

Inkoop Jeugd 2026 – Noord-Limburg

Uitwerking aanbiedersbijeenkomst

Locatie Hoeve Rosa Sevenum

Projectorganisatie Inkoop Jeugd 2026
4-7-2024

Inhoud

1. Programma voor de dag	2
2. Begeleiding – behandeling	2
Groep 1 onder leiding van Jeroen	2
Groep 2 onder leiding van Rosa.....	3
Groep 3 onder leiding van Ilse.....	5
3. Perspectief 2 – GGZ	7
Nadere duiding van het vraagstuk	7
Vraagstuk 1: Onderscheid tussen P2 en GGZ.....	7
Vraagstuk 2: Analyse/diagnosefase/Consultatie en advies	8
Vraagstuk 3: Samenwerking tussen zorgaanbieders	9
4. Onderwijs-zorg	11
5. Dekkendheid van het zorglandschap	14
Vraagstuk 1: Lijst van expertises	14
Vraagstuk 2: Hoe moet de opdracht om te komen tot dekkendheid van het zorglandschap in de contracten komen?.....	16
6. Dagbesteding en dagbehandeling	17
7. Kwaliteitseisen hulpverleners in relatie tot krapte op de arbeidsmarkt	19
Vraagstuk 1: Eisen rondom welke professionals regiebehandelaar mogen zijn	19
Vraagstuk 2: Verplichte SKJ-registratie voor hulpverleners	20

1. Programma voor de dag

Op 4 juli 2024 heeft er een tweede bijeenkomst met aanbieders plaatsgevonden als vervolg op de aftrap op 20 juni 2024. Het doel was om een aantal inhoudelijke thema's met elkaar te bespreken. Dat gebeurde aan de hand van het volgende programma:

09.00 – 09.15 Plenaire start

09.15 – 10.45 Ambulant (plenair)

10.45 – 11.00 Pauze

11.00 – 12.30 Thema 1: Onderwijs-zorg

11.00 – 12.30 Thema 2: Dekkend zorglandschap

12.30 – 13.15 Pauze

13.15 – 14.45 Thema 3: Dagbesteding-dagbehandeling

13.15 – 14.45 Thema 4: Eisen aan hulpverleners i.r.t. arbeidsmarktkrapte

14.45 - 15.00 Korte terugkoppeling op de thema's en afronding

In dit document geven we de opbrengst van de dag weer. Volgens afspraak plaatsen we de opbrengst op de website van de MGR zodat iedereen hier kennis van kan nemen en op kan reageren. Het adres is: <https://sociaaldomein-limburgnoord.nl/inkoop-jeugd-2026>.

2. Begeleiding – behandeling

Het thema begeleiding-behandeling is besproken aan 3 tafels. De vragen die hierbij centraal stonden:

- Hoe willen we omgaan met het onderscheid tussen begeleiding en behandeling?
 - Op welke manier kan dit onderscheid een relevant onderscheid zijn?
 - Hangt dit niet ook grotendeels samen met de soort hulpverlener ('hoogte' opleiding)?
 - Als we dit onderscheid weer zouden maken, hoe kunnen we dan voorkomen dat wanneer er even een beetje van het ander nodig is, er meteen een nieuwe beschikking gevraagd moet worden?

Groep 1 onder leiding van Jeroen

- Er zit overlap tussen begeleiden en behandelen, maar niet in alle gevallen (Marjolein stuurt intern onderzoeksdocument door).

- Bij een behandeling wil je soms begeleiding toevoegen om de resultaten te bestendigen. Dus zwaartepunt op behandelen, waarbij de vraag is waar het omslagpunt ligt naar volledig begeleiden (en behandelaar hooguit op afroep).
- Andersom kan soms ook, om een 'plus' toe te voegen. Dus zwaartepunt op begeleiden.
- Daarnaast zijn er echter ook aanbieders die aangeven dat alleen begeleiden voldoende is.
- Vraag: moet je hierin bepaalde doelgroepen onderscheiden zoals GGZ? De optie moet er blijven om onderscheid te maken.
- In alle gevallen is het opleidingsniveau relevant.
 - Behandelen is HBO+ en WO.
 - Begeleiden kan vaker met MBO onder supervisie van HBO (want SKJ).
- Een belangrijke factor is of ambulante hulp thuis of op locatie aanbieders wordt geboden. In het eerste geval moet hier volgens aanbieders rekening mee worden gehouden, gelet op reisafstanden in de regio. Dit moet onderdeel zijn van de kostprijsberekening wat aanbieders betreft. Geldt ook voor online/op afstand versus 'fysieke' hulpverlening. Kanttekening: hoe kan je logistiek in de jeugdzorg beter inrichten om alle reisbewegingen te beperken?
- Om de keuze naar een passend 'product' te vereenvoudigen is een aanlooperperiode wenselijk. Een model zoals in andere regio's van bijv. zes weken in een vorm van een uitgebreide consultatie en advies. En dit lijkt ook op Hendig. Waarin je de tijd neemt om te bespreken wat een passende oplossing is. Dit kan helpen om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Waarbij met name ook aandacht moet zijn voor een systemische benadering. Dat moet je ondersteunen met een verspelmodel om beter te kunnen verwijzen, bijv. m.b.v. verklarende analyse. Hoofddoel hierin moet dus zijn kwalitatief betere verwijzingen. (De verwijzer kan ook niet altijd alles zien.) Dit is een soort MDO met verwijzer, gezin (ouders en jeugdige) en aanbieder. Dat kan er een zijn of een klein aantal, echter wel compact om het overzichtelijk te houden.
- Aanbieders geven aan dat de nieuwe contractering met onderaannemerschap in de huidige vorm voor administratieve lasten zorgt omdat er veel geregeld/afgesproken moet worden. Sommige knelpunten zitten niet zozeer in de inhoud van afspraken maar in de systematiek.
- Als zijspoor ging het over bekostiging. BOEI noemt prestatiemodel Zvw. Hierin is nagedacht over kwaliteit en rechtmatigheid. De cliënt heeft een rol door te controleren of gefactureerde zorg is geleverd. (Ik heb informatie opgevraagd, hebben we niet uitgebreid opgeschreven.)
- Met betrekking tot het onderscheid begeleiding-behandeling: Samen optrekken tussen (huidig) segment 3 en 4.

