

Vragen regiovisie Jeugd en Wmo raadsledenbijeenkomst 18.03.2021

datum beantwoording 8 april 2021

nr	vraag	verwijzing	steller	antwoord
Onbeantwoorde vragen tijdens de sessies				
1	Wat gaan we anders doen met dit plan?		Femke Vleij W'veen, Mieke Kars Gouda	Deze regiovisie gaat uit van voortzetting van de ingezette koers. Dus geen grote stelselveranderingen, maar wel een verandering van focus. Waar in voorgaande periode de focus lag op zorgcontinuïteit (na decentralisatie), het organiseren van de regionale samenwerking, de inkoop en start van transformaties verschuift deze de komende periode naar kostenbeheersing, afmaken van transformatieprojecten (o.a. gewoon thuis (jeugd), jeugdigen beter beschermen, aansluiting jeugdhulp en passend onderwijs) en doorontwikkelen van het contractmanagement en de samenwerking met aanbieders. Daarmee is het voorstel dus de lijn die we hebben ingezet in 2013 te verfijnen en scherper aan de wind te gaan varen op de huidige koers, zowel op kosten als op kwaliteit.
2	Wat is er al gerealiseerd? Welke concrete doelstellingen zijn er voor de toekomst?			In de regiovisie worden geen concrete doelstellingen opgenomen. Doelstellingen betreffen vaak resultaten op het niveau van de inwoner, waar zowel lokale als regionale inspanningen toe bijdragen. Het formuleren van doelstellingen en de monitoring wordt daarom lokaal door elke gemeente gedaan, omdat daar het resultaat van de lokale en regionale beleidsinspanningen samen komt. Zo kan door de lokale toegang gestuurd worden op de toegang, maar worden ook afspraken gemaakt met aanbieders om herindicaties te verminderen. Beide resulteren in een lager volume.
3	Wat gaat de regio voor ons als gemeente doen?		EJ Kuijlaars, Gouda	De regio zijn we samen. In de regionale samenwerking wordt afgesproken op welke onderdelen de vijf gemeenten gezamenlijk optrekken en op basis van welke uitgangspunten. De focus van deze regionale samenwerking ligt in de gezamenlijke aanpak richting aanbieders en ketenpartijen. Concreet ligt de nadruk op de inkoop en contractmanagement van maatwerkvoorzieningen jeugd en Wmo, het organiseren van afstemming op complexe jeugdproblematiek en het realiseren van een aantal toekomstgerichte opgaven zoals beschreven in de visie.
4	Kwalitatief goede zorg en betaalbare zorg; in hoeverre botst dit met elkaar? Wat krijgt prioriteit.		Sylvia van de Krol, W'veen	Kwalitatief goede zorg is ook effectieve zorg. Effectieve zorg kan de betaalbaarheid juist ondersteunen doordat doelstellingen eerder bereikt worden of met minder inzet. Dit kan elkaar dus juist versterken. Daarnaast is bijvoorbeeld het stelsel van de Jeugdbescherming (landelijk) ingewikkeld georganiseerd. Veel partijen maken daar onderdeel van uit (Raad van de Kinderbescherming- Rijk, Veilig thuis - RDOG, Gecertificeerde instellingen - regionale inkoop). In onze regio zetten we in om deze keten waar mogelijk te verkorten door goede afspraken te maken. Dit is zowel kostenefficiënt als in het belang van de inwoner die niet steeds hetzelfde verhaal hoeft te vertellen.
5	In de evaluatie passend onderwijs zijn 26 adviezen beschreven, zijn deze meegenomen en hebben zij deze regiovisie beïnvloed?		Dagmar Ambachtsheer, Zuidplas	Deze adviezen zijn meegenomen. In de regiovisie spelen deze - voor zover van toepassing voor gemeenten - een rol, de rest krijgt in andere documenten die gezamenlijk onderwerp van gesprek zijn tussen samenwerkingsverbanden onderwijs en gemeenten een rol.
