

Plan van aanpak stijgende kosten Jeugdhulp

Gemeente Steenwijkerland – 2 mei 2019

Inleiding

Met de komst van de Participatiewet, de Jeugdwet en de nieuwe Wmo (2015) heeft de gemeente Steenwijkerland, net als in andere gemeenten, te maken met grote veranderingen in het sociaal domein. Daarnaast zorgt de invoering van het passend onderwijs voor veranderingen binnen de sluitende aanpak onderwijs en jeugdhulp. Vanaf 2015 heeft de gemeente Steenwijkerland zich vooral gericht op een zorgvuldige invoering van de verschillende decentralisaties op lokaal niveau (transitiefase). In deze eerste fase is het nog niet gelukt om te werken aan de transformatieopgave binnen het sociaal domein. Bovendien zien we dat door de bezuinigingen op de jeugdhulp we financiële risico's lopen. De gemeente Steenwijkerland is in de jaren 2015 t/m 2018 geconfronteerd met fors stijgende kosten voor de jeugdhulp. Van 6,18 miljoen in 2015 naar 10,49 miljoen in 2018. In dit plan van aanpak stijgende kosten Jeugdhulp stellen we maatregelen voor die de kosten in de jeugdhulp moeten stabiliseren en bij voorkeur verminderen.

We ervaren binnen het sociaal domein een probleem dat moeilijk oplosbaar is door soms tegenstrijdige en veranderende belangen. We werken daarom in dit plan van aanpak vanuit de gedachte dat niet één van de partijen beschikt over alle kennis en instrumenten om het probleem op te lossen. Gezamenlijkheid is een voorwaarde. Ook als we succesvol slagen in de hele transformatieopgave, zal de maatschappelijke opgave blijven bestaan, zoals de inzet van maatschappelijke ondersteuning, de begeleiding bij de participatie of de hulp bij opvoedvraagstukken. Bovendien kan het oplossen van een deel van het probleem zorgen voor nieuwe, andere problemen. Zo zal het afschalen van verblijfszorg de vraag naar pleegzorg doen vergroten. Rond het thema en de maatschappelijke opdracht die we met elkaar hebben, cirkelen daarnaast verschillende waarden: alleen al het cultuurverschil tussen zorg/onderwijs of sociaal werk/gemeentelijk toegangsteam is groot. Er zijn allerlei waarden die (van oudsher) zijn ontstaan en die voortkomen uit de wijze waarop naar een probleem gekeken wordt: autonomie van het onderwijs, primaat van de politiek, recht van ouders om de opvoeding vorm te geven, prestaties meten of kijken vanuit het perspectief van positieve gezondheid. Bovendien hangen de thema's binnen het gehele sociale domein sterk met elkaar samen: onderwijsachterstanden hangt samen met thuismilieu en de samenleving die steeds ingewikkelder wordt. Een ander voorbeeld is het verband tussen schuldenproblematiek, spanningen in relaties (scheidingen), overgedragen armoede, etc.. Deze complexiteit resulteert er in dat we beperkte grip op de uitgaven binnen het sociaal domein hebben.

We willen het liefst snelle, effectieve maatregelen nemen om de stijgende kosten binnen de jeugdhulp een halt toe te roepen. Daarnaast willen we zorgvuldige maatregelen nemen om de transformatieopgave vorm te geven. Met dit plan van aanpak kiest het college ervoor om niet alleen op korte termijn te bekijken hoe we een sluitende meerjarenbegroting kunnen organiseren. De voorgestelde maatregelen dienen als aanjager van de transformatie in de jeugdhulp (en het gehele sociaal domein) en om meer inzicht en grip te krijgen op de stijgende kosten. We zoeken een antwoord op de vraag hoe we de jeugdhulp toekomstbestendig kunnen maken zonder in te boeten op kwaliteit van zorg, ondersteuning of dienstverlening. Het resultaat is een houdbaar lokaal stelsel voor zorg, ondersteuning en begeleiding. Het primaire uitgangspunt is passende ondersteuning voor elk kind in Steenwijkerland. Dit plan van aanpak is gericht op het krijgen van grip op de kosten en niet primair op een kostenbesparing.