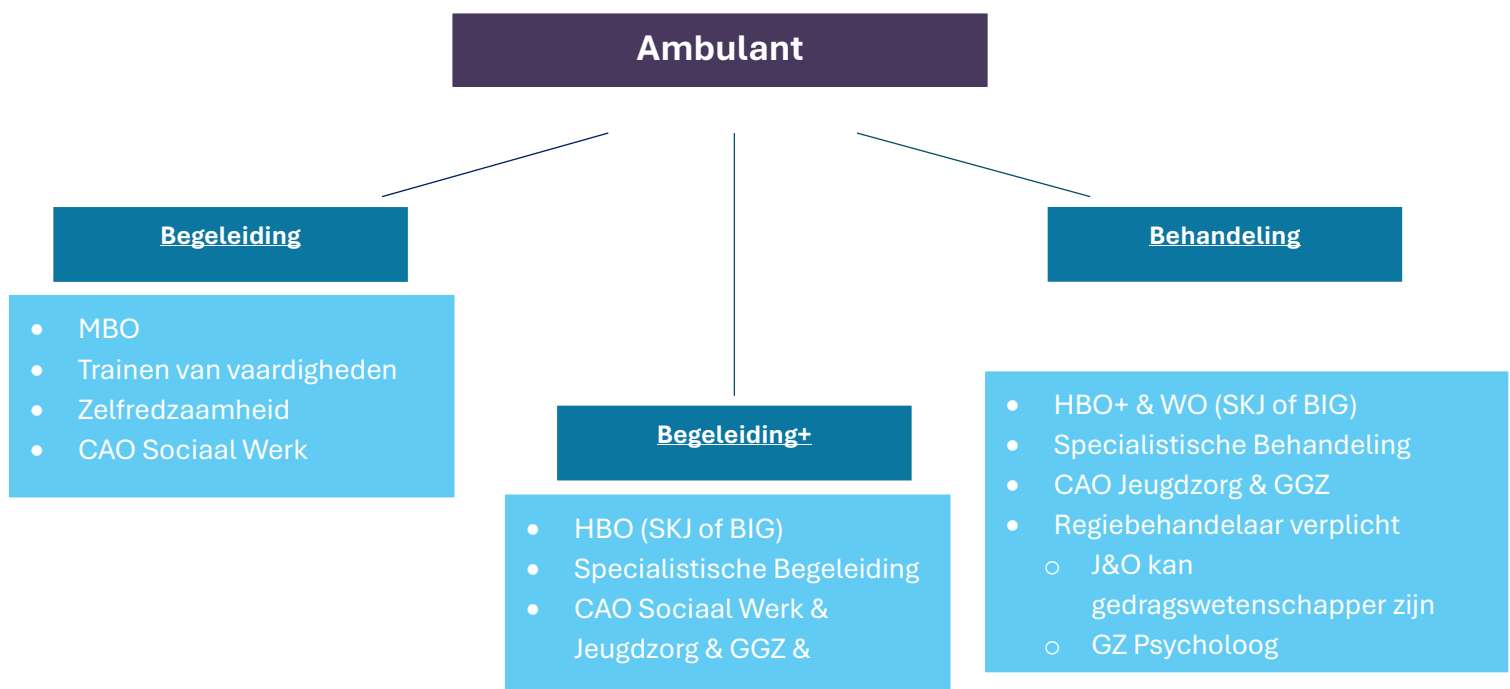
Groep 2 onder leiding van Rosa

Tijdens de aanbiederssessie op 4 juli hebben we samen gekeken naar het onderwerp onderscheid in begeleiding en behandeling. Daarmee begonnen we met een aantal constatering:

- Differentiatie in tarieven
Op inhoud is het lastig om de verschillen in niveau (MBO/HBO/HBO+/WO) te vergelijken met de inhoud van de zorg.
- Begeleiding meer naar het voorliggend veld
We moeten meer gebruik maken van de voorzieningen in het voorliggend veld. Sommige begeleidingsvormen kunnen makkelijk opgevangen worden door de voorzieningen in het voorliggend veld. Maar wat hebben we allemaal in de regio? Dit dient verder uitgezocht te worden.
- WO'ers worden ingezet op Perspectief 1 door kleine aanbieders.
In de lokale contracten is er geen Perspectief 2, waardoor kleine aanbieders WO'ers inzetten op begeleidingsvormen. Dit is dan niet kostendekkend. Lokaal vs regionale contractering loslaten zou dan helpen.

Onderscheid tussen begeleiding en behandeling

Binnen het product ambulant willen we een onderscheid maken in begeleiding en behandeling. Hierbij gaven aanbieders aan dat we ons dan moeten richten op het verschil in de inzet van medewerkers. In onderstaand figuur is een weergave van een mogelijke inrichting. Hierbij dienen we ons nog de vraag moeten stellen of behandeling niet moeten opsplitsen in behandeling en GGZ behandeling, maar dit wordt ook verder opgepakt in de werkgroep P2 vs GGZ.



Randvoorwaarden

- P * Q * functie CAO à waarbij begeleiding en behandeling gestapeld kunnen worden!
Vanuit de huidige contractering is de ervaring dat de stapeling met begeleiding en behandeling wordt gemist.

- Onderscheid op functiemix. In de huidige contractering zit er te veel verschil in Perspectief 1 waarbij MBO'ers en HBO'ers kunnen worden ingezet.
- Consultatie en advies voor goede analyse vooraf.
- Makkelijker gebruik kunnen maken van elkaar als partner zonder altijd onderaannemerschap aan te gaan. Dit geeft veel administratieve lasten.
- Verschil in grootte van aanbieders duiden

Concrete afspraken

- Janneke van Happen (Pactum), Wilma Graus (Anacare), Marjolein Dijs (BOEI), Carmen Verbakel (Daelzicht), Tannie Peters (Unik), Fleur Lankveld (Wauw speciaal voor jou), Jules (Quirius) willen graag meedenken met dit onderwerp. Rosa zet een datumprikker uit.

Bespreekpunten

1. Wat is het verschil tussen begeleiding+ en behandeling?
2. Wat is het verschil tussen HBO en HBO+
3. Nader specificeren en toewerken naar een productenboek.
4. Wat zijn risico's of gaan problemen zijn? En hoe ondervangen we dit?

Groep 3 onder leiding van Ilse

Opmerkingen gemaakt door aanbieders:

- Huidige systematiek (trajecten) sluit goed aan doordat er flexibiliteit inzit bij schalen van begeleiding naar behandeling en viceversa mits je als organisatie deze functiemix hebt.
- Wanneer je als organisatie alleen begeleiding in huis hebt, is opschalen naar behandeling middels onderaannemerschap veel te duur en daardoor niet realiseerbaar.
- De definitie van begeleiding en van behandeling moet duidelijker.
- De screening aan de voorkant behoeft een kwaliteitsverbetering en zou veel meer in gezamenlijkheid, zo vroeg mogelijk in het proces, met de aanbieder opgepakt moeten worden; de verklarende analyse moet tijdens de screening ingezet worden; matchingsgesprek driehoek client, toegang, aanbieder. Commitment wordt afgesproken en toegang blijft de client vasthouden. Regievoering door consulent/ gezinscoach is van grote meerwaarde.
- De discussie die nu over begeleiding vs. behandeling met de toegang gevoerd wordt gaat over tarief en niet over inhoud.