6	Hoe is het concept van positieve gezondheid uitgewerkt in deze visie?		Dagmar Ambachtsheer, Zuidplas	In de regiovisie wordt het concept van positieve gezondheid niet verder uitgewerkt. Dit concept biedt juist een gemeenschappelijke taal om met maatschappelijke partners op te trekken. Uitgangspunt is een brede blik op het welzijn van mensen (integrale benadering), eigen regie en benutten van de natuurlijke veerkracht van mensen. Met name in de samenwerking met aanbieders van anders gefinancierde - met name medische - zorg (Zorgverzekeringswet en Wet Langdurige zorg) is dit concept van belang. De focus wordt verlegd van alleen lichamelijke gezondheid naar een breder perspectief over welbevinden. Daarbij spelen juist gemeenten via het sociale domein een belangrijke rol.

7	Afstemming jeugdartsen staat bij lokaal. Waarom niet regionaal?	p. 9 fig 1	Sylvia van de Krol, Waddinxveen	Omdat de lokale toegangen door de diverse gemeenten verschillend zijn georganiseerd, er in de lokale toegang door de gemeenten verschillende keuzes worden gemaakt en de inzet en afstemming van en met de jeugdartsen met lokale toegang en huisartsen daar een direct gevolg van is.
8	Hoeveel plekken beschut wonen zijn er nodig?			Op dit moment zijn er circa 80 plekken beschermd wonen. Bij beschermd wonen is altijd begeleiding op de locatie aanwezig. Hiernaast is er beschut wonen, waarbij wonen en zorg gescheiden zijn en de begeleiding niet altijd aanwezig is, maar wel beschikbaar. Berekend is dat er in de regio 80 plaatsen beschut wonen nodig zijn. Op dit moment zijn er 47 beschikbaar. Naast een uitbreiding van het aantal plaatsen is ook een betere spreiding over de gemeenten gewenst. Hieronder een overzicht van benodigd (bij een evenredige verdeling over de gemeenten) versus huidige aantal plekken beschut wonen : Totaal MH: 81 - 47; Bodegraven-Reeuwijk: 10 - 0; Gouda: 30 - 28; Krimpenerwaard: 20 - 6; Waddinxveen: 10 - 0; Zuidplas: 11 - 13.
9	Vanuit de experttafel zijn signalen bekend dat er veel tijd zit in de discussie welke gemeente de factuur betaalt; lost deze visie dit probleem ook op?			Het principe is dat de gemeente waar de jeugdigen woont, de factuur betaalt. Deze visie biedt op dit punt geen nieuwe kaders ten opzichte van de huidige situatie. In gesprekken met de experttafel zal dit signaal besproken worden.
Nagekomen vragen				
10	Normaliseren in het sociaal domein: Dit is de manier om te zeggen dat de gemeente niet voor elk wissel aan de bak hoeft. Ik zou verwachten dat dit het hoofdverhaal zou zijn: hoe doe je dat? Voor de regionale component: wat betekent dit voor de inkoop? Hoe weten we welke aanbieders de gewenste diensten leveren? Wat is de kwaliteit van die dienstverlening? Hoe kan dat gemonitord worden? Hoe kunnen we sommige aanbieders zover krijgen dat zij meedenken en -doen in deze richting?		Reinoud Doeschot Bo-Re	De regiovisie gaat over de afbakening van de regionale samenwerking, de regionale uitgangspunten en de regionale opgaven voor komende jaren. Hoe dit te realiseren is vervolgens de uitwerking die door de colleges opgepakt wordt na vaststelling van de visie. Een belangrijke keuze voor de periode tot en met 2024 is om geen grote wijzigingen in het stelsel aan te brengen en in te zetten op verbeteringen binnen het huidige stelsel, zoals versterken contractmanagement en samenwerking met de aanbieders. Dit wordt onder andere gedaan door de grootste aanbieders (gezamenlijk verantwoordelijk voor 70-80% van de omzet) ontwikkelplannen op te laten stellen en periodiek de KPI's te bespreken. Daarbij