De maatregelen in dit plan van aanpak komen voort uit de analyse stijgende kosten jeugdhulp 2018. Momenteel worden er ook voor de WMO en de Participatiewet gelijksoortige analyses naar de kosten uitgevoerd. We gaan de verschillende analyses met elkaar verbinden en op zoek naar inhoudelijke schakelpunten in de jeugdhulp, de WMO, de participatiewet en het passend onderwijs. We realiseren ons dat de wetten in grote mate met elkaar in verbinding staan. Het plan van aanpak Jeugdhulp bevat zeven maatregelen. De eerste zes maatregelen zijn concrete interventies die we

direct kunnen inzetten. Maatregel 7 is een transformatieakkoord, welke we willen afsluiten met de jeugdhulpsector (zorgaanbieders, gecertificeerde instellingen, sociaal werk). Binnen dit akkoord proberen we alle maatregelen met elkaar te verbinden.

1. Samenwerking met de huisartsen versterken

Inwoners kunnen bij het gemeentelijke toegangsteam een beschikking ontvangen voor (tweedelijns) jeugdhulp. Er zijn ook verwijzingen mogelijk via de huisarts of een gecertificeerde instelling (GI). Als een jongere via de huisarts of een GI wordt doorverwezen naar jeugdhulp is de gemeente verplicht om een beschikking af te geven. De gemeente kan in principe geen invloed uitoefenen op de inhoud van de beschikte zorg. We zien dat 35 procent van de zorg wordt beschikt door de jeugdconsulenten van de gemeente en dat (nog) 65 procent van de jongeren verwezen wordt door de huisarts of een GI. We zien dat de verwijzingen voor de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen een andere verhouding kent. Hiervan verloopt 95 procent via de verwijzer (huisarts).

Een viertal huisartsenpraktijken (met 5 locaties) heeft een praktijkondersteuner. Deze praktijkondersteuner is een GGZ-specialist die bij de huisarts spreekuren houdt en de doorverwijzingen naar de GGZ beperkt. Uit de evaluatie van de praktijkondersteuner bij de huisarts concluderen we dat 75 procent van de kinderen binnen de huisartsenpraktijk wordt geholpen en niet wordt doorverwezen naar de tweedelijns GGZ-zorg. De cijfers uit de analyse jeugdhulp 2018 ondersteunen deze conclusie. Juist de lichte GGZ-zorg kan door de praktijkondersteuner worden ondervangen. De kosten voor de lichte GGZ-zorg zijn van 2017 op 2018 gedaald met 96 procent (van € 497.878 naar € 19.425). Hierbij moet aangetekend worden dat door de nieuwe inkoopsystematiek er een verschuiving heeft plaatsgevonden van de lichte GGZ naar het midden segment. Sindsdien wordt er nog nauwelijks vanuit het lichte segment zorg gedeclareerd.

Bij een uitvraag bij Accare (GGZ-aanbieder met de meeste omzet in Steenwijkerland) bleek dat een deel van de cliënten in de GGZ alleen medicatiecontrole krijgt (adhd, autisme). Deze vraag wordt ook vaak gesteld aan Accare vanuit andere zorgaanbieders (zoals Auti-Start of de huisarts). De reden hiervoor is dat huisartsen de medicatiecontrole de expertise vinden van de psychiater of geen medicatiecontrole willen uitvoeren vanwege de complexiteit en/of zij ervaren een gebrek aan expertise. Er zit een verschil tussen het tarief voor medicatiecontrole bij de medisch specialist (GGZ) en bij de huisarts. In sommige situaties zou de POH-er de medicatiecontroles ook kunnen ondervangen.

Wat gaan we doen?