Advies aanbieders:

- Zo eenvoudig mogelijk inrichten met ruimte voor de professional om in te zetten wat nodig is vanuit inhoud; geen discussies over intensiteit en duur.
- Maak een combinatie van begeleiding en behandeling in de trajecten waarbij de mogelijkheid bestaat om maatwerk in te zetten bij uitzonderingen.
- Functiemix.
- Bewegingsvrijheid voor de aanbieder behouden; in trajecten waardoor op- en afschalen tijdens een traject mogelijk is. Voor kleine aanbieders is die bewegingsruimte door beperkt aantal cliënten, te klein.

- Betaal voor de inzet i.p.v. het resultaat, waarbij regievoering op inhoud van belang is met tussentijdse evaluaties.
- Doorontwikkelen van de toegangen>inzet van consultatie en advies.
- Kritisch kijken naar de vele keuzemogelijkheden in trajecten (licht, midden, zwaar); gebruik de data om in kaart te brengen wat wel/ niet wordt ingezet.

Tip: kijk naar werkzame elementen uit Hendig; project de Tent. (Bjorn; Zelfwerkt)

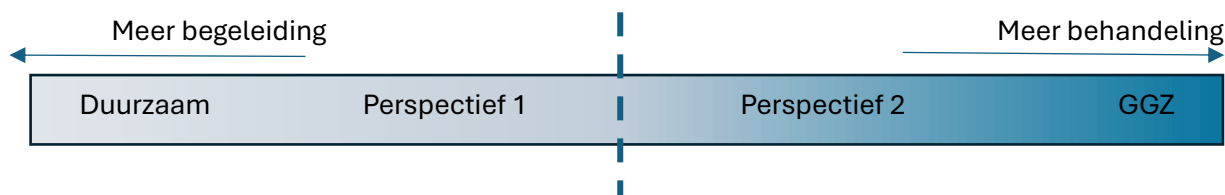
Concrete afspraken:

- Mee uitwerken obv van beschikbaarheid: Carmen (Daelzicht), Marjolein (BOEI), Tannie/Emmy (Unik), Fleur (Wauw), Julius (Qurius), Janneke (Pactum), Wilma (Anacare). Rosa plant hiervoor een vervolgspraak.

3. Perspectief 2 – GGZ

Nadere duiding van het vraagstuk

Er zit een geleidende schaal in de opbouw van de huidige producten:



Met dit onderscheid staat een stippellijn tussen Perspectief 1 en Perspectief 2, zodat de linkerkant de begeleidingsgerichte kant is en de rechterkant de behandelingsgerichte kant is.

Bij dit thema hebben we het over “rechts van de stippellijn”.

Een aantal constatering:

- Hoe meer naar rechts, hoe meer indirecte tijd.
- Hoe meer naar rechts, hoe hoger de opleidingen.
- We zien een verschuiving naar links ontstaan door:
 - Arbeidsmarktkrapte/wachlijsten (en dan dus “second best” inzetten, wat meestal “meer naar links” zit op de geleidende schaal)
 - Cliënten die negatieve ervaringen hebben met hulpverlening en daarom geen GGZ (of behandeling) meer willen.
 - Deze verschuiving is ook goed, want draagt bij aan normaliseren en systeemgericht werken.
 - Toegangen indiceren lichtere hulp, terwijl er volgens aanbieders zwaardere hulpvragen zijn. Dit levert aan de voorkant discussies op à kunnen we hier vanaf?

Vraagstuk 1: Onderscheid tussen P2 en GGZ

Bij Perspectief 2 zijn de “hoogste” behandelaren de WO+’ers: GZ-psycholoog en orthopedagoog-generalist.

Bij GGZ zijn de “hoogste” behandelaren de psychiaters en klinisch psychologen.

Daarnaast kunnen we GGZ ook nog (van oudsher) opsplitsen in basis-GGZ en Specialistische GGZ, waarbij we de afgelopen jaren (met name sinds contractering 2022) een beweging zien dat de basis GGZ steeds meer wordt geboden binnen Perspectief 2.

Een vraag die werd gesteld: Kunnen we inhoudelijke criteria bedenken over het onderscheid?

Binnen een werkgroep vanuit de Kopgroep Ambulant is hierover volgende onderscheid tussen P2 en GGZ besproken (dit is niet letterlijk besproken bij dit thema, maar nog een aanvulling hierop):

Het grootste gedeelte van ambulante behandelvragen horen thuis onder Perspectief 2. Het betreft dan de vragen die van oudsher onder opvoed- en opgroeihulp, LVB of basis-GGZ vielen. Als het enkelvoudige of meer systeemgerichte vragen betreft, gaat het ook over Perspectief 2.

Wanneer is er dan sprake van GGZ? Als:

- *Er is (een vermoeden van) een DSM-5 classificatie (dit hoeft geen diagnose te zijn!) waar de behandeling specifiek op gericht is*
- *Specifieke specialisten nodig zijn (WO++/KJP)*
- *De focus ligt op (biologische) kindfactoren (naast systeem- en instandhoudende factoren)*
- *Multidisciplinaire expertise bij probleemanalyse en de behandeling gewenst is*

NB: Ook wanneer de indicatie GGZ betreft, dient de behandeling ook gericht te zijn op het hele systeem, gezien een jeugdige niet los is te zien van zijn gezin.

Het idee is geopperd om behandeling als 1 hulpvorm in te kopen (in principe dat wat nu P2 is), om, wanneer dat nodig is, GGZ als een PLUS daar bovenop te zetten. Alle behandelende aanbieders hebben dan een contract voor behandeling en een kleinere groep aanbieders heeft daar bovenop een contract voor GGZ. De basis-inzet is dan Behandeling en wanneer nodig (bijv. op basis van bovenstaand vierkant) kan de PLUS ingezet worden.

