

Stip op de horizon specialistische jeugdhulp

Zorglandschap regio Flevoland

5 juli 2017

Inhoudsopgave

1. Achtergrond en aanleiding
2. Doelstelling en scope
3. Huidig gebruik, capaciteit en zorgbehoefte zorglandschap
4. Naar een duurzaam zorglandschap 2017 – 2021
5. Ambitie voor 2021 en gevolgen voor tussenliggende jaren
6. Noodzakelijke randvoorwaarden voor het realiseren van de ambitie
7. Hoe nu verder?

Bijlage: feiten en cijfers

1. Achtergrond en aanleiding

Sinds de inwerkingtreding van het nieuwe jeugdstelsel per 1 januari 2015, werkt de regio Flevoland aan een toekomstbestendig zorglandschap voor specialistische jeugdhulp. De focus lag in de eerste twee jaren vooral op het gebied van zorgen dat het stelsel ging functioneren en dat 'geen kind tussen wal en schip valt' en het opbouwen van informatie en inzicht in het gebruik van specialistische jeugdhulp.

Inmiddels werkt de regio aan een middellange termijn strategie om te komen tot een robuust, stabiel en op de lokale situatie afgestemd regionaal zorglandschap. De afgelopen jaren zijn hierin stappen gemaakt met een regionaal programma 'zorglandschap' en het inrichten van overleg tussen gemeenten en aanbieders (Partijen Overleg Ambtelijk/Bestuurlijk).

Als onderdeel van het regionaal programma zorglandschap hebben partijen afgesproken een 'Stip op de horizon' uit te werken waarin het toekomstig ambitieniveau van voorzieningen is beschreven. Deze stip helpt om te komen tot beter passende zorg voor de jeugdigen én om rust te creëren in de relatie tussen de regio en aanbieders waarbij meerjarige afspraken de basis vormen voor de uitwerking van de transformatie. Afspraken die de regio kan vertalen naar haar inkoopstrategie.

2. Doelstelling en scope

De doelstelling van het project Stip op de horizon luidt als volgt:

- a. Definieer als stip op de horizon het zorglandschap voor specialistische jeugdhulp per 2021 voor de regio Flevoland;
- b. Geef daarbij aan wat de beoogde omvang en locatie van voorzieningen zal zijn in 2021;
- c. Werk uit welke randvoorwaarden er nodig zijn om de stip te realiseren.

Hoewel er sprake is van een breed zorglandschap, richt de stip op de horizon zich vooral op de zogenaamde jeugdhulp met verblijf en klinische jeugd-GGZ. Dit vormt dan ook de scope van deze notitie. Voor de overige gespecialiseerde ambulante jeugdhulp en specialistische Jeugd-GGZ werkt de regio het beleid voor de komende jaren uit in de regionale en daar waar relevante lokale inkoopstrategie.

Partijen die hebben deelgenomen aan de werksessies voor de regionale Stip op de horizon zijn:

- a. De zes regiogemeenten (Almere, Lelystad, Dronten, Zeewolde, Noordoostpolder, Urk)
- b. Triade
- c. Vitree
- d. 's Heeren Loo
- e. Intermetzo
- f. GGZ-Centraal
- g. Doenersdreef
- h. Omega Groep
- i. Pluryn
- j. Perspektief
- k. Flevostate

De onderhavige notitie is het resultaat van twee werkbijeenkomsten van het project Stip op de horizon en vormt voor partijen de richting voor toekomstige afspraken over specialistische jeugdhulp met verblijf.

3. Huidig gebruik, capaciteit en zorgbehoefte zorglandschap

Gedurende het project is een analyse uitgevoerd op het gebruik van jeugdhulp met verblijf en klinische jeugd-GGZ en is een inventarisatie uitgevoerd over de capaciteit van deze vormen van jeugdhulp. Naast de feiten en cijfers over zorggebruik en capaciteit is er in 2016 ook gestart om via action learning en omdenken diepgaander inzicht te krijgen in de factoren die in-, door- en uitstroom belemmeren of juist bevorderen bij aanbieders van 24-uurszorg. Deze action learning sessies hebben zicht gegeven op de vraag en zorgbehoefte van de jeugdigen die momenteel in verblijf zitten. De resultaten hiervan vormen het uitgangspunt voor de kwantificering van afspraken die partijen met elkaar maken. Een aantal opvallende bevindingen zijn hieronder weergegeven:

- a. Het aandeel jeugdhulp met verblijf in Flevoland is hoger dan gemiddeld in Nederland, het totaal gebruik jeugdhulp ligt in de regio Flevoland weer iets lager dan het landelijk gemiddelde.