1. We versterken de samenwerking met de huisartsen. Als gemeente hebben we geen formele sturingsinstrumenten. Bovendien zijn huisartsen een relatief autonome beroepsgroep. De gemeente heeft de ambitie om nauwere afstemming te zoeken met de huisartsen om zodat er meer gebruik gemaakt kan worden van elkaars expertise. Door elkaars kennis en kunde te vergroten is het wellicht mogelijk om vanuit gezamenlijk vastgestelde uitgangspunten het jeugdhulpbeleid vorm te geven. Hierbij kan gedacht worden aan minder medicaliseren, aansluiten bij de jongere, zo nabij mogelijke zorg, etc. Van belang is daarom de samenwerking met de huisartsen te versterken. Het gaat om basiswaarden als: vertrouwen, elkaar kennen, duidelijkheid over ieders rollen en verantwoordelijkheden, begrip en respect en evaluatie van de samenwerking. Er zijn met jeugdbescherming en het onderwijsveld in Steenwijkerland halfjaarlijks (thema)bijeenkomsten waar de professionals kennis en kunde uitwisselen of elkaar op informele basis ontmoeten. We ambiëren om eenzelfde uitwisseling met de huisartsen tot stand te brengen. Daarnaast besteden we aandacht aan huisartsen in casusbesprekingen en in ondersteuningsplannen. We maken duidelijke samenwerkingsafspraken.
2. We ontwerpen een monitoringssysteem waarmee we beter inzicht krijgen in het aantal verwijzingen naar de GGZ-tweedelijnszorg (per individuele huisarts).

3. We continueren de huidige praktijkondersteuners bij de huisarts en zetten maatregelen uit om het aantal praktijkondersteuners uit te breiden. Het doel is bij alle huisartsen de inzet van een praktijkondersteuner te organiseren.
4. We brengen de medicatiecontrole getemporeerd naar de huisartsen.

2. Verminderen 24-uurs zorg (verblijf)

De zorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) heeft in 2018 de grootste stijging van de kosten van de jeugdhulp veroorzaakt. Naast een beperkte stijging van het aantal jongeren zijn met name de kosten per trajectdag fors gestegen (+ 31,5 procent). We concluderen dat een relatief klein aantal jongeren een grote impact op de kosten heeft. Het gaat in bijna alle situaties om jongeren die 24 uur per dag bij een zorgaanbieder verblijven. Het gaat om trajecten bij Trias, Auti-Start, Stichting Ambiq, Omega Groep en Pluryn. In 2018 hebben 106 jongeren gebruik gemaakt van 24-uurs verblijf zorg en 74 jongeren woonden in een pleeggezin. Acht jongeren maakten van beide zorgvormen gebruik in 2018 (sprake van op- of afschalen). Uit de analyse van het RSJ bleek dat de gemeente Steenwijkerland relatief meer duurdere zorg verleend (11 procent ten opzicht van de regio met 8 procent). In Steenwijkerland maken we meer gebruik van verblijfszorg én dure ambulante trajecten. Bovendien heeft Steenwijkerland meer Jeugdzorg Plus en zorg met verblijf (GGZ-C). Binnen dit thema zetten we in op een aantal oplossingsrichtingen. Over deze oplossingsrichtingen gaan we in gesprek met de zorgaanbieders. Om onze doelen te behalen zijn wij in grote mate afhankelijk van de bereidwilligheid en inzet van zorgaanbieders. We zien een gezamenlijke verantwoordelijkheid met de gehele jeugdhulpsector voor het realiseren van onze transformatiedoelen. Dat is een complexe uitdaging en vraagt een zorgvuldig en gezamenlijk proces.

Wat gaan we doen?