kunt u denken aan doorlooptijden van trajecten, wachtlijsten, recidive, uitstroom en dergelijke. Aanbieders die goede resultaten laten zien kunnen via budgetplafonds een groter aantal cliënten toegewezen krijgen, terwijl aanbieders die niet de gewenste ontwikkeling laten zien te maken zullen krijgen met lagere budgetplafonds. De afbakening van zorg en normaliseren is een terecht punt: dit is een belangrijke opgave. De gemeenten spreken in deze regiovisie af dat ze hiertoe gezamenlijk stappen willen zetten om in de afbakening ook gezamenlijk richting aanbieders op te kunnen trekken. Omdat de toegang tot de ingekochte producten lokaal is, zal er daarnaast vooral lokaal handen en voeten gegeven moeten worden aan het begrip "normaliseren"

11	Midden-Holland zoekt balans tussen het aantal aanbieders, keuzevrijheid en de kwaliteit van de geleverde zorg: Wat betekent dit? Staat hier simpel gezegd dat het aantal aanbieders wordt beperkt, waardoor de keuzevrijheid wordt beperkt en dat dit gedaan wordt op basis van kwaliteitscriteria? Probleem hierbij is dat er niet of nauwelijks zicht is op de kwaliteit van geleverde diensten omdat dit niet systematisch wordt gemeten. Wat is overigens het probleem dat er veel aanbieders zijn Het lijkt me van belang om te differentiëren naar soorten dienstverlening om te kunnen bepalen waar concurrentie nuttig is en waar niet		Reinoud Doeschot Bo-Re	In het vorige kader 'Gebundelde krachten' was keuzevrijheid een belangrijk goed. Dit heeft geleid tot meer dan 200 gecontracteerde aanbieders voor Jeugd en Wmo. We zien nu dat sommige nieuwe aanbieders weinig toevoegen aan het zorglandschap en daarmee ook geen toegevoegde waarde hebben vanuit inwonersperspectief. Wel betekent meer aanbieders ook meer werk in het contractmanagement. De ervaren problemen met het grote aantal aanbieders liggen in het feit dat het voeren van dit soort gesprekken arbeidsintensief is en bij verdere groei van het aantal aanbieders leidt tot een grote versnippering in het zorgaanbod. Het borgen van kennis en ontwikkelen van effectieve interventies komt daarmee onder druk te staan. Daarom is de inzet om het aantal aanbieders niet verder te laten groeien volgens het principe: nee, tenzij van toegevoegde waarde voor het zorglandschap. Op een aantal producten is het zorglandschap nog niet zo dekkend als we zouden willen. We blijven de komende jaren werken met een model met ruim voldoende aanbieders om de keuzevrijheid te garanderen. Door het bespreken van KPI's met aanbieders wordt meer zicht en sturing verkregen op de kwaliteit van de dienstverlening. Uiteraard wordt daarbij gedifferentieerd naar type product. Ook kan bij producten met veel aanbieders overwogen worden de kwaliteitseisen te verhogen, wat kan resulteren in minder aanbieders, maar wel betere dienstverlening aan de inwoners.
12	Zo leiden veranderingen of bezuinigingen op Wlz-gefinancierde voorzieningen bijvoorbeeld tot extra druk op Wmo-voorzieningen: Graag een concreet voorbeeld hiervan. Overigens zijn er veel misverstanden over de WLZ. Iemand heeft recht op de Wlz als die persoon blijvend is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Dat betekent dat iemand niet alleen kan worden gelaten. Daarnaast staat vast dat dit voor de rest van zijn leven zo is.			Een concreet voorbeeld is de hogere bijdrage voor de Wlz in vergelijking met de Wmo. Dit kan inwoners er van weerhouden een indicatie voor de Wlz aan te vragen. Evenals de 'zorgval' die soms optreedt doordat men in de Wlz minder uren hulp krijgt dan op de Wmo-beschikking.