	Jeugdhulp zonder verblijf	Jeugdhulp met verblijf
Nederland	89%	11%
Flevoland	81%	19%

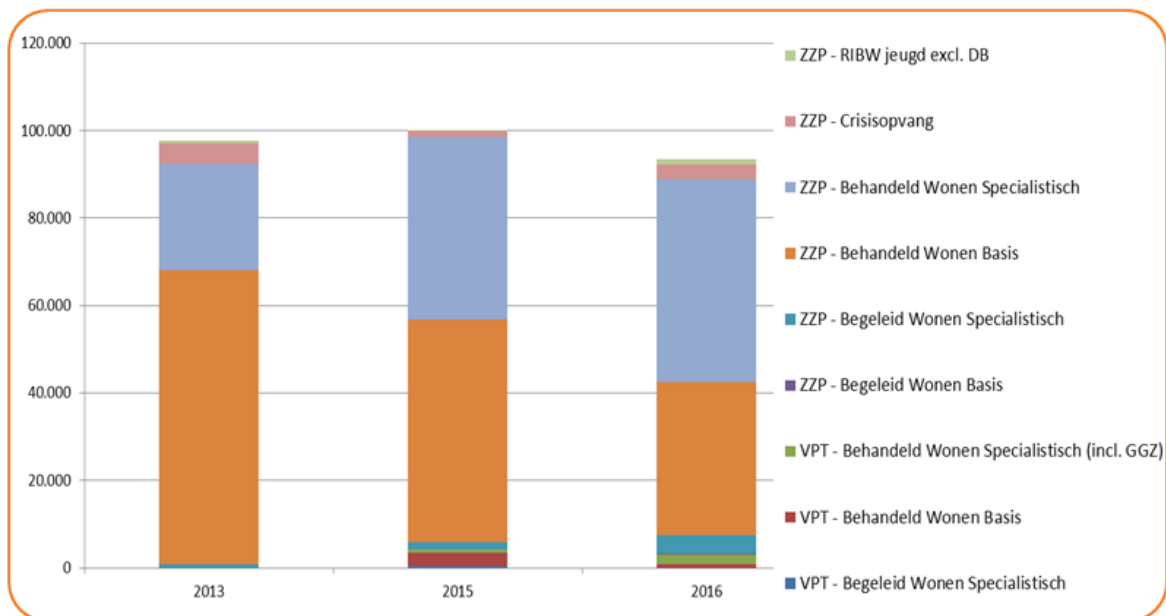
Tabel 1. Aandeel jeugdhulp met verblijf van alle jeugdigen die jeugdhulp ontvangen

- b. Naast dat er verhoudingsgewijs meer jeugdigen in jeugdhulp met verblijf zitten, zijn er in Flevoland verhoudingsgewijs meer kinderen in groepen dan in gezinnen (gezinshuizen, pleeggezinnen) in vergelijking met het landelijk gemiddelde.

	Ander verblijf bij jeugdhulpaanbieder	Gesloten plaatsing	Gezinsgericht	Pleegzorg
Nederland	37%	3%	10%	50%
Flevoland	49%	2%	5%	43%

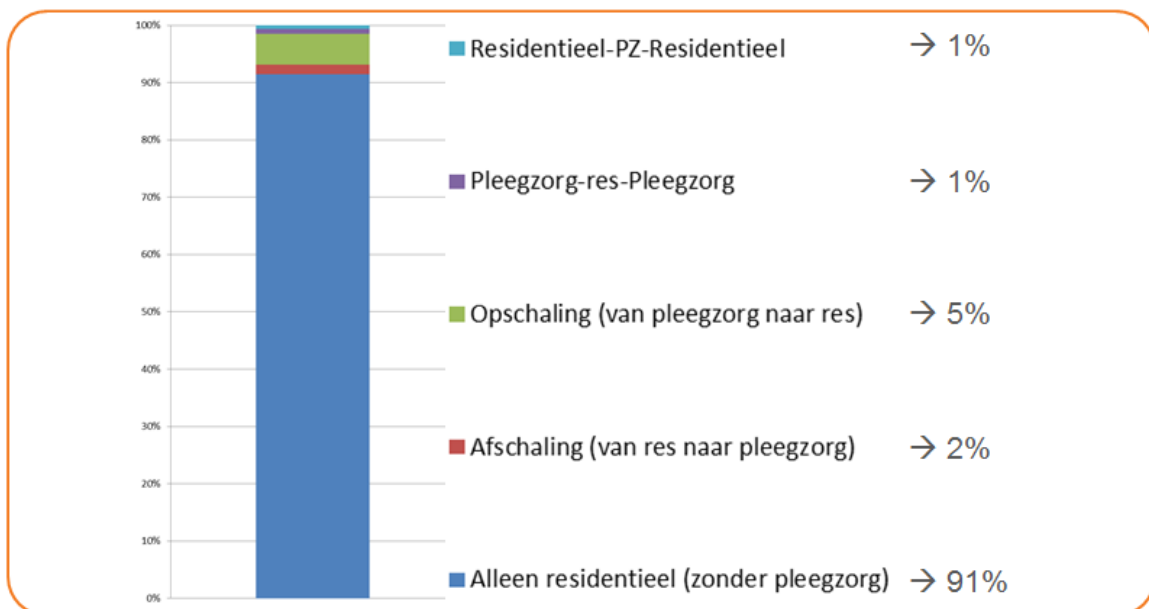
Tabel 2. Categorieën jeugdhulp met verblijf als percentage van totaal aantal jeugdtrajecten met verblijf