5. We zetten in op het voorkomen en afschalen van verblijfszorg. We werken langs drie sporen:
 - o We voorkomen instroom in de 24-uurs verblijfszorg. We hanteren het uitgangspunt dat kinderen in Steenwijkerland opgroeien in een zo gewoon mogelijke situatie. Dat betekent dat wanneer een kind niet thuis kan blijven wonen we op zoek gaan naar een situatie die zoveel mogelijk op een gezinssituatie lijkt. We zetten in op minder jongeren in een verblijfsomgeving en meer pleegzorg en gezinshuizen. Naast het huidige aanbod voor pleegzorg gaan we op zoek naar nieuwe vormen van zorg, bijvoorbeeld pleegzorg plus (pleegzorg voor jongeren met complexere problemen, die specifieke inzet vragen van pleegouders) of steunouders. We faciliteren pleegouders maximaal, zodat ook jongeren met complexere problematiek in een pleeggezin kunnen worden opgevangen. We sluiten daartoe een Pleegzorg Pact met aanbieders en faciliteren en stimuleren gezinshuizen in onze gemeente. Gezinshuizen zijn goed voor kinderen die niet in een gezin kunnen wonen en die vaak hechtingsproblemen hebben. In een gezinshuis kunnen ze langdurig verblijven en hechten aan gezinsouders. Hiermee voorkomen we dat jongeren van verblijfsplek naar verblijfsplek gaan.
 - o We bevorderen doorstroom (afschaling) binnen de 24-uurs verblijfszorg. Zorgaanbieders hebben niet altijd een goed beeld van de mogelijkheden om verantwoord af te schalen door het ontbreken van zicht op de voorzieningen op lokaal niveau. Tijdens de gebruikelijk evaluatiemomenten met zorgaanbieders wordt het afschalen van zorg wel besproken. In de samenwerking of de werkwijze moeten vaste momenten worden ingebouwd om met elkaar dieper door te spreken over afschaling van zorg of over het op een andere manier vormgeven van de jeugdhulp. We spreken af dat zorgaanbieders een perspectiefplan schrijven als een jongere de leeftijd van 16 jaar bereikt. Dit perspectiefplan is een dynamisch document die op alle levensgebieden het perspectief en de wensen en behoeften van de jongere beschrijft. In dit plan wordt er met de jongere nagedacht over het perspectief op de verschillende levensgebieden (wonen, inkomen, zorg, onderwijs, vrijetijdsbesteding, etc.). Bij voorkeur wordt er in het perspectiefplan aangesloten bij de levensdomeinen van positieve gezondheid. In samenwerking met zorgaanbieders maken we harde afspraken om door- en uitstroom uit de 24-uurs verblijfszorg te realiseren.

- o We bevorderen uitstroom uit de 24-uurs verblijfszorg. Het hiaat is 'wonen' voor jeugdige uitstromers uit jeugdhulp. Jongeren blijven te lang in (dure) jeugdhulp omdat ze geen plek hebben om te wonen. We streven naar voldoende (aangepaste) woonvormen. We stemmen de vraag en het aanbod beter op elkaar af. Voor de instroom van begeleid of beschermd wonen is er een gemeentelijk onderzoek geweest, waarmee de kwantitatieve behoefte aan woningen in kaart zijn gebracht voor jongeren die kunnen of moeten uitstromen uit de jeugdhulp. Hier ligt een belangrijke verbinding met de WMO (beschermd wonen). Er moeten harde afspraken gemaakt worden met de woningbouwcorporaties in de prestatieafspraken. Specifieke aandacht verdient het gebrek aan vervolgvoorzieningen na de jeugdzorg plus. Uit recent onderzoek¹ blijkt dat minimaal 10 tot 20% van de jongeren langer dan noodzakelijk in jeugdzorg plus verblijft.
- 6. We gaan sturen op de verwijzingen en de zorg die bepaald wordt door de gecertificeerde instellingen (GI's). In gesprek met de gecertificeerde instellingen maken we afspraken over de verwijspatronen. Jeugdbescherming heeft reeds aangegeven dat niet altijd de meest passend zorg voor handen is (in verband met wachtlijsten). We brengen de jeugdbescherming nog dichter op de toegang om meer grip te krijgen op de doorverwijzing en de inzet van jeugdhulp via de GI.
- 7. We introduceren een extra toetsing bij crisissituaties (na drie maanden). De reflex is dat bij een crisissituatie rondom een jeugdige er opeens veel zorg om de jongere wordt georganiseerd. Dat is in eerste instantie vaak nodig. Vervolgens loopt de hoeveelheid van zorg wel maanden door. We gaan drie maanden na de crisis toetsen of de hoeveelheid aan zorg nog nodig is. In de praktijk betekent dit dat bij een crisisplaatsing beschikkingen voor een kortere periode worden afgegeven.