13	Op deze pagina staat omschreven dat het afschalen van zorg vaak niet lukt omdat lichtere vormen minder beschikbaar zijn en/of bepaalde aanbieders afschaling belemmeren vanwege financiële prikkels. In hoeverre is het mogelijk om de aanbieders die daadwerkelijk belemmeren aan te pakken? Bijvoorbeeld door het geven van een boete of het stoppen met een contract? Sommige aanbieders doen ook aan upcoding. Wat zijn de plannen om dit te voorkomen? En hoe worden aanbieders aangepakt als er sprake is van upcoding? In Gouda hebben wij het tijdens onze nota 'iedereen kan meedoen' gehad over starten op de juiste trede in plaats van trap op trap af. Hierdoor krijgt de hulpbehoevende direct de juiste hulp en, zo is de theorie, lopen we ook minder kans dat de problemen erger worden. In de visie wordt veel gesproken over op- en afschalen. Wordt daarmee een trap op trap af systeem bedoeld? Of vindt het op- en afschalen pas plaats als er op de juiste trede is gestart?	Pagina 16, vervolg paragraaf 4.2.1	Bo Boxma, Gouda	Via de budgetplafonds worden prikkels ingebouwd om afschaling en verbetering van de kwaliteit te borgen. Het uitgangspunt is de juiste zorg op het juiste moment. Dus geen trap op of trap af systeem. Met op- en afschalen wordt bedoeld dat als op een bepaald moment in het traject duurdere of lichtere zorg nodig is, dat ook tijdig gerealiseerd wordt. Zodat niet onnodig lang een dure behandeling ingezet wordt, terwijl begeleiding voldoende is of andersom. Het gaat niet alleen om verschuiving tussen licht en zwaar, maar inzet van de juiste interventie. In termen van zwaarte kan dat een gelijkwaardige interventie zijn, maar met een ander doel of aanpak.
14	Onder 'Afbakening is nodig om de zorg en ondersteuning beschikbaar te houden voor wie dat nodig heeft': Wat wordt bedoeld met het 'opstellen van een regionaal kader gebruikelijke hulp'? Kunt u beter uitleggen wat er wordt bedoeld met 'zinnige hulp'? is er dan ook 'onzinnige hulp'?	Pagina 18, 4.3	Bo Boxma, Gouda	Zinnige hulp is hulp die bijdraagt aan het bereiken van de geformuleerde doelen. In plaats van 'onzinnige hulp' is het beter te spreken over minder effectieve hulp, deze levert geen of een zeer geringe bijdrage aan die doelstellingen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn in de duur van een traject of als aan bepaalde basisvoorwaarden niet is voldaan. Op dat moment kan (voortzetten) van een behandeling of begeleiding in sommige situaties als 'onzinnige hulp' aangemerkt worden. Doel is om samen met aanbieders, ketenpartijen en cliëntenorganisaties scherper in beeld te krijgen wanneer dit het geval is. Met een kader gebruikelijke hulp wordt invulling gegeven aan de afbakening en normalisering die wenselijk is. Dit is ook een van de adviezen in het AEF-rapport. In de regiovisie geven gemeenten aan dat zij samen willen optrekken en daarmee ook richting aanbieders en ketenpartijen een gezamenlijke koers willen inzetten.

15	Kunt u deze zin uitleggen: "Deze spanning tussen normalisering aan de ene kant en de wens tot vroegsignalering (preventie) aan de andere kant is het continue balanceren om de betaalbaarheid en solidariteit van het stelsel te behouden"? Kunnen niet zowel normalisering als vroegsignalering een kostenbesparing opleveren? Als je immers op tijd bent, voordat de problemen groter worden, heb je ook minder hulp nodig. Wat heeft deze 'spanning' voor invloed op de inkoop van zorg? Komt deze 'spanning' niet in het speelveld van de gemeente te liggen waarin wij zelf de toegang bepalen en dus kunnen gaan voor de ene, de andere of allebei?		Bo Boxma, Gouda	Het uitgangspunt is de juiste zorg op het juiste moment. Het gaat om de juiste balans. Inderdaad kunnen beide ontwikkelingen een bijdrage leveren. Het risico bij vroegsignaleren is echter ook dat je hulp biedt aan gezinnen die het op eigen kracht ook wel zouden redden. Niet elk klein probleem wordt groot en niet elk groot probleem is klein begonnen en sommige 'problemen' behoren bij het dagelijkse leven. Zowel voor de medewerkers in de toegang, ketenpartners als verwijzers ligt hier dus een grote uitdaging. Vandaar dat een van de uitgangspunten is om de juiste zorg op het juiste moment in te zetten.