- c. Circa 50% van de jeugdigen in zorg met verblijf heeft eigenlijk een andere hulpvraag (belangrijke bevinding uit het action learning traject)
- d. Wonen in een groep geeft verharding en leidt bij kinderen en jongeren mogelijk tot extra problematiek (uitkomst action learning).
- e. In de functiemix geleverde zorg zien we de afgelopen jaren een verzwaring naar meer behandeld wonen specialistisch



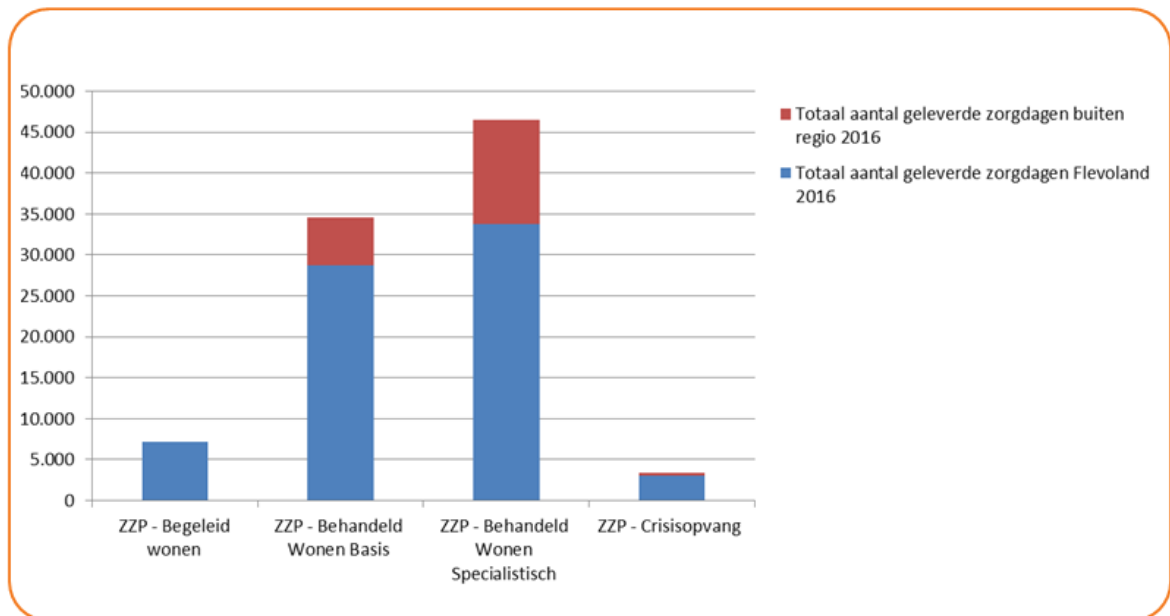
Figuur 1. Functiemix aantal dagen geleverde residentiële zorg

- f. De gemiddelde duur in behandeld wonen is sterk toegenomen, van 4 maanden in 2015 naar 10 tot 11 maanden in 2016.
- g. Afschaling vindt nog maar beperkt plaats (1%), opschaling komt vaker voor (5%)



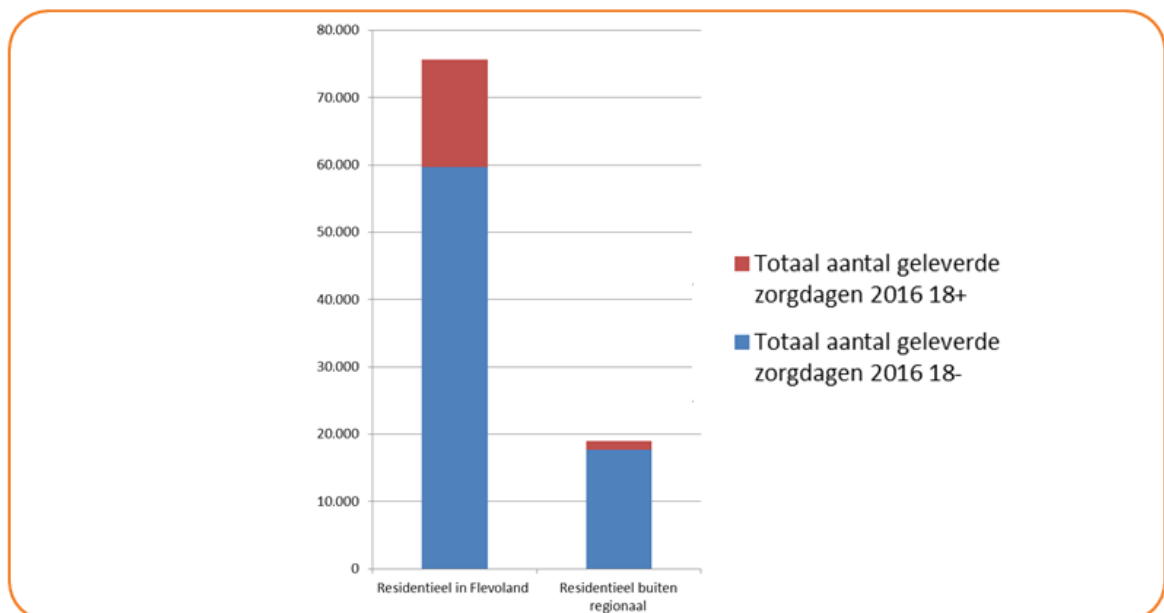
Figuur 2. In- en uitstroom naar pleegzorg 2016