Vragen voor vervolg:

- Zou dit werkbaar kunnen zijn?
- Wat is hiervoor nodig om dit verder uit te werken?
- Kunnen de beschrijvingen in bovenstaand vierkant dan nog aangevuld worden?
- Wat zijn voordelen van werken op deze manier?
- Wat zijn nadelen van werken op deze manier? Waar kunnen we dan tegenaan lopen, zowel vanuit toegangen, aanbieders, administratieve lasten, enz. En hoe kunnen we dat oplossen?
- Of slaan we hiermee de plank volledig mis en moeten we een andere weg inslaan?

Vraagstuk 2: Analyse/diagnosefase/Consultatie en advies

In de evaluatie en tijdens de vorige bijeenkomst op 20 juni kwam het thema samenwerking tussen toegangen en aanbieders ook al aan de orde. Dit loopt over en weer niet lekker:

- Toegangen vinden dat aanbieders te grote indicaties vragen en teveel problemen “zoeken”
- Aanbieders vinden dat toegangen te kleine indicaties afgeven en de hulpvraag niet goed genoeg in beeld hebben.

NB: Dit is gechargeerd en geldt niet voor alle aanbieders/toegangen. Maar het is wederzijds wel een veelgehoord signaal.

Vraag: Hoe kunnen we dit oplossen?

Aangedragen oplossing die we verder willen onderzoeken:

Een analyse/diagnosefase in het begin inbouwen, tussen vraagverheldering van de toegangen en hulpverlening van de aanbieder.

In principe is dit nu al mogelijk door Consultatie en Advies in te zetten, maar hier wordt nu weinig gebruik van gemaakt. We zouden dit gebruikelijker moeten maken, misschien zelfs wel verplicht (onder voorwaarden).

Het doel is om als 3 partijen: Gezin – Aanbieder – Toegang, tot 1 gedragen beeld te komen.

Aantal voorwaarden/opmerkingen:

- Hier moeten dan wel duidelijke afspraken over zijn en er moet uniform mee worden omgegaan, ook door (gemeentelijke) toegangen.
- Hiervoor zijn duidelijke vragen en kaders nodig aan de voorkant.
- Er werd aangegeven dat Consultatie en Advies nu werkt, omdat het op uren (PxQ) is gebaseerd.
- De verklarende analyse kan als middel gebruikt worden om te komen tot gedragen beeld.
- Als je een knip maakt tussen de aanbieder die analyse/diagnose doet en de aanbieder die de behandeling doet, dan vraagt dat gezamenlijke taal en vertrouwen in elkaar. Ook moet je dan nadrukkelijk oog hebben voor het vertrouwen wat de cliënt al heeft ontwikkeld voor de eerste aanbieder en moet de behandelende aanbieder ook snel genoeg plek hebben.

Vragen voor vervolg:

- Zou dit werkbaar kunnen zijn?
- Wat is hiervoor nodig om dit verder uit te werken?
- Wat zijn voordelen van werken op deze manier?
- Wat zijn nadelen van werken op deze manier? Waar kunnen we dan tegenaan lopen, zowel vanuit toegangen, aanbieders, administratieve lasten, enz. En hoe kunnen we dat oplossen?
- Of slaan we hiermee de plank volledig mis en moeten we een andere weg inslaan?

Vraagstuk 3: Samenwerking tussen zorgaanbieders

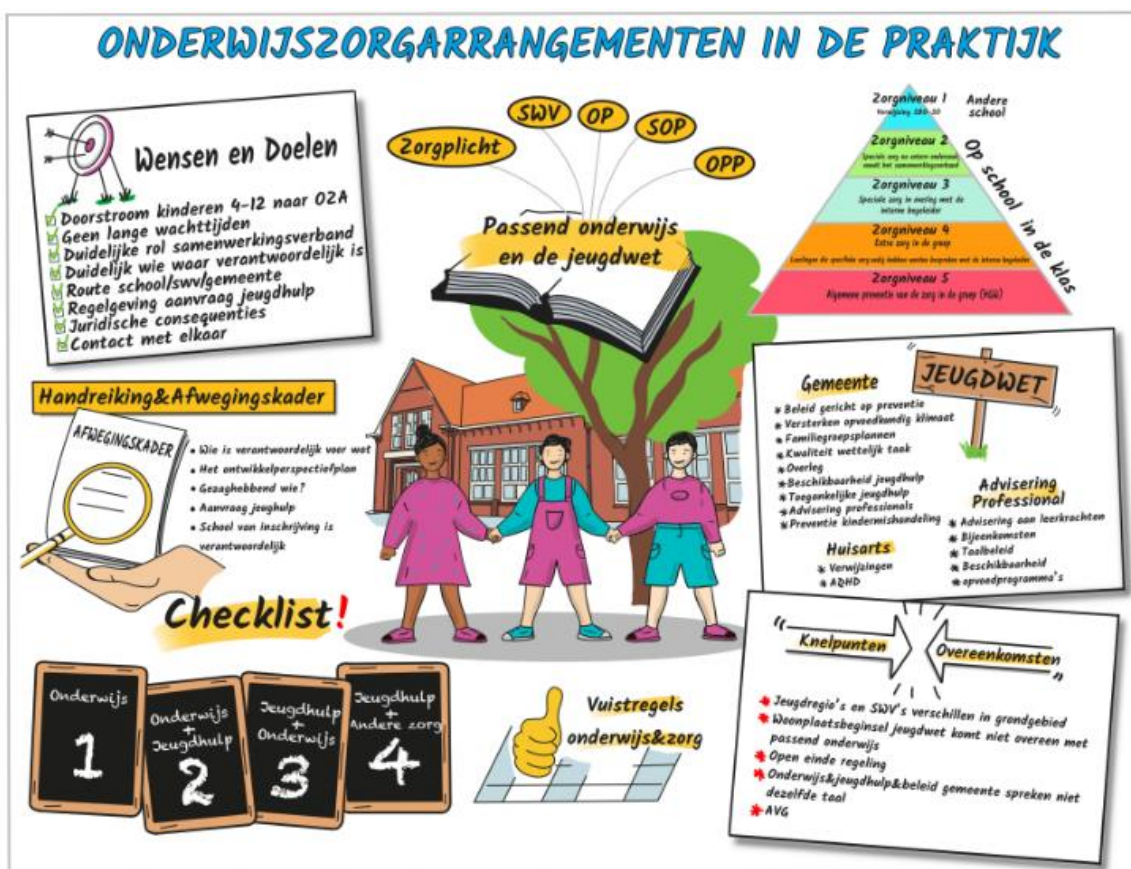
Om te doen wat nodig is voor de cliënt werd aangegeven dat aanbieders expertise van elkaar moeten kunnen invliegen. Daar kwamen wel meteen een aantal vragen bij kijken:

- Hoe zorgen aanbieders (en hetzelfde geldt voor toegangen: Beleggen bij RWG Toegang) dat zij het veld en elkaars expertises kennen? Vaak wordt met dezelfde partijen samengewerkt.
- Hoe ga je om met wachtlijsten bij de partij waar je graag mee wil samenwerken?
- Is het mogelijk om deze samenwerking binnen regionale contracten te regelen:
 - Juridisch: Is het mogelijk om onderaannemerschap binnen de contracten te regelen? (wel afrekenen richting elkaar, dus zonder tussenkomst gemeente)
 - Inhoudelijke verantwoordelijkheid: Hoe kunnen we dan inhoudelijk verantwoordelijkheid voor elkaar nemen?
 - Financieel: Wat betaalt hoofdaannemer dan aan onderaannemer?

