42.108	€36.432	€36.432	
4.	Intake starten met transdiagnostische modules	€ 100.000 (uitrol voor 3 jaar)	€50.000	€25.000	€25.000	
5.	Groepsaanbod wachtende ouders	€ 83.018,88 (uitrol voor 3 jaar)	€27.672,96	€27.672,96	€27.672,96	
7.	Inzet expertise POH GGZ Jeugd (gelabelde middelen)	€ 160.000 (2021 en 2022)	€40.000	€120.000		
	Totaal Rijksmiddelen	€457.990,88	€159.780,96	€209.104,96	€89.104,96	

Bijlage 4 Overzicht extra Rijksmiddelen

Bij voorjaarsnota heeft het kabinet voor het jaar 2021 € 613 miljoen beschikbaar gesteld voor acute problematiek in de jeugdzorg. Het bedrag van €613 miljoen voor 2021 komt bovenop de €300 miljoen aan tijdelijke extra middelen die bij voorjaarsnota 2019 al beschikbaar is gesteld voor het jaar 2021. Rondom de €613 miljoen zijn bestuurlijke afspraken gemaakt tussen het Rijk en VNG⁵. De €613 miljoen valt in een aantal delen uiteen.

Specifieke uitkeringen

€120 miljoen van de € 613 miljoen wordt verdeeld via specifieke uitkeringen (spuk's) of op een andere gerichte wijze. Dit betreft:

- €50 miljoen voor tijdelijke uitbreiding van de crisiscapaciteit jeugd-GGZ.
- €50 miljoen voor het beter passend maken van accommodaties om de leefomstandigheden van kwetsbare jeugdigen te verbeteren (driemilieuvoorzieningen).
- €5 miljoen voor het ombouwen van separatuurimten in de gesloten jeugdhulp tot *High Intensive Care Units*
- €15 miljoen voor de vereenvoudiging en verbetering van de jeugdbeschermingsketen (o.a. verbreding en verdere uitrol pilots vereenvoudiging Jeugdbescherming en doorbraakaanpak)

Deze middelen zullen aan een beperkt aantal gemeenten of jeugdzorgregio's uitgekeerd worden. Momenteel wordt dit nader uitgewerkt. Een klein deel van de middelen zal gebruikt worden voor landelijke coördinatie en activiteiten die centraal door het Rijk georganiseerd worden. Hierover zullen in een bestuurlijk overleg tussen Rijk en VNG nadere afspraken worden gemaakt.

Algemene uitkering

De overige door het kabinet beschikbaar gestelde middelen worden via de algemene uitkering, subcluster jeugdhulp, aan het gemeentefonds toegevoegd. De 493 miljoen kent drie delen.

- Een deel van € 228 miljoen heeft als oogmerk dat gemeenten hiermee in staat worden gesteld om de consultatiefunctie ggz vorm te geven, wachtlijsten bij lichtere jeugdhulp-problematiek tegen te gaan en om verdringing van andere uitgaven bij gemeenten tegen te gaan. Deze middelen worden in deze circulaire over de gemeenten verdeeld.
- Een deel van € 10 miljoen heeft als oogmerk om het aantal Praktijk Ondersteuners Huisartsenzorg(POH) voor de jeugd uit te breiden. Deze middelen worden eveneens in deze circulaire over de gemeenten verdeeld.

- Tot slot is er een deel van € 255 miljoen met als oogmerk dat gemeenten hierdoor in staat wordengesteld om extra inzet en regie te kunnen voeren op het voorkomen en aanpakken van wachttijden van (regionaal) ingekochte specialistische jeugdzorg op basis van goede data, zodat kwetsbare kinderen de hulp krijgen die ze nodig hebben. Komende periode vindt tussen de VNG en het Rijk overleg plaats om een klein deel van de € 255 miljoen in te zetten voor regionale coördinatie en landelijke informatievoorziening door de VNG ten aanzien van de wachtlijsten specialistische jeugdzorg. Om die reden wordt nog niet het volledige bedrag van € 255 miljoen verwerkt.