- h. Voor Behandeld Wonen Basis en Behandeld Wonen Specialistisch ontvangt een redelijk deel van de Flevolandse jeugdigen zorg buiten de regio. Deze zorg is voornamelijk geleverd door gecontracteerde aanbieders



Figuur 3. Aantal dagen geleverde zorg binnen en buiten de regio in 2016

- i. Uit gesprekken met aanbieders blijkt dat capaciteit vooral is afgebouwd voor de Wlz en minder binnen de kaders van de jeugdwet. Daardoor ontstaat er druk op de voorzieningen in de jeugdwet. Circa een kwart van de jeugdigen is ouder dan 18.



Figuur 4. Aantal dagen geleverde zorg 18- en 18+ voor Flevolandse kinderen in 2016

Aanvullend op de punten die hiervoor uitgelicht zijn, zijn de uitkomsten van het action learning traject vertaald naar een toekomstbeeld voor de 24-uurszorg in Flevoland (hoe ziet de ideale situatie eruit over 5 jaar?):

1. Bij start van hulpverlening en bij voortduring vinden er goede (probleem)analyses plaats om de juiste interventies in te kunnen zetten.
2. Er bestaat alleen nog beperkte 24-uurszorg, die ingezet wordt ter ondersteuning van een ambulante behandeling. Of voor een kortdurende intensieve behandeling (van een paar weken).
3. Er komen alleen nog maar jongeren in de 24-uurszorg met een duidelijke vraag die past bij het aanbod.
4. Er wordt altijd systemisch gewerkt, zowel binnen de ambulante hulp als binnen de 24-uurszorg.
5. Woonproblemen zijn aangepakt: een vraag voor wonen wordt niet opgelost met een 24-uurs behandelgroep. Woonplekken (met name 18+) zijn voldoende aanwezig.
6. Gedragsdeskundigen beschikken over actuele kennis over wat werkt en handelen daarnaar.
7. Er is voldoende expertise en aandacht voor het motiveren van ouders om eigenaarschap te behouden of weer op te kunnen pakken.
8. Wanneer ambulant niet meer mogelijk is, zijn er tussenvormen ontwikkeld in plaats van langdurende 24-uurs zorg.
9. Wanneer helder is (goede analyse) dat thuis wonen niet meer aan de orde is, dan zijn er alternatieven zoals gezinshuizen etc.
10. Er is per gezin een geïntegreerd plan van aanpak (familieplan).

Al deze inzichten leiden er toe dat partijen zien dat er noodzaak bestaat en er mogelijkheden zijn om het gebruik van jeugdhulp met verblijf in behandelgroepen af te bouwen. In de bijlage bij dit document zijn uitgebreidere feiten en cijfers gepresenteerd.

4. Naar een duurzaam zorglandschap 2017 – 2021

De specialistische jeugdhulp is de afgelopen jaren sterk veranderd. Niet alleen is er een nieuw stelsel inwerking getreden, ook vindt er een omslag in denken plaats in welke hulp het beste is voor het kind (integrale zorg, zoveel mogelijk in de thuissituatie, bewezen effectieve behandelingen). Dit heeft grote gevolgen voor partijen die werkzaam zijn in het stelsel en is van invloed op het handelen van professionals.

Alle partijen delen het uitgangspunt dat zij handelen in wat het beste is voor het kind en het gezin. Een belangrijke verandering in het handelen van partijen is dat zij een kind met een hulpvraag in principe altijd in de thuissituatie zal helpen waarbij het belangrijk is dat hulpverleners kijken naar alle (achterliggende) problemen en daar gezamenlijk een oplossing voor bieden. Hierbij is het kind met de ouders (en/of verzorgers) zoveel mogelijk in de regie. Een gevolg hiervan is het adagium 'geen kind het huis uit, tenzij'. Dit moet de mindset van de toegang en van alle zorgprofessionals zijn. Alle partijen realiseren zich dat er altijd complexe hulpvragen over blijven waardoor het toch beter is om een kind niet thuis te laten blijven en in een

vervangende gezinssituatie te plaatsen met het perspectief om zo snel als mogelijk de situatie weer te normaliseren en terug naar huis te gaan.