3. Analyse langdurige zorg

Een relatief groot deel van de jongeren zijn sinds 2015 in zorg. In 2015 zijn er 613 jongeren ingestroomd, die in 2018 nog steeds in zorg zijn (39 procent). De kosten van deze jongeren nemen elke jaar in zijn geheel enorm toe. In 2015 waren de gezamenlijke kosten voor deze 238 jongeren € 895.304. In 2018 waren de kosten gestegen tot € 3.921.882. De leeftijd van deze jongeren varieert van 3 jaar tot 19 jaar. We zien wel dat de nadruk van de kosten ligt binnen de leeftijdscategorie van 14 jaar tot 18 jaar. Er zijn hiervoor allerlei verschillende hypothesen denkbaar: 1) jongeren die ouder worden brengen ook meer kosten met zich mee 2) zorgaanbieders blijven doorbehandelen ondanks dat resultaten niet worden behaald of 3) doordat jongeren in zorg komen, worden ook andere beperkingen gesignaleerd die vervolgens ook behandeld worden. We zien dat een relatief groot deel van de kosten van deze jongeren onder de categorie LVB wordt geschaard. Het beeld dat rondom de jeugdhulp bestaat - dat wanneer je eenmaal in de jeugdhulp zit, je er nooit meer uitkomt - wordt door deze cijfers bevestigd.

Wat gaan we doen?

- 8. We analyseren de 'klantreis' van deze 238 jongeren en onderzoeken de daadwerkelijke redenen waarom jongeren lang in de jeugdhulp doorbrengen. Deze analyse raakt naar verwachting aan de interventies die we voorstellen bij het verminderen van de 24-uurszorg en het verminderen van het aantal zorgintensieve jongeren.
- 9. We maken afspraken met elkaar wanneer de jeugdhulp 'goed genoeg' is. We spreken met elkaar af aan welke voorwaarden voldaan moet worden om een jongere voldoende mogelijkheden te geven om zich te ontwikkelen en zich staande te houden in de samenleving. We richten ons op het normaliseren van de situatie (zie ook bij maatregel 7: preventie jeugdhulp vergroten). Daarbij hoort ook het invoeren van een maximale behandelduur. We blijven niet jaar na jaar doorbehandelen voor een beperkt resultaat. We kijken ook naar het formuleren van duidelijke, haalbare resultaten (die duidelijk getoetst kunnen worden).

¹ Rapport: 'Geef nooit op, gebrek aan vervolghulp JeugdzorgPlus – december 2018 – Sophie Hospers coaching en advies'

4. Aantal zorgintensieve jongeren verminderen

In 2018 zien we een aantal zorgintensieve jongeren die verantwoordelijk zijn voor een aanzienlijk deel van de kosten in de jeugdhulp. De tien meest zorgintensieve jongeren vertegenwoordigen 14,3 procent van de zorg. Opvallend is dat deze tien jongeren allemaal al vóór 2018 in zorg waren. Zeven van hen, waren dat ook al in 2015. Daarnaast zien we dat 43 jongeren meer dan € 50.000 op jaarbasis kosten. Van hen waren er slechts 5 gestart in 2018 en maar liefst 23 al in 2015.

Wat gaan we doen?