16	In het eerste punt staat dat vroegsignalering jeugdbeschermingsmaatregelen kunnen voorkomen. Maar op pagina 18 hebben we het over jeugd ook over normalisering gehad. Wanneer is er dus sprake van normalisering en wanneer vroegsignalering? Wat is de grens?	p. 23, 1e punt	Bo Boxma, Gouda	Vroegsignalering van situaties waar de veiligheid van jeugdigen in het geding is, is van een andere orde dan normaliseren. Bij het eerste is het van groot belang dat zo vroeg mogelijk gesignaleerd wordt en er, samen met ouders, door hulpverlening bekeken wordt welke vorm van ondersteuning gewenst is om de situatie weer veilig te maken. Daarbij kan (en zal) uiteraard ook zoveel als mogelijk uitgegaan worden van 'zo normaal mogelijk' en goed genoeg ouderschap. Bij normaliseren is een veel bredere vraag aan de orde over wat als normaal binnen opgroeien en opvoeden beschouwd kan worden en waar jeugdhulp nodig is. Dit is een grens die niet scherp te trekken is
17	Waar leggen we evt grenzen van maatwerk/zorg op maat? In hoeverre moet het aanbod gedifferentieerd worden? Of kan worden volstaan met een aanbod dat niet echt maatwerk is, maar waaruit iemand wel voldoende van kan leren zonder dat het echt exact op maat is gesneden?		Hans Verkerk, Krimpenerwaard	'Zorg op maat' betekent dat niet uitgegaan wordt van een bepaald aanbod/product maar van de zorgvraag van de client. Het maatwerk wordt in belangrijke mate bij de toegang gedaan; daar wordt een 'arrangement' samengesteld dat aansluit op de doelstellingen in het ondersteuningsplan en daar wordt een passende aanbieder bij gezocht. Voor dit arrangement kan gebruik gemaakt worden van op hoofdlijnen gestandaardiseerde producten. Vervolgens zit het maatwerk ook in de wijze waarin de aanbieder invulling geeft aan zijn of haar dienstverlening. Denk bijvoorbeeld aan het benutten van online mogelijkheden. Inmiddels is hier veel ervaring in opgedaan en voor sommige cliënten is dat juist prettig, terwijl dit voor andere cliënten juist niet helpend is.
18	Contracteren van 200 aanbieders lijkt me echt te veel. En dat is een gevolg van de open house constructie. Moeten we nu ook iets vastleggen over de wijze van aanbesteding? Bijv. door de wijze van verkaveling, of aanbesteding op soort aanbod/integraal aanbod/resultaat? Of via enkele hoofdaannemer of consortia? Met onderaannemers? En waar leggen we de risico's?		Hans Verkerk, Krimpenerwaard	In deze regiovisie worden hierover geen nieuwe keuzes gemaakt voor de periode 2021-2024: de huidige contracten lopen tot en met 2024. De voorbereidingen voor een nieuwe inkoop worden opgestart in 2022, daarin zullen we met de raden optrekken om keuzes te maken voor de periode vanaf 2025.
19	Kunnen we hier ook iets opnemen over kleinschalig/wijkgericht werken in de lokale situatie? En hoe laten we deze werkwijze goed op elkaar aansluiten als er ook bovenregionaal werkende aanbieders of GI's participeren in het zorgaanbod?	p. 10	Hans Verkerk, Krimpenerwaard	De (bovengerionaal) werkende GI's hebben de lokale aansluiting de afgelopen jaren al gevonden door vanuit de uitvoering o.a. aan te sluiten bij de lokale teams, zodat een verbinding gemaakt kan worden naar de lokale situatie. Verschillende aanbieders die (ook) bovenregionaal werken hebben wel locaties in de regio. Dit zal niet altijd in iedere gemeenten zijn, wat niet wil zeggen dat ze geen aansluiting kunnen vinden met lokaal aanbod.