Wanneer een kind toch het huis uit gaat, dan heeft het de voorkeur de vervangende gezinssituatie zo dicht mogelijk in de buurt van de oorspronkelijke woonplek te vinden zodat het mogelijk is gewoon naar school of sport te blijven gaan en de afstand tot ouders en verzorgers minimaal is.

De aanbieders van jeugdhulp hebben in aanloop van het nieuwe jeugdstelsel al flinke veranderingen ondergaan. De historie van de jeugdhulp begint immers niet op '0' in 2015, maar heeft al diverse veranderingen ondergaan in de periode voorafgaand aan de nieuwe jeugdwet. Aanbieders komen uit verschillende stelsels (Zorgverzekeringswet, AWBZ, Wet op de jeugdzorg) en kenden verschillende (soms meerdere) financiers en opdrachtgevers. Aanbieders zijn vaak niet alleen actief op het gebied van de jeugdwet, maar ook op het gebied van de Wmo, de Zorgverzekeringswet en de Wlz. In zekere mate is er ook sprake van overgangssituaties tussen stelsels, bijvoorbeeld bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar van een jeugdige en hebben zich tijdens de eerste periode van inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet nog diverse aanpassingen voorgedaan in de afbakening tussen stelsels. Bijvoorbeeld in de afbakening van de Wlz en de Jeugdwet. Zo hebben verschillende aanbieders veranderingen al doorgevoerd in de afbouw van hulp met verblijf in het kader van de Wlz.

De regio Flevoland heeft haar beleidsuitgangspunten voor een goed functionerend jeugdstelsel uitgewerkt¹; *“In Flevoland willen we meer en hoogwaardige jeugdhulp vooral dichtbij kinderen en gezinnen leveren, bijvoorbeeld in kwalitatief goede wijkteams. Daarnaast willen we dat specialistische kennis in alle segmenten van de jeugdhulpketen aanwezig is en continu verder wordt ontwikkeld. Intensieve zorg – soms ook buiten de directe omgeving van het kind – zal nodig blijven. Maar door kennis en vaardigheden naar de voorkant te brengen en specialistische kennis in alle jeugdhulpfuncties een belangrijke plek te geven, wordt vooral ingestoken op vroegsignalering en preventie ter voorkoming van intensieve zorg”*. In het beleidsplan zijn de kaders uitgewerkt voor de regionale samenwerking op het gebied van specialistische jeugdhulp en de bijbehorende financiële kaders.

Partijen vinden het belangrijk om voor de komende jaren goede afspraken te maken over de verdere transformatie op het gebied van zorg met verblijf en klinische jeugd-GGZ. De basis hiervoor vormt uiteraard de hulpvraag van een jeugdige. Tegelijkertijd leveren veranderingen, en met name wanneer deze schoksgewijs of on-afgestemd plaatsvinden, ook risico's op in de beschikbaarheid van specialistische jeugdhulp. Te allen tijde willen partijen er voor zorgen dat kinderen de juiste hulp kunnen krijgen die op dat moment nodig is. Partijen zijn het er over eens dat de verbetering van het stelsel gepaard gaat met de 'ombouw' van zorg met verblijf in behandelgroepen naar alternatieve zorgvormen. Partijen vinden het van belang om afspraken te maken over de verwachte inzet van alternatieve zorgvormen en de benodigde capaciteit de komende jaren zodat iedereen vanuit zijn rol hier invulling in kan geven waardoor een soepele en geleidelijke transformatie is verzekerd. En dat de veiligheid voor kinderen en kwaliteit van zorg is geborgd.

¹ Actualisatie Regionaal Beleidsplan Jeugdhulp Flevoland, BOSD 2 juli 2015

Bij een stabiel en duurzaam zorglandschap speelt ook een rol dat de aanbieders ook werkgever zijn en zorgvuldig moeten handelen naar de professionals die in dienst zijn van de aanbieders. Onrust onder personeel komt immers de kwaliteit van het werk niet ten goede. Ook dit belang speelt een rol bij het maken van afspraken over het toekomstige zorglandschap.

Daarom spreken partijen met elkaar af voor een langere periode (2017 – 2021) gezamenlijk op te trekken bij het doorvoeren van verdere veranderingen in het zorglandschap en er voor te zorgen dat er in 2021 een duurzaam landschap voor effectieve jeugdhulp is ontstaan. Daarbij dient de regio uiteraard de vigerende regelgeving zoals de Aanbestedingswet en Mededingingswet in acht te nemen.

5. Ambitie voor 2021 en gevolgen voor tussenliggende jaren

5.1 Residentiële jeugdhulp

Partijen spreken een forse ambitie uit voor het doorvoeren van de veranderingen in het zorglandschap. De **richtinggevende ambitie** luidt als volgt:

Partijen spreken af dat eind 2021 de capaciteit van de groepen behandeld wonen (basis en specialistisch) met circa 50% is afgenomen.