Concrete afspraken

- Guy Paquay (VVG), Judith Creemers (Uit de nesten), Ingeborg (of iemand anders van Mutsaersstichting), Anniek (Talenti a Casa) en Charlotte (2Act.nu) willen graag vraagstuk 1 en 2 verder mee uitwerken. Susan plant hiervoor een afspraak.
- Vraagstuk 3 is nog niet concreet belegd.

4. Onderwijs-zorg



Aan de hand van voorgaande praatplaat zijn we in gesprek gegaan over de samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulp/jeugdzorg en onderwijszorgarrangementen. De onderstaande vragen stonden hierbij centraal:

- Wat moeten we behouden?
- Wat mist er nog?
- Wat kan weg?

Onderstaand puntsgewijs wat er aan bod is gekomen tijdens dit gesprek:

- Kern: in elk kind zit een mogelijkheid tot ontwikkeling.
 - Organiseer onderwijs en jeugdhulp meer vanuit de volgende uitgangspunten:
 - Collectief organiseren
 - Beschikkingsvrij
 - Preventief: jeugdhulpverlener coach ook docent
 - Minder aanbieders per school
 - Scholen ontzorgen (hiermee wordt niet bedoeld: over de schutting gooien)
 - Minder versnippering van aanbod
 - Behoeftes van scholen in kaart brengen
 - Afstemming tussen jeugdhulpverlener en ondersteuningsteam school

- Rollen en verantwoordelijkheden voor onderwijs en zorg moeten duidelijk zijn, zowel in theorie als in de uitvoeringspraktijk.
- De context van school is belangrijk voor passende zorg à om zo uitval te voorkomen
- Wanneer een kind/jeugdige in zorg zit, zou daar altijd een onderwijs-/ontwikkelingcomponent aanwezig moeten zijn.
- Huidige structuur van onderwijs en zorg past niet bij de fases (1 t/m 4) die op de praatplaat geschetst worden. Dekken deze fases wel de lading? Zijn er nog meer of andere fases? Is het niet meer een onderwijszorgcontinuüm?
- Er moet een verbinding zijn tussen de IB-er / OCO en de consulent van de gemeente.
- Wat kun je beschikkingsvrij, collectief, maar ook voorliggend organiseren?
- Er zou ruimte moeten zijn in het onderwijs voor een systeemaanpak rond een kind.
- Ondersteuning / inzet van zorg in het onderwijs moet kind- en docentgericht zijn.
- Er is erkenning nodig dat we (onderwijs en jeugdhulp/-zorg) elkaar nodig hebben.
- Kunnen we werken met een 'team ondersteuning' dat als een soort van vliegende brigade voor verschillende ondersteuningsvragen de scholen kan ondersteunen. In zo'n team zou dan zowel expertise vanuit het onderwijs als vanuit de jeugdhulp/-zorg zitten. Kan in het regulier onderwijs meerdere scholen bedienen omdat de vraag daar vaak kleiner / te klein is om structureel, vast op een school aanwezig te zijn.
- Een vliegende brigade kan ook vanuit onderwijs in zorg (bijvoorbeeld bij dagbesteding, terug naar school) worden ingezet.
- Hoe gaan we passendheid organiseren op school als er meerdere zorgkinderen in een klas zitten?
- Versterken van de ontwikkelgroepen met de component onderwijs / didactiek als zorg (nog) voorliggend is. Hoe laten we deze kinderen toch (meer) tot ontwikkeling komen zodat de stap naar sbo of so goed verloopt?
- Kunnen we samen een financieel potje vullen voor casuïstiek in het grijze gebied?
- Hoe gaan we om met WLZ-indicaties op school?
- Samenwerking onderwijs-jeugdhulp/-zorg gaat beter door volume (grotere aantallen), maar voor leerlingen is nabijheid vaak beter. Hoe organiseren we dit in kleine kernen? Vliegende brigade?
- Gezinscoach als onderdeel van school – samen in een team, meer de samenwerking opzoeken.
- Samenwerking jeugd en onderwijs bij inzet van ondersteuning – 1 plan.
- Ondersteuningsbehoefte op kindniveau moet inzichtelijk zijn om vertaling naar collectieve inzet te kunnen maken
- Inclusief onderwijs is waar het om moet gaan.
- Als er dagbesteding wordt ingezet moet er altijd ook ontwikkeling/perspectief zijn, wat is daarvoor nodig?
- In elke fase heeft school een rol, ook als jeugdigen toch meer in zorg terechtkomen.
- Nu vindt afstemming met het onderwijs altijd op leerlingniveau plaats, kan dat anders? Van 1-op-1 naar collectief.
- Welke rol kunnen schoolcontactpersonen spelen bij eerder signaleren?

- Pilot Quirus in Den Bosch: ondersteunen regulier onderwijs. Ook ondersteunen leerkracht. Hoe draagt dit bij aan voorkomen dat jeugdigen op speciaal onderwijs terechtkomen?
- Vanuit aanbieders één team vormen bijv. per gemeente of voor enkele scholen samen. Soort 'vliegende brigade'. Dit is dus stap 2 onderwijs ondersteund door zorg. Met collectieve financiering. Wel rollen en verantwoordelijkheden goed beschrijven.
 - Multidisciplinair.
 - Ook onderwijs actief bij betrekken.
 - Koppeling met gemeente (schoolcontactpersoon/gezinscoach) om waar nodig nieuwe vragen mee te nemen. Discussie ging of gezinscoach ook niet in de klas moet, conclusie wat niet want dat is een andere rol. Daarvoor zet je expertise van aanbieders in.
 - Hoe omgaan met Wlz en andere disciplines? Kan dat in hetzelfde team? Dan krijg je tenminste vaste gezichten.
- Integrale kindcentra helpen om samenwerking te versterken maar dit kan niet op elke dorpsschool, houd daar ook rekening mee.
- Let op: je houdt altijd uitzonderingen in individuele gevallen, ook bij de 'vliegende brigade', van jeugdigen die toch individueel wat nodig hebben zoals ondersteuning op school.