20	Overleg OOGO wat bespreekt met hierover lokaal en wat regionaal?	p. 13	Hans Verkerk, Krimpenerwaard	Het OOGO is een regionaal bestuurlijk overleg met de samenwerkingsverbanden onderwijs van het primair en voortgezet onderwijs, en MBO. Hier wordt gesproken over alle zaken die te maken hebben met passend onderwijs. Lokale onderwerpen moeten gemeenten lokaal implementeren, waarbij het met name over de eigen lokale toegang gaat tot jeugdhulp en de wijze waarop wordt aangesloten op het onderwijs.
21	Wat is het jeugdpreventieteam dat regionaal werkt?	p. 13	Hans Verkerk, Krimpenerwaard	Het Jeugdpreventie Team (JPT, onderdeel van de GGD) werkt intensief samen met de politie vanuit de politiebureaus. Ze komen in actie op basis van politie/zorgmeldingen over jeugdigen die opvallen door overlastgevend en/of (pre)crimineel gedrag. Binnen 48 uur komen ze langs bij de jeugdigen thuis. De zorgmelding is aanleiding om zowel met jeugdigen als ouders in gesprek te gaan en het JPT leidt, daar waar noodzakelijk, jeugdigen door naar zorg. Ze zijn succesvol in het motiveren richting hulp van deze jeugdigen, waardoor erger voorkomen wordt.
22	Er komen account-houdende regio's voor bovenregionale zorgaanbieders: gaat dit alleen over het specialistische aanbod dat bovenregionaal aangeboden wordt? Of gaat dit ook over landelijk werkende zorgaanbieders die alleen maar het 'gewone' lokale maatwerk aanbod bied (maar dus wel vanuit een landelijk of regionaal werkende zorgaanbieder verleend wordt)? Dat laatste zou ik ongewenst vinden, want is immers gewone maatwerk.	p. 14	Hans Verkerk, Krimpenerwaard	Dit heeft betrekking op specialistische (bovenregionaal en/of landelijk) zorgaanbod dat veelal juist niet lokaal beschikbaar is. Dit is overigens niet nieuw, maar al staande praktijk. Op landelijk niveau is dit afgesproken om het decentrale stelsel werkbaar te houden voor deze specialistische aanbieders.
23	Zie ook vraag bij blz 10: hoe zorg je ervoor dat de lokale werkwijze doorloopt als er bovenregionale specialistische zorg geleverd wordt? Bijv. lokaal kleinschalige werkwijze als kenmerk, maar bijv. Gl werkt daar niet aan mee.	p. 17	Hans Verkerk, Krimpenerwaard	Er komt steeds meer aandacht voor aansluiting van juist de meer specialistische vormen van jeugdhulp, die vaak buiten de regio gepositioneerd zijn, met regionaal en lokaal aanbod. Bijvoorbeeld door direct het netwerk van een jeugdige en/of lokale ondersteuning te betrekken. Zoals bij vraag 19 geantwoord is er veel aandacht gestoken de afgelopen jaren in het vinden van aansluiting van de Gl bij het lokale (zorg, preventieve en gemeentelijk) aanbod.
24	Afbakening van zorg is nodig, maar de uitwerking staat hier nog niet. Schuiven we hiermee de echte keuzes nu niet voor ons uit? Bijv. wat zinnige zorg is?	p. 18	Hans Verkerk, Krimpenerwaard	Allereerst is draagvlak vanuit alle gemeentelijke raden nodig om dit proces op te starten en als gezamenlijke opgave te zien. Voor de uitwerking is vervolgens een zorgvuldig traject nodig met aanbieders, ketenpartners en cliënten. Bovendien is het ook van belang om aan te sluiten op hetgeen het Rijk gaat doen in aanscherping van wetgeving en beschikbaar stellen van budget. In diverse gemeenten wordt reeds gewerkt aan het afbakenen van zorg. De toegang tot de regionaal gefinancierde zorg is immers lokaal.