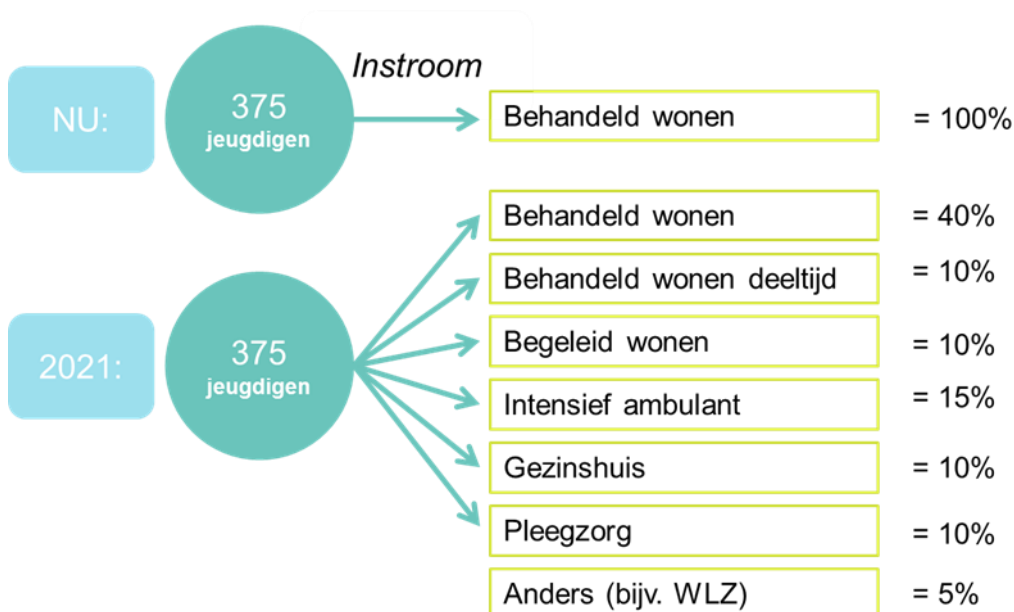
Daarbij spreken partijen ook af dat de residentiële capaciteit zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van de jeugdige is gesitueerd. Dit is een forse en uitdagende ambitie, maar waarvan partijen ook aangeven dat deze te realiseren is vanuit de gedachte dat het jeugdstelsel steeds beter gaat functioneren en het aanbod in de loop van de jaren beter kan inspelen op de exacte onderliggende hulpvragen. Partijen zijn er van overtuigd dat hierdoor een betere koppeling zal zijn tussen de hulpvraag en de inzet van een interventie die er toe leidt dat jeugdigen en gezinnen beter worden geholpen en – zeker op de lange termijn – zal leiden tot een beter resultaat van de hulpverlening.

Door de ambitie ook uitdagend te maken geeft het alle partijen een opdracht om veranderingen gezamenlijk ter hand te nemen en serieus werk te maken van de transformatie. Hierbij geldt een gezamenlijke verantwoordelijkheid waarbij ook rekening gehouden moet worden met een dekkend aanbod binnen de regio. Ongetwijfeld zal dit leiden tot nieuwe dilemma's, veranderingen in werkwijzen, gevolgen voor professionals en onderlinge verhoudingen. Tegelijkertijd weten partijen dat alleen met een uitdagende ambitie de overblijvende capaciteit ook duurzaam beschikbaar zal zijn.

Voor de tussenliggende jaren betekent deze ambitie een stapsgewijze af- en ombouw. Ordegrootte ziet de afbouw in behandelcapaciteit er als volgt uit:

- a. 2021: 50% afname
- b. 2020: 40% afname
- c. 2019: 30% afname
- d. 2018: 20% afname
- e. 2017: 10% afname