Conclusie

- Onderwijs aan tafel om samen met jeugdhulpaanbieders in gesprek te gaan over het organiseren van passend onderwijs en jeugdhulp in de klas.
- Onderwijszorgarrangementen met de uitgangspunten: collectief financieren, beschikkingsvrij en 1 of 2 aanbieders per school (zoals Ulingshof en Focus-spectrum) regionaal inkopen per 1-1-2026.
- Ruimte voor innovatie binnen de contracten om met scholen aan de slag om passend onderwijs en jeugdhulp in de klas te organiseren. We starten met enkele enthousiaste scholen en breiden dit langzaam verder uit in de regio.

In september zijn er twee sessies gepland met onderwijspartners. De tweede sessie wordt aangevuld met zorgaanbieders.

Aanwezig op 17 september en een rol in het vervolg:

- Bianca Smits (PSW), Marjolein Dijs (Boei), Carmen Verbakel/ Petra Penders (Daelzicht), Bjorn van Vught (Zelfwerkt), Anouk Swinkels (Maarten Verschuuren), Charlotte van de Ven (2-act), Carla van Herten (CLZ), Carly Arts (Grijp het leven), Ingborg Schoenmakers (Mutsaersstichting), Emmy de Kleijnen (UniK), Jules van Kuijk (Quirus)

5. Dekkendheid van het zorglandschap

Op meerdere vlakken krijgen we signalen dat het huidige zorglandschap niet dekkend is. Dit zit in:

- Geografische dekking, met name bij de randgemeenten Beesel, Bergen en Gennep
- Expertises en specialismen (zowel niet beschikbaar hebben van bepaalde specialismen in het gecontracteerde aanbod als ook wachtlijsten)
- Kennis van culturen en talen

Om inzichtelijk te krijgen willen we een lijst van alle specialismen maken. We starten nu met uitvragen bij aanbieders, binnenkort bevragen we ook toegangen en contractmanagement en inventariseren we de NGA's op het ontbreken van aanbod wat met een NGA wordt gedekt.

Vraagstuk 1: Lijst van expertises

Expertise	Voldoende gedekt?		Opmerkingen
	Ja	nee	
Vaktherapie/speltherapie	X	X	
ACT			
Traumabehandeling			
Traumabehandeling jonge kind		X	
Trauma/EMDR	X		
Systeembehandeling/ systeemtherapeutisch contextueel			
Methodische behandeling			
Specialistische begeleiding GGZ			
Specialistische behandeling			
Criminaliteit		X	
Mensenhandel		X	
(Ambulante) verslavingszorg		X	
Angst	X		
Psychosociaal	X		
SOVA	X		In principe geen jeugdwet
ADHD	X		
ASS	X	X	
Leerproblemen	X		In principe geen jeugdwet
Hoogbegaafdheid	X		
Gender		X	X
Eetproblematiek	X	X	
Cultuursensitief werken			

Onderwijsuitval, schoolangst, thuiszitters	X	
Suïcide	X	
Eerwraak	X	
Medisch specialist	X	Geen jeugdwet
Anderstalig/tolk	X	
Selectief mutisme		
LVB		
Zindelijkheidsproblematiek		
Hulp bij complexe scheiding	X	
Voorkomen EPA	X	
Hechtingsproblematiek	X	
Persoonlijkheidsproblematiek	X	
Jonge kind, IMH	X	
Opvoedvaardigheden, gezinsbehandeling	X	
Voorkomen UHP	X	
Psychiatrie	X	
FACT (jeugd)	X	
Emotionele problemen / depressie	X	
Seksueel misbruik	X	
Agressie, veiligheid in gezinnen		
Medicatiecontrole	X	
Diagnostiek	X	
IMM (?) dagbehandeling		
Dyslexie	X	
Hulp richting zelfstandigheid		
Psychiater	X	
Culturen: • Oekraïens • Islamitisch • Pools • Eritrees •		
Spraak-taal problematiek		In principe geen jeugdwet
Dag- en nachtritme problematiek	X	
Zindelijkheid	X	

Vraagstuk 2: Hoe moet de opdracht om te komen tot dekkendheid van het zorglandschap in de contracten komen?

De contracten moeten breed en flexibel zijn:

- Tussentijdse toetreding moet mogelijk zijn. Hoe zorg je er dan voor dat gewenst aanbod mogelijk is en ongewenst aanbod niet (of moeilijker)?
- Als omstandigheden veranderen, moet ontwikkelen binnen de contracten mogelijk zijn.

We willen collectief het aanbod doorontwikkelen.

Dit zou bijvoorbeeld kunnen vanuit (het gedachtegoed van) de Kopgroep: Met een (vaste) groep personen/aanbieders samen ontwikkelen.

De thema's bepaal je dan samen, bijv.:

- Welke vragen krijgen toegangen (incl. GI's) niet weggezet?
- Datagestuurd: Hoe groot is dan ook het probleem? (N=1 is geen systeemprobleem)
- Niet alles hoeft er te zijn: Met elkaar bepalen wat de basis is.

Deze thema's gooi je, bij wijze van, in een pot en je kijkt vervolgens samen wie met welke thema's aan de slag gaat.

Hebben alle aanbieders een ontwikkelopdracht?

Eerste reactie is ja, maar er worden meteen uitzonderingen genoemd, bijv. aanbieders uit andere delen van het land die een contract hebben voor een specifieke casus.

Vraag: Hoe komen we dan ook tot een gezamenlijke taal en een gezamenlijke basis: Bekijk de problematiek vanuit het gezin/het systeem. Van jeugdhulp naar gezinshulp.

Zo zou je ook moeten kijken naar wat als eerste wordt opgepakt.

Vragen voor vervolg

De ontwikkelopdracht/transformatieopdracht moet verder uitgewerkt worden. Vragen die hierbij een rol spelen:

- Wat is de rol van gemeenten/opdrachtgever hierin?
- En wat is de rol van aanbieders/opdrachtnemers?
- Welke opdracht moet er in het contract zitten?
- Hoe sturend moet deze zijn?
- Moet "ontwikkeling" onderdeel van het contract/tarief zijn of iets apart?
- Moet elke aanbieder mee ontwikkelen of moeten we onderscheid maken tussen aanbieders?
- Wat als alle aanbieders "nee" zeggen (hoe goed de argumenten ook zijn)?