10. We maken een verdiepende analyse op casusniveau (gevalsstudie) van de twaalf jongeren die in 2018 meer dan een ton per jaar kosten. Per casus bekijken we (op productniveau) de zorg die deze jongeren hebben ontvangen tussen 2015 en 2018. Terugkerende (kostenopdrijvende) patronen doorbreken we.
11. We toetsen de 43 zorgintensieve jongeren aan de instroomcriteria van de Wet langdurige zorg (Wlz). We geven geen beschikkingen meer af, als een jongere toegang krijgt tot de Wlz. De hypothese is dat een groot deel van de zorgintensieve jongeren onder de doelgroep LVB valt. In bepaalde situaties zouden zij aanspraak kunnen maken op de Wlz (jongere heeft blijvend, levenslang zorg nodig, jongere heeft permanent toezicht of 24 uur zorg in nabijheid nodig en de zorg is met name vanwege een verstandelijke of zintuiglijke beperking). Meer dan de helft van deze 43 jongeren is al sinds 2015 in zorg en komt mogelijk uit de AWBZ-regeling.

5. Verlengde jeugdhulp beperken

In 2018 is er aan 27 jongeren ouder dan 18 jaar zorg geleverd vanuit de jeugdwet. In totaal gaat het om een bedrag van € 322.497. In principe wordt er geen verlengde jeugdhulp afgegeven in Steenwijkerland. Voor twee vormen van jeugdhulp gebeurt dit wel, omdat deze zorgvormen niet bestaan in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat hier om pleegzorg en jeugdreclassering. Deze vormen van jeugdhulp voor jongeren ouder dan 18 jaar kostten in 2018 gezamenlijk € 37.244. Er wordt dus bijna twee ton zorg bekostigd vanuit de jeugdwet, die ook voorhanden is in andere zorgwetten. Dit kan als oorzaak hebben dat 24-uurs verblijfszorg doorloopt, omdat deze zorg (nog) niet beschikbaar is in de WMO (i.v.m. wachtlijsten) of niet tijdig is aangevraagd. Om de continuïteit voor een jongere te waarborgen wordt de jeugdhulp daarom verlengd.

Wat gaan we doen?

12. We geven in principe geen beschikkingen meer af voor jeugdhulp voor jongeren ouder dan 18 jaar, waarbij een uitzondering wordt gemaakt voor pleegzorg en jeugdreclassering.
13. De huidige verlengde jeugdhulp die ook beschikbaar is in andere wetten, wordt zo veel als mogelijk per direct omgezet naar de volwassenvariant.
14. In samenwerking met zorgaanbieders maken we harde afspraken om door- en uitstroom uit de 24-uurs verblijfszorg te realiseren (zie ook maatregel 2).

6. Preventie jeugdhulp vergroten

Opvallend is dat de aandacht binnen de jeugdhulp uitgaat naar de samenwerking met de zorgaanbieders (tweedelijnszorg). Het overgrote deel van het budget van jeugdhulp gaat naar de zware zorg voor ongeveer 10 procent van de jongeren in Steenwijkerland. We investeren veel minder op de preventieve jeugdhulp, terwijl we daarmee op termijn juist de zwaardere zorg zouden kunnen voorkomen en veel meer Steenwijkerlandse jongeren kunnen bereiken.

Wat gaan we doen?

15. We ontwikkelen een effectieve aanpak voor het ontzorgen en normaliseren van problemen in gezinnen. We beïnvloeden de verhouding tussen de preventieve jeugdhulp en de tweedelijns jeugdhulp. Een deel van de kwetsbare gezinnen – waarbij de balans tussen draaglast en draagkracht uit verhouding is – heeft behoefte aan ondersteuning die gericht is op het ontzorgen van dagelijkse opvoedproblemen en het (weer) zelfstandig kunnen organiseren van het gewone dagelijkse leven. Dat hoeft nadrukkelijk geen zware zorg te zijn, maar ondersteuning dichtbij huis vanuit de mogelijkheden in het gezin². We investeren – in samenwerking met Sociaal Werk de Kop – in deze vorm van (lichte) ondersteuning rondom kwetsbare gezinnen. We gebruiken hierbij de inzichten vanuit positieve gezondheid (van Machteld Huber). Daarnaast onderzoeken we of maatschappelijke werkers kunnen worden ingezet binnen de scholen die in gebieden liggen met een lagere sociaal economische status en/of die in gebieden liggen waar een grote beroep wordt gedaan op de jeugdhulp (in plaats van de huidige KIK-structuur).