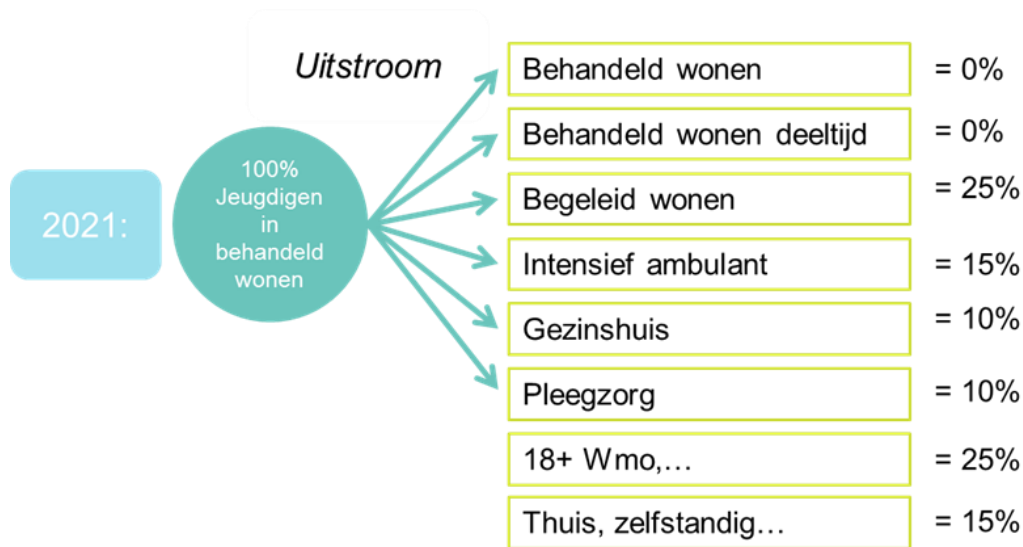
Partijen verwachten niet dat de hulpvraag die anno 2017 ten grondslag ligt aan de ingezette zorg met verblijf in 2021 met de helft zal zijn afgenomen. Partijen verwachten dat het mogelijk moet zijn om een groot deel van deze zorgvraag op een andere manier te beantwoorden. Ook verwachten partijen sneller af te schalen naar alternatieve zorg- en begeleidingsfuncties op locaties waar jeugdigen zich bevinden. Partijen gezamenlijk vinden het van belang om vormen van substituuut (verder) te ontwikkelen en er voor te zorgen dat zij gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de juiste match tussen vraag en aanbod. In de onderstaande afbeelding is de ontwikkelrichting voor de instroom en de uitstroom geschetst voor 2021:



Figuur 5. Denkriching voor andere hulpvormen die ingezet kunnen worden in plaats van behandeld wonen

Goede alternatieven voor behandeld wonen zijn intensieve ambulante begeleiding, begeleid wonen, gezinshuizen of pleegzorg. Als deze verschuiving plaatsvindt is het ook van belang om te kijken naar alternatieven voor wonen zoals wonen bij een hospita of deeltijd wonen in de vorm van strippenkaart voor jongeren die richting zelfstandigheid gaan (als back-up).

Daarnaast zien we een trend dat de doelgroep verzwaart, om deze tendens te stoppen zal eerder zwaardere en intensievere zorg geboden moeten kunnen worden, maar dan wel kort. Streven hierbij is dat jongeren en hun gezin combinatietrajecten krijgen, bijvoorbeeld intensief ambuland in combinatie met deeltijd wonen of kortdurend behandeld wonen en vervolgens ambuland met daarnaast ambulante hulp voor het gezin. Hierdoor kan sneller afgeschaald worden naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning. De intentie moet zijn om zo kort mogelijk te behandelen en dan af te schalen. Dit resulteert in de volgende denkriching:



Figuur 6. Denkrichting voor andere hulpvormen die ingezet kunnen worden als de verblijfsduur van behandeld wonen verkort wordt maar de jeugdigen nog wel een hulpvraag hebben

De denkrichting is dat ongeveer een kwart van de jeugdigen na een kort behandeld wonen traject uitstromen naar begeleid wonen. Een kwart van de jeugdigen stroomt uit naar beschermd wonen (Wmo) nadat ze 18 zijn geworden. De jongere jeugdigen zullen eerder terugkeren in hun thuissituatie met inzet van intensieve ambulante ondersteuning voor het gezin/systeem. Welke hulpvormen ingezet worden is dus voor een deel bepaald door de leeftijd van de jeugdige. Jeugdigen jonger dan 12 jaar stromen eerder uit naar huis met intensieve ambulante begeleiding, of ze gaan naar een gezinshuis of pleeggezin. Jeugdigen tussen de 12 en 16 jaar komen sneller op een leefgroep begeleid wonen terecht of ze gaan ook naar een gezinshuis of pleeggezin. Jeugdigen van 16 jaar of ouder (ook de 18 plussers) stromen eerder uit naar begeleid wonen, beschermd wonen (Wmo) of zelfstandig wonen met lichte ambulante zorg. Hierdoor zal er per leeftijdsgroep een verschil zijn in de verdeelpercentages. Het afwegingskader voor jeugdhulp met verblijf (ontwikkeld in de regio en binnenkort in gebruik) kan hierin houvast bieden.

5.2 Klinische jeugd-GGZ

De klinische jeugd-GGZ heeft de afgelopen jaren in de regio een aantal veranderingen ondergaan. Deze vorm van jeugd-GGZ is noodzakelijk om (zeer) complexe zorgvragen waarbij (tijdelijke) intramurale behandeling nodig is, in te kunnen vullen. Een verdere afbouw van de capaciteit van klinische jeugd-GGZ in de regio lijkt in de nabije toekomst niet aan de orde. Enerzijds omdat de kans bestaat dat hulpvragers dan in andere, minder geschikte voorzieningen terecht gaan komen. Anderzijds omdat ook de beschikbaarheid van de voorzieningen in het geding komen.

Partijen spreken af de klinische jeugd-GGZ in de regio Flevoland te handhaven op het niveau van begin 2017.