Concrete afspraken:

- John (CLZ), Dirk (Hoeve Delshorst) en Wilma (Anacare) willen hier graag over meedenken. Gemeenten nodigen uit voor volgend overleg. Jennifer Hartogensis wil hier bij aanhaken.
- Vanuit gemeenten nog niet concreet belegd: Bespreken in projectgroep. En dan afspraak plannen.

6. Dagbesteding en dagbehandeling

De themasessie ging over dagbesteding en dagbehandeling, voor zover dit niet onder onderwijs/zorg geschaard kan worden. Wat is er dan nodig vanuit deze hulpverlening?

Ondersteuningsbehoefte en doelgroepen

Op welk type vragen dat binnen komt is aanbod nodig vanuit dagbesteding en dagbehandeling? Welke doelgroepen hebben we het dan over? En in hoeverre is het wenselijk om dit te verbinden aan segment 3?

In de basis worden er drie vormen benoemd.

- Dagbesteding respitzorg
 - Gericht op ontlasten van gezin en van jeugdige.
 - Wisselende intensiteit / frequentie.
 - Vak grotere groepen, ratio 1:4 tot 1:6.
- Dagbesteding met een daginvulling t.b.v. leren en ontwikkelen.
 - Gericht werken aan doelen rondom de ontwikkeling van het kind.
 - Ratio 1:4 of 1:5 afhankelijk van de doelgroep.
 - Uitwerken: intensiteit.
 - Vaak kleinere groepen.
 - Aandacht voor het hele gezinssysteem.
- Dagbehandeling.
 - Accent op behandelen, aangevuld met vorm van begeleiden om resultaten te bestendigen.
 - Aandachtspunt is koppeling met onderwijs/zorg, en daarin onderscheid 12-/12+.
 - Ratio 12+ maximaal 1:4 en bij 12- 1:3.
 - Uitwerken: intensiteit.
 - Voor zover dit niet onder segment 1 valt is dagbehandeling gewenst in combinatie met transfer naar huis.
 - Net als in segment 4: dagbehandeling gaat gepaard met vorm van begeleiden om resultaten te bestendigen.
 - Aandacht voor het hele gezinssysteem.

Harde leeftijdsgrenzen zijn niet te maken en zijn bij dagbesteding minder relevant, er is een breed aanbod nodig. Ook als er geen directe relatie vanuit onderwijs/zorg ligt, is samenwerking met onderwijs in het belang van de jeugdige bijna altijd nodig. Bij dagbehandeling is een onderscheid in leeftijd soms wel relevant.

Openstaande vragen:

- Zijn er rondom de doelgroep 16+ die niet meer leerplichtig is specifieke afspraken nodig?
- Vakantieopvang / deeltijd: wat vraagt dit in jeugdzorg als 2^e lijn? Hoe leg je de relatie met voorliggend zoals steungezinnen en buurtgezinnen?

Individueel vs. collectief/groepsgericht

Wat willen we met 1-op-1 begeleiding in groepen? Hoe gaan we van individueel naar collectief aanbod, en wat kunnen we hier vanuit dagbesteding of dagbehandeling in organiseren? Hoe krijg je hier meer flexibiliteit in met meer focus op groepsgericht?

Groepsgerichte inzet met een toevoeging/PLUS zijn, doordat de groepsdynamiek helpend is in de hulpverlening. Er zijn voorbeelden waarin dit niet werkt en voorbeelden waarin het wel lukt om

de stap van individueel naar groepsgericht te maken. Bijvoorbeeld een mix tussen deels groepsgericht behandelen en deels individueel, waarin dit elkaar versterkt.

Is het om deze reden een mogelijkheid financiering op basis van groepen te doen? Als een vorm van beschikbaarheidsfinanciering. Dan zal je in elk geval ook goed in beeld moeten brengen welke eisen er aan groepen gesteld moeten worden.

Beweging naar voorliggend

In het bestaande segment 3 is bij dagbesteding meerdere keren gesproken over de beweging naar voorliggend. Wat moet echt specialistische jeugdzorg blijven en wat kan je op een andere manier organiseren? Wat is er nodig om deze beweging in gang te zetten?

- In het huidige segment 3 blijkt dat er in veel gevallen al wel jeugdigen zijn die zowel bij een aanbieder bekend zijn maar ook bij een vereniging, vaak sport of cultuur.
- Dit vraagt echt een cultuuromslag en andere mentaliteit.
- Zorgprofessionals moeten niet bepalen wat er nodig is, je moet verenigingen hun behoefte laten bepalen. Ga met hen in gesprek. En hen daarin faciliteren. In dit kader wordt een pilot in de gemeente Beesel genoemd.
- Deeltijdpleegzorg als respijtzorg.

Uitzoekpunten

- Goed kijken naar onderscheid dagbesteding vs. dagbehandeling.
- Nieuwe productbeschrijvingen moeten kloppen omdat de huidige beschrijvingen in segment 3 door sommigen als incompleet worden ervaren.

7. Kwaliteitseisen hulpverleners in relatie tot krapte op de arbeidsmarkt

We hebben de afgelopen tijd signalen gekregen dat in de huidige contracten (te) strenge eisen zijn opgenomen voor hulpverleners, wat steeds meer knelt met voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar hebben en houden. Dit wordt herkend op twee vlakken:

- Eisen rondom welke professionals regiebehandelaar mogen zijn.
- Verplichte SKJ-registratie voor hulpverleners.

Vraagstuk 1: Eisen rondom welke professionals regiebehandelaar mogen zijn

De eisen die nu gesteld zijn aan de regiebehandelaar passen niet bij de landelijke praktijk.

Vragen die we nog niet hebben beantwoord:

- Welke eisen zijn nu opgenomen in onze huidige contractering?
- Op welke vlakken zijn deze eisen strenger dan de landelijke (veld)normen?
- En hoe kunnen we ze anders stellen, zodat dit beter passend is?
- En hoe kunnen we deze toekomstbestendig maken?

Wat wel is besproken:

Eisen die gesteld worden moeten op team/organisatieniveau zijn, i.p.v. op cliëntniveau. Oftewel: Wat moet een GGZ-aanbieder in huis hebben? I.p.v. op casusniveau bepalen dat een psychiater altijd betrokken moet zijn. Dat is niet in elke casus nodig en elke GGZ-aanbieder heeft dit soort dingen vastgelegd in hun Kwaliteitsstatuut (en gepubliceerd op de website).

In de hogere GGZ-beroepsgroepen is iedereen BIG-geregistreerd.

