

Kapstok Ambulant segment 4 NL

De regio Noord-Limburg (7 gemeenten samen met de MGR) heeft het jeugdhulplandschap opgedeeld in 4 segmenten:

1. Jeugdhulp met verblijf en ambulante alternatieven
2. Wonen
3. Dagbesteding/dagbehandeling
4. Ambulant

Onder segment 4 Ambulant vallen diverse ingekochte hulpvormen¹:

- Ambulante hulp (niet zijnde GGZ)
 - Perspectief 1
 - Perspectief 2
 - Duurzaam
- GGZ
- Vaktherapie

Voor al deze hulpvormen samen zijn in totaal tussen de 70 en 80 aanbieders gecontracteerd.

In de contracten is opgenomen dat Opdrachtgever (de regio Noord-Limburg) en Opdrachtnemers (alle aanbieders met één of meerdere contracten voor bovenstaande hulpvormen) samenwerken aan ontwikkeldoelen en het ontwikkelpotentieel. Daar waar we als regio naartoe willen groeien met het jeugdhulplandschap, specifiek voor het segment ambulant. Uitgangspunt is dat partijen dit gezamenlijk als partners oppakken.

Ontwikkelgesprek Ambulant

2x per jaar vindt daarom het Ontwikkelgesprek Ambulant plaats: Een moment waarop Opdrachtgever en Opdrachtnemers (alle gecontracteerde aanbieders) samenkomen om aan de ontwikkeldoelen en het ontwikkelpotentieel te werken. Echter, met +/-75 partijen ontwikkelen is lastig. Daarom hebben we de volgende hoofddoelen gesteld voor het Ontwikkelgesprek Ambulant:

- Elkaar ontmoeten en verbinden
- Informeren over ontwikkelingen binnen het segment Ambulant of zaken die het segment raken
- Toetsen van voorstellen die uit de Kopgroep komen

Kopgroep Ambulant

Gezien het grote aantal aanbieders is er gekozen om een Kopgroep Ambulant op te richten: Een kleinere groep vertegenwoordigers van Opdrachtgever en Opdrachtnemers, die samen de volgende opdracht hebben gekregen:

De Kopgroep Ambulant is de kartrekker van de inhoudelijke ontwikkeling van het segment Ambulant, namens het Ontwikkelgesprek Ambulant. Zij zijn een vertegenwoordiging van alle gecontracteerde aanbieders in het Ontwikkelgesprek Ambulant. Zij doen voorstellen aan de Ontwikkelgroep Ambulant.

Werkgroepen

Onder de kopgroep werken een aantal werkgroepen thema's uit. Dit kunnen kortere en langere termijnthema's zijn. Elke werkgroep heeft een trekker en werkt aan een specifieke opdracht. Zij doen voorstellen aan de Kopgroep Ambulant.

¹ Dyslexie is ook onderdeel van segment 4, maar valt niet binnen de scope van de Kopgroep ambulant.

Hoe verhouden het ontwikkelgesprek, de kopgroep en werkgroepen zich tot elkaar?



De gezamenlijke opdracht van opdrachtgever en gecontracteerde aanbieders segment 4, ambulant

De gezamenlijke opdracht waarvoor we als opdrachtgever en opdrachtnemer vanuit partnership voor staan:

A) Overkoepelende strategische doelen voor de jeugdhulpverlening:

- We bevorderen de zelfredzaamheid, eigen kracht en positieve gezondheid.
- We versterken de vitale gemeenschappen, als basis van onze samenleving.
- We bieden snelle en passende hulp aan inwoners die het op eigen kracht niet redden

B) Hergeformuleerde opdracht door kopgroep ambulant, op basis van ontwikkelpotentieel uit de aanbestedingsleidraden

Beschikbaarheid: De zorg qua capaciteit en continuïteit beschikbaar hebben en houden voor jeugdigen (en gezinnen) die dit nodig hebben.

Onderdeel van de opdracht is tevens het behouden van het personeel voor de sector waarmee we het integrale aanbod kunnen verwezenlijken. Continuïteit van personeel is een belangrijke voorwaarde om samen te leren, te ontwikkelen en wachtlijsten te verminderen. Behoud van personeel dient een belangrijk onderdeel te vormen van de contracten (verlaging administratieve last, toenemende kosten, regeldruk etc). Het is daardoor waardevol om behoud van voldoende personeel als onderdeel te zien van bovengenoemde gezamenlijke opdracht.