De hier geformuleerde klinische jeugd-GGZ heeft geen betrekking op verslavingszorg of forensische psychiatrie en eetstoornissen, die soms ook een klinische interventie vragen. De uitwerking voor deze specifieke zorgfuncties vindt plaats in de inkoopstrategie die de regio formuleert en toetst bij aanbieders

waarin beleidsvoornemens zijn uitgewerkt voor het duiden van essentiële functies en (eventuele) bovenregionale afstemming met andere regio's.

5.3 JeugdzorgPlus

De JeugdzorgPlus voorzieningen liggen anno 2017 allemaal buiten de regio. Dat maakt het minder goed mogelijk om nauwe aansluiting te realiseren tussen de jeugdige in JeugdzorgPlus en de context van de jeugdige. Partijen hebben daarom de ambitie om in de regio in de gemeente Almere een voorziening te ontwikkelen die valt onder JeugdzorgPlus. Daarbij kijken partijen ook naar de mogelijkheid om de duur van het intramuraal traject te verkorten door directe inzet van een ambulant traject gericht op het gezinssysteem naast de geslotenheid en goede aansluiting op eventuele nazorg. Flevoland richt zich op 16 plekken voor JeugdzorgPlus binnen de regio.

Partijen spreken af om in de regio in Almere een JeugdzorgPlus voorziening te ontwikkelen voor Flevolandse kinderen die vallen onder dit regime.

5.4 Zorg dichterbij huis

Het komt anno 2017 voor dat Flevolandse kinderen buiten Flevoland worden geplaatst bij aanbieders met wie geen overeenkomst is afgesloten. Het gaat hierbij om ongeveer 3% van het zorgvolume (exclusief het de zorg die valt binnen de Landelijke Raamovereenkomst Jeugdhulp). Hiervoor zijn verschillende redenen zoals een mismatch tussen vraag en aanbod en omstandigheden in het gezin. Partijen vinden dat de zorg zo dicht mogelijk bij huis moet zijn georganiseerd. De inzet van partijen is dan ook om het aantal kinderen dat buiten de regio wordt geplaatst te minimaliseren. Wel met de kanttekening dat dit genuanceerder ligt voor randgemeenten (met name Urk, Noordoostpolder en Zeewolde).

Ook maakt de regio Flevoland gebruik van de zorgfuncties die vallen binnen de Landelijke Raamovereenkomst Jeugdhulp (LRJ). Deze overeenkomst sluit de VNG namens alle gemeenten in Nederland af voor (hoog)specialistische jeugdhulp. Mogelijk dat dit het gevolg is dat deze vormen van jeugdhulp de specialistische jeugdhulp in de regio toch deels substitueren. Partijen streven er dan ook naar om daar waar deze zorg te substitueren is met zorgfuncties in de regio, minder zorg in te zetten via het LRJ.

Ook binnen de regio Flevoland en de door de regio gecontracteerde aanbieders is er een heroriëntatie nodig op de locatie van zorgfuncties. Niet iedere gemeente heeft evenwichtige relatie tussen de zorgvraag en beschikbaarheid van verblijfs capaciteit. Het kan daardoor zijn dat bijvoorbeeld voor Noordoostpolder, Urk of Lelystad 60% afbouw van behandeld wonen capaciteit mogelijk is, of juist maar 20%, afhankelijk van de problematiek van de lokale jeugd en het beschikbare lokale aanbod. Partijen streven er naar daar waar dit efficiënt mogelijk is om tot een betere verdeling te komen tussen de vraag naar verblijfszorg en de beschikbaarheid van de locatie zo dicht mogelijk bij de cliënt. Onderstaande tabel geeft een goed beeld van de huidige capaciteit aan bedden voor Flevolandse jeugdigen binnen en buiten de regio:

Zorgtype	1 Almere	2 Lelystad	3 Dronten	4 Noordoostpolder	5 Urk	Zeewolde	8 Buitenregionaal	Total
03 Begeleid wonen (incl. gezinshuizen)	20	18	31	13	6	11	12	111
04 Behandeld Wonen Basis	26							26
05 Behandeld wonen specialistisch	77	16	14					107
06 Crisisgroep	12							12
07 Moeder-Kind	9							9
08 Behandeld specialistisch GGZ(klinisch)	16			13			5	34
09 Jeugdzorg Plus							16	16
10 Diversen							38	34
Total	160	34	45	26	6	11	71	349

Tabel 3. Aantal bedden voor Flevolandse jeugdigen naar locatie in 2017²⁻³⁻⁴

De partijen spreken af de buitenregionale capaciteit van gecontracteerde aanbieders (de ca. 71 plaatsen) binnen 5 jaar zoveel mogelijk binnen de regio te alloceren. Daarmee ontstaat de mogelijkheid om deze zorgvormen daadwerkelijk dichterbij te organiseren. Daar waar het aanbod net buiten de regio ligt maar wel past binnen het plaatje van een goede regionale spreiding kan dit ook als 'regionaal' meegenomen worden