7. Transformatieakkoord

Binnen de gemeente Steenwijkerland hebben we met een aantal zorgaanbieders een (zeer) intensieve samenwerking. Ondanks dat we in Steenwijkerland werken met een duidelijke transformatievisie zien we dat dit weinig effectiviteit heeft op de daadwerkelijke transformatie die we voor ons zien in de jeugdhulp. Als gemeente betrekken we onze zorgaanbieders bovendien nauwelijks bij onze transformatiegedachten. Binnen het onderwijsachterstandenbeleid doorlopen we op dit moment een traject met alle maatschappelijke partners om gezamenlijk te zoeken naar succes-strategieën om jongeren met voldoende vaardigheden van school te laten komen om hen zo zelfstandig mogelijk aan de samenleving te kunnen laten deelnemen. We ervaren in de jeugdhulp in samenwerking met de zorgaanbieders eenzelfde type probleem dat moeilijk oplosbaar is door soms tegenstrijdige en veranderende belangen.

Wat gaan we doen?

16. We stellen met een aantal voor de gemeente Steenwijkerland belangrijke zorgaanbieders een akkoord op over de gezamenlijke transformatie in de jeugdhulp. Van belang hierbij is dat we erkennen dat niet één van de partijen beschikt over alle kennis en instrumenten om het probleem op te lossen (gezamenlijkheid is een voorwaarde). Ook als we succesvol slagen in de hele transformatieopgave, zal de maatschappelijke opgave blijven bestaan, zoals de inzet van maatschappelijke ondersteuning, de begeleiding bij de participatie of de hulp bij opvoedvraagstukken. Dit traject vraagt om vertrouwen en openheid over ieders belangen. We starten het traject met alle zorgaanbieders met een omzet van boven de € 200.000. Over 2018 geldt dit voor 11 zorgaanbieders. We betrekken ook de gecertificeerde instellingen bij dit traject. Het uitgangspunt is dat we de belangen van de verschillende zorgaanbieders samenbrengen. We verwachten dat in het akkoord aandacht is voor de volgende onderwerpen: kennisdeling, normaliseren, invulling van het inkoopmodel op lokaal niveau, stapeling van zorg, op- en afschalen van zorg, doorlooptijden van trajecten, preventieve jeugdhulp, doorgaande zorglijnen, logistiek beraad tussen gemeente en aanbieders, etc.

8. Overige mogelijkheden

Er zijn nog tal van mogelijkheden voor interventies binnen de jeugdhulp, die voor de gemeente Steenwijkerland effectief en doelmatig kunnen zijn. We richten ons in eerste instantie op bovenstaande maatregelen. Daar bekijken we of onderstaande interventies een bijdrage kunnen leveren aan een kwalitatieve en doelmatige jeugdhulp in Steenwijkerland.

² Rapport 'Ontzorgen en normaliseren – naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg – december 2012 – Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling'

- o Het ontwikkelen van een sluitende aanpak voor jongeren die 18 jaar worden op alle levensgebieden (werk, onderwijs, zorg, ondersteuning, justitie etc.). Er wordt een adequaat steun- en hulpaanbod georganiseerd voor jongeren van 18 t/m 23 jaar.
- o Het introduceren van het JIM-project in Steenwijkerland (Jouw Ingebrachte Mentor)
- o Een pilot starten rondom vrijwillige jeugdreclassering (in verband met schoolverzuim)
- o Het ontwikkelen van een aanpak rondom complexe scheidingen
- o Doorlichten van het gehele systeem
- o Etc.