25	Hoeveel ruimte is er om lokaal af te wijken van het regionale kader voor het gebruikelijke hulp bijv. vanuit het domeinoverstijgend bieden van maatwerk?	p. 18	Hans Verkerk, Krimpenerwaard	Dit wordt nadrukkelijk in de uitwerking meegenomen. Ruimte voor lokaal maatwerk, zeker vanuit het domeinoverstijgend kunnen werken is een belangrijk aandachtspunt.
26	Uit divers (toezichts)onderzoek komt naar voren dat er veel meer mogelijkheden zijn om drang te gebruiken in de reguliere hulpverlening, zonder dat meteen een Gl ingeschakeld wordt en zonder dat er sprake is van dwang. Maar dat naast de focus op de hulpvraag van het gezin, ook de focus op het gevaar (vast)gehouden wordt binnen de reguliere vrijwillige hulpverlening?	p. 33	Hans Verkerk, Krimpenerwaard	We richten ons in de regio al een aantal jaren op het voorkomen van jeugdbeschermingsmaatregelen, o.a. door samenwerking van lokale teams met jeugdbeschermers in het vrijwillig kader. De komende jaren gaan we aan de slag met de werkwijze teammodel waarbij de verschillende organisaties vanuit de jeugdbeschermingsketen aan de voorkant samenwerken in 1 team en er zoveel mogelijk samen met het gezin gekeken wordt naar wat er aan ondersteuning in een gezin nodig is, wanneer de veiligheid in het geding is. Daarbij gaan we o.a. zoveel mogelijk uit van duurzame/lange termijn perspectief en transparantie naar ouder, vertrouwen in plaats van wantrouwen en samenwerking in vrijwillig kader.

27	Bij hulpverleners komt het nogal eens voor dat er sprake is van handelingsverlegenheid, bijv bij uitblijvend resultaat of omdat het afschaffen moeizaam gaat of omdat de betreffende cliënt/gezin blijft aangeven dat het niet zonder hulpverlening kan. Dan zie je nogal eens dat er besloten wordt om extra zorg in te zetten ipv af te schalen en te concluderen dat wij deze cliënt/gezin niet kunnen helpen. Niet alles is immers maakbaar in ieders leven. Dit (oneigenlijke) doorverwijzen cq. opschalen leidt ook tot hogere kosten. Hoe kan je er regionaal aan bijdragen om dit te voorkomen?		Hans Verkerk, Krimpenerwaard	Dit is de komende periode een belangrijk punt van gesprek met de zorgaanbieders: wat hebben zij nodig om deze kosten te vermijden en de handelingsverlegenheid te verminderen. Deze vraag is ook onderdeel van het kader gebruikelijke hulp en de het vraagstuk omtrent 'zinnige zorg'
28	"thuisomgeving, dient de specialistische ondersteuning zich te ontwikkelen naar meer ambulante vormen. En ook bij het vormgeven van de lokale sociale infrastructuur zal oog moeten zijn voor deze groeiende groep inwoners met specifieke behoeften." Wat staat hier precies? Graag een toelichting.	p. 6/7	Annemiek Mul, Gouda	In het verleden werd specialistische ondersteuning vooral in een instellingssetting geboden. In het kader van de ambulantisering wordt het mogelijk deze ook steeds meer buiten de instellingssetting te leveren, dit aanbod zal zich nog verder ontwikkelen. Daarnaast vraagt het ook van de lokale sociale infrastructuur 'aanpassingen' zodat deze inwoners ook daadwerkelijk mee kunnen doen. Hierbij kun je denken aan zaken als fysieke toegankelijkheid, maar vaak nog belangrijker ook toegankelijkheid, in de brede zin, voor mensen met minder zichtbare problematiek. Kunnen ze deelnemen aan sportactiviteiten, naar het buurthuis, naar school, boodschappen doen of een ommetje maken? Dit zijn elementen die onder de lokale verantwoordelijkheid vallen, maar wel voorwaardelijk zijn om de verdere beweging te maken naar meer ambulantisering.