Dit doen we op basis van de volgende ontwikkeldoelen:

1. Opdrachtgever en opdrachtnemer werken obv partnership aan het continue verbeteren en optimaliseren van processen binnen het huidige systeem. Daar waar wijzigingen nodig zijn ter optimalisatie wordt dit gezamenlijk onderzocht en opgepakt. (de huidige zorg beschikbaar hebben en houden).
2. Werkgroep arbeidsmarktkrapte/wachtlijsten? (de maatschappelijke zorgcapaciteit beschikbaar houden)

Kwaliteit: Verbeteren van de kwaliteit van zorg, wat leidt tot meer succesvolle trajecten.

Beheersbaarheid: Verminderen van de kwantiteit (minder instroom, snellere doorstroom en uitstroom, terugdringen zwaarte van zorg) en daarmee de cijfermatige en financiële trends terugdringen/keren.

Instroom: Het aantal jeugdigen (en hun gezinnen) binnen gespecialiseerde jeugdhulp verkleinen door het stimuleren van de inzet van het eigen ondersteuningsnetwerk van de jeugdigen volgens het normaliseringsuitgangspunt en waar dit onvoldoende is een integraal aanbod van gespecialiseerde ambulante jeugdhulp inzetten, waarbij kritisch wordt gekeken wat echt nodig is en voor welke tijdsduur.

Doorstroom, uitstroom en zwaarte van zorg: De doorlooptijd van een jeugdige (en gezin) binnen gespecialiseerde jeugdhulp wordt verkort door het vergroten van de kwaliteit van zorg (continue doorontwikkeling en innovatie), betere samenwerking tussen aanbieders (onderling), voorliggend veld en verwijzers en tussentijdse evaluaties van de effectiviteit en efficiëntie van zorg en daarop bijsturen. Hierdoor kunnen jeugdigen (en gezin) ook sneller de gespecialiseerde jeugdhulp succesvol afronden.

Dit doen we op basis van de volgende ontwikkeldoelen:

3. Er wordt gewerkt obv matched care, dus herindicaties voor zover van toepassing, zijn in beginsel een lichtere ondersteuningsvorm dan bij aanvang van de ondersteuning. Hierdoor zijn de totale duur, kosten en inzet lager dan bij de inzet van stepped care.
4. Alle aanbieders en betrokken verwijzers hanteren de richtlijn "goed genoeg opvoederschap" (NJI richtlijn). Hierdoor verminder je de subjectieve beoordeling van betrokkenen. Dit maakt indicatiestelling en afsluiting van trajecten duidelijker. De toegang stimuleert dit door aan de voorkant scherper te formuleren: WAT moet bereikt worden binnen welke randvoorwaarden? Oftewel wat verwacht verwijzer van de aanbieder en wanneer zijn we tevreden.
5. Aanbieders zijn verantwoordelijk om hun ondersteuning efficiënt en effectief in te zetten en tussentijds bij te stellen indien nodig.
6. Stimuleren van domein overstijgende samenwerking tussen gemeentelijke afdelingen (WMO, participatiewet, gemeentelijke uitkeringen etc) waardoor potentiële risico gezinnen met (latente) hulpvragen eerder in beeld komen.
7. Versterken van de sociale basis door expertise naar de voorkant te brengen, waardoor de handelingsbekwaamheid van de sociale basis wordt vergroot, en er dus meer preventief gehandeld kan worden.
8. Aanbieders ontwikkelen meer collectief, innovatief en herstel gericht aanbod ter vervanging van of als aanvulling op het huidige ambulante aanbod.

Werkgroepen

Vanuit de kopgroep wordt bovenstaande ontwikkeldoelen verder uitgewerkt in drie groepen, waarbij een aantal ontwikkeldoelen (in deze fase) samengepakt worden:

- Werkgroep 1: Ontwikkeldoel 3 (matched care) en 7 (versterken sociale basis)
- Werkgroep 2: Ontwikkeldoel 4 (goed genoeg opvoederschap), 5 (efficiënt en effectief zorg inzetten) en 8 (ontwikkelen aanbod)
- Werkgroep 3: Ontwikkeldoel 1 (verbeteren huidige processen) en 6 (domeinoverstijgende samenwerking).
- (nog) niet benoemd: Ontwikkeldoel 2 (arbeidsmarktproblematiek/wachlijsten). Voorstel: Evt. koppelen aan dat wat er al loopt via Dannie/Rosa.

Elke werkgroep heeft de volgende opdracht:

- a) Werk definities uit van begrippen in het doel die voor meerdere soorten uitleg vatbaar zijn.
- b) Benoem de stappen en bijbehorende acties die door wie gezet moeten worden om het einddoel te bereiken, inclusief tijdlijn
 - Wat gaat de Kopgroep doen? Waar hebben we directe invloed op?
 - Wat hebben we nodig van (andere) aanbieders, gemeenten, toegangen en andere partners? Waar kunnen we onze invloed op uitoefenen? Welke randvoorwaarden hebben we nodig?