Een GZ-psycholoog moet niet standaard ook een regiebehandelaar zijn.

Tekort aan psychiaters

Landelijk is er een probleem met het vinden en opleiden van psychiaters. Er is schaarste.

Er is negatieve beeldvorming, met name over jeugdpsychiaters. Het beeld heerst dat gemeenten hun vertellen wat ze wel en niet moeten doen. Het is wel de vraag: Hoeveel invloed hebben we hierop?

Feit blijft dat we te maken hebben met een tekort aan psychiaters. Hier moeten we dus als regio goed mee omgaan:

- Wat doet een psychiater nog wel en wat beleggen we bij andere beroepsgroepen (en bij welke dan)?
- Hoe kunnen we de capaciteit van psychiaters beter benutten? Kunnen we ze delen in de regio?

Medicatiecontrole

Bij medicatiecontrole spelen 2 vraagstukken:

- Hoe kunnen we dit (weer) voorliggend organiseren met huisartsen en verpleegkundig specialisten? Dit heeft onze grote voorkeur. Hierover worden gesprekken gevoerd met Proviso. Theoretisch gezien is dit de beste oplossing, maar praktisch zal dit voor de korte termijn slechts hooguit een deel oplossen.
- Daarom vraagstuk 2: Gemeenten moeten medicatiecontrole inkopen als jeugdhulp. Daarbij is wel de vraag hoe we deze vorm van hulp aantrekkelijk kunnen hebben/houden voor psychiaters. Het moet meer zijn dan een recept uitschrijven. Zij moeten ook breed kunnen kijken naar de context en zelf ruimte hebben om dit in te vullen. Dus meer dan de huidige 4 uur om medicatie te controleren.

Vragen voor vervolg:

- Welke eisen zijn nu opgenomen in onze huidige contractering?
- Op welke vlakken zijn deze eisen strenger dan de landelijke (veld)normen?
- En hoe kunnen we ze anders stellen, zodat dit beter passend is?
- En hoe kunnen we deze toekomstbestendig maken (flexibel, meebewegen met ontwikkelingen die we nu nog niet kunnen voorspellen)?
- M.b.t. tekort psychiaters: Wat moet er bij start contract minimaal geregeld zijn en wat kunnen we verder doorontwikkelen tijdens het contract?
- M.b.t. medicatiecontrole: Hoe kunnen we dit beter organiseren en beleggen in de contractering, rekening houdend met de ontwikkeling dat dit (hopelijk) op termijn bij huisartsen en verpleegkundig specialisten komt te liggen?

Concrete afspraken

- Marjolein (Boei), Anniek (Talenti a Casa) willen meedenken. Susan vraagt Guy (VVG) ook nog. Susan plant afspraak.

Vraagstuk 2: Verplichte SKJ-registratie voor hulpverleners

Eisen die gesteld worden moeten op team/organisatieniveau zijn, i.p.v. op cliëntniveau. Niet elke casus vraagt hetzelfde, aanbieders moeten, met inachtneming van de norm verantwoorde werktoedeling (die zij zelf hebben uitgewerkt in een professioneel statuut), zelf kunnen verantwoorden wie ze voor welke casus inzetten en waarom.

Diverse soorten registraties

Binnen het jeugdhulpveld zijn er meerdere registraties mogelijk, waarbij SKJ de meest gangbare is die specifiek is bedoeld voor het bieden van jeugdhulp.

Daarnaast heb je:

- BIG (o.a. voor GGZ en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen). M.b.t. de laatste de vraag: Wat kan en mag deze beroepsgroep binnen de jeugdwet doen?
- Registerplein (o.a. voor SPH, maar zij mogen geen behandeling bieden binnen de Jeugdwet).

EVC-traject

Als een medewerker nog geen SKJ-registratie heeft kan mogelijk een EVC-traject gevolgd worden om toch de SKJ-registratie te krijgen. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door SPH'ers die jeugdhulp willen bieden of zijinstromers.

Ander probleem: SKJ laat niet meer iedereen registreren.

Vraag om contact op te nemen met SKJ: Wat maakt dat SKJ hiervoor kiest? Hoe verhoudt dit zich tot de kwaliteitseisen?

Onderscheid tussen behandeling en begeleiding m.b.t. SKJ-registratie

Behandeling

Bij behandeling geldt de norm: Je bent SKJ (of BIG) geregistreerd. Cliënten moeten hun behandelaar ook op kunnen zoeken in het SKJ of BIG-register.

Twee uitzonderingen:

- Toepassing van de norm verantwoorde werktoedeling: pas toe of leg uit. Als je geen SKJ- of BIG-geregistreerde inzet, kun je op casusniveau ook werken met professionals uit andere beroepsregisters (NVRG, register voor vaktherapeuten)
- Mensen in opleiding of in EVC-traject: kunnen onder supervisie en voor een afgebakende termijn behandelen.

Begeleiding

Ook hier geldt dat eisen op team/organisatieniveau gesteld moeten worden i.p.v. op cliëntniveau. Ook moeten er mogelijkheden zijn om bepaalde mensen niet in dienst te hoeven hebben, maar moeten er ook mogelijkheden zijn bijv. samenwerking. Bijv.: Moeten in dienst zijn of leg uit hoe dit anders geborgd is.

Voor begeleiding geldt:

- Klein percentage WO. Is niet in elke casus nodig, dus alleen consultatiebasis.
- Percentage HBO-geschoolde SKJ-er (of 2 uitzonderingen zoals bij behandeling beschreven).
- Overig: Mogelijkheid tot inzet niet-SKJ'ers, MBO'ers enz. Aanbieders hebben dan wel de verantwoordelijkheid om in hun professioneel statuut te beschrijven wanneer ze welke professional inzetten.

De eisen voor begeleiding groep en begeleiding individueel kunnen ook nog verschillen.

De definities voor begeleiding en behandeling moeten beter uitgewerkt worden.

Vragen voor vervolg:

- Welke eisen zijn nu opgenomen in onze huidige contractering?
- Op welke vlakken zijn deze eisen strenger dan de landelijke (veld)normen?
- En hoe kunnen we ze anders stellen, zodat dit beter passend is?
- En hoe kunnen we deze toekomstbestendig maken (flexibel, meebewegen met ontwikkelingen die we nu nog niet kunnen voorspellen)?

Concrete afspraken:

- John (CLZ), Bianca (PSW) en Carly (Grijp het Leven) willen hier graag over meedenken. Susan plant een afspraak.
- Aansluiten thema Begeleiding-behandeling: Janneke (Pactum) en Wilma (Anacare).