29	Overall: Kan dit hoofdstuk concreter, specifieker? • Waar liggen tov de ambities en de doelstellingen de grootste knelpunten en risico's? • Welke strategie wordt voorgesteld om die te tackelen?	hfst 2	Annemiek Mul, Gouda	Hoofdstuk twee beschrijft een visie en uitgangspunten die de gemeenten gezamenlijk delen in het sociaal domein. Concretisering voor de regionale taken wordt gedaan in de volgende hoofdstukken. Het grootste knelpunt en risico ligt op dit moment op het financiële vlak. Hierdoor is continu prioriteren nodig, directe resultaten zijn belangrijk. Vandaar dat ingezet wordt op voortbouwen op de bestaande kaders en daarbinnen aanscherpingen en verfijningen te zoeken.
30	"Haaglanden . Met de regio is een gezamenlijke subsidierelatie voor het Centrum voor seksueel geweld. De ketenveldnorm levensloopfunctie heeft als doel om sluitende afspraken te maken tussen financiers en aanbieders van hulp, begeleiding en behandeling voor mensen met mogelijk gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking" Wat staat hier over samenwerking seksueel geweld. Graag toelichting. Idem over mensen met gevaarlijk gedrag (heet eerst nog verward gedrag)	p.14	Annemiek Mul, Gouda	Deze passage zal verhelderd worden in de regiovisie.
31	4 regio's maakten een gezamenlijk verbeterplan jeugdbescherming: Kunnen de raden dat verbeterplan ontvangen?	p.14	Annemiek Mul, Gouda	In juni 2020 is de raad via een memo reeds geïnformeerd over de inhoud van dit plan.
32	Een onafhankelijke regionale toezichthouder ziet toe op de kwaliteit en rechtmatigheid op grond van de Wmo en Jeugdwet. Wat zijn de kaders voor deze toezichthouder? Waar staan deze beschreven?		Annemiek Mul, Gouda	Zowel bij Wmo als Jeugd wordt in het toetsingskader verwezen naar de wetgeving, basis- en deelovereenkomsten en waar van toepassing de verordeningen van de individuele gemeenten. Het is opgedeeld in een onderdeel kwaliteit en een onderdeel rechtmatigheid en bevat een samenvatting van alle eisen die gelden over de volle breedte aan dienstsoorten verstrekt vanuit de Wmo 2015 of Jeugdwet in de vijf gemeenten. Het toetsingskader is nog in ontwikkeling. Zodra het gereed is wordt dit gepubliceerd op nsdmh.nl.

33	Beperken aantal aanbieders: eventueel een stop voor die producten waar al veel aanbieders voor zijn. Voor welke producten geldt dit?	p.19	Annemiek Mul, Gouda	Op dit moment geldt dit voor alle producten. De inzet is om het aantal aanbieders niet verder te laten groeien volgens het principe: nee, tenzij van toegevoegde waarde voor het zorglandschap. Op een aantal producten is het zorglandschap nog niet zo dekkend als we zouden willen. Voor aanbieders die diensten specifiek leveren voor bepaalde doelgroepen en groepen met een bepaalde cultuur of religie, moet toegang in principe ook mogelijk blijven. Daarbij is het van belang de ontwikkelingen aan de vraagkant te monitoren. Zodraesignaleerd wordt dat de wachttijden aanzienlijk toenemen kan beleid worden heroverwogen. Toetreding is alleen mogelijk in de gevallen dat aanbieders een evidente meerwaarde voor het zorglandschap leveren.
34	Versterken contractmanagement: werken met kpi's en concrete doelstellingen. Maar daaraan vooraf gaat, wat je wil bereiken (maatschappelijk opgave): waar in de visie of het proces wordt dit geconcretiseerd?	p. 19	Annemiek Mul, Gouda	De maatschappelijke opgave in het sociaal domein wordt lokaal geformuleerd. In de regiovisie gaat het om de uitwerking van de taken die regionaal georganiseerd worden.
35	De zorgaanbieders maken een ontwikkelplan voor sturing op regionale doelstellingen. Waar staan die doelstellingen in nota???	p. 20	Annemiek Mul, Gouda	Hier wordt bedoelt aansluiting op de regionale visie en uitgangspunten, die in de praktijk vertaald worden naar KPI's per zorgaanbieder.