Met opmerkingen [SK1]: Vanuit de RWG jeugd kwam nog 1 inhoudelijk punt, wat volgens mij meegenomen kan worden in de uitwerking van één van deze thema's: Systeemgericht werken. De verbinding tussen de twee takken die er van oudsher zijn: Ambulant en GGZ. Iedereen zegt: "Ik werk systeemgericht". Maar wat bedoelen we hier nu mee?

- Waar hebben we geen invloed op?

c) Bedenk op basis waarvan het ontwikkeldoel meetbaar gemaakt kan worden op basis van KPI's (hard meetbaar) en normen (zachter meetbaar).

Op 7 november is de volgende kopgroep gepland en dan heeft elke werkgroep bovenstaande uitgewerkt. Dan kijken we naar welke onderwerpen opgepakt worden door de kopgroep incl. prioritering en dit koppelen we ook terug naar de het Ontwikkelgesprek (alle aanbieders) incl. vraag wie op welk thema mee wil werken.

Daarnaast kijken we welke onderwerpen meer randvoorwaardelijk zijn én wie/wat we daarvoor nodig hebben.

Bijlage: Ontwikkeldoelen

Onderstaand de ontwikkeldoelen per subsegment zoals deze in het aanbestedingsdocumenten zijn gedefinieerd. Bij bijna alle ontwikkeldoelen zijn percentages genoemd. Dit is meer passend voor KPI's. Als voorstel zijn er een aantal overstijgende ontwikkeldoelen geformuleerd die de in de aanbesteding geformuleerde doelen omvatten. Als vervolgstap is het voorstel om per ontwikkeldoel bijbehorende resultaatdoelen te formuleren met de daarbij behorende prestaties die nodig zijn voor de komende jaren om de ontwikkeldoelen te kunnen realiseren.

a. Ontwikkeldoelen per subsegment zoals deze in de aanbesteding zijn geformuleerd.

Ambulant perspectief 1 en 2	Ambulant duurzaam	GGZ	Vaktherapie
Minimaal 95% van de jeugdigen heeft na afronding van het traject binnen 12 maanden geen aanvullende ondersteuning nodig.	Het aantal trajecten wat conform plan is afgesloten, is in 2022 conform het landelijk gemiddelde. Uiterlijk vanaf 2025 is dit 10% hoger dan het landelijk gemiddelde.	De gemiddelde duur van een traject is in 2025 met minimaal 10% afgenomen tov 2022.	Minimaal 95% van de jeugdigen heeft na afronding van het traject binnen 12 maanden geen aanvullende ondersteuning nodig.
Maximaal 5% van de cliënten krijgt tijdens het traject een zwaardere indicatie toegewezen, omdat tijdens het traject sprake blijkt te zijn van onvoorziene verzwarende omstandigheden.	Maximaal 20% van de cliënten krijgt binnen 6 maanden na afloop van het traject of gedurende het traject eenzelfde of zwaardere indicatie toegewezen	Minstens 90% van de jeugdigen behaalt zijn doelen zoals gesteld in het lzp binnen de daarvoor gesteld termijn.	Maximaal 5% van de cliënten krijgt tijdens het traject een zwaardere indicatie toegewezen, omdat tijdens het traject sprake blijkt te zijn van onvoorziene verzwarende omstandigheden.
Elk jaar daalt het gemiddelde ingezette uren per cliënt met 5% t.o.v. het voorgaande jaar, met een max van 15% ten opzichte van 2022, binnen Ambulant Perspectief.	Elk jaar daalt het gemiddelde ingezette uren per cliënt met 5% t.o.v. het voorgaande jaar, met een max van 15% ten opzichte van 2022, binnen Ambulant Duurzaam.	In 2025 is de schadelijke wachtlijst minstens teruggebracht naar 50% tov 2022	
Sturen op percentage cliënten duurzaam en perspectief (met zo	Sturen op percentage cliënten duurzaam	In 2025 is minimaal 85% van de cliënten behandeld	

min mogelijk cliënten in duurzaam). Oftewel: Bij Duurzaam sturen op instroom en bij perspectief sturen op doorstroom en uitstroom. KPI hiervan wordt nog aangegeven.	en perspectief (met zo min mogelijk cliënten in duurzaam). Oftewel: Bij Duurzaam sturen op instroom en bij perspectief sturen op doorstroom en uitstroom. KPI hiervan wordt nog aangegeven.	middels intensiteiten Licht en Midden	
- Sturen op minimale inzet van trajecten Maatwerk en Meerwerk	- Sturen op minimale inzet van trajecten Maatwerk en Meerwerk	- Maximaal 10% van de cliënten komt binnen 2 jaar na afronden succesvol traject terug in subsegment Ambulante GGZ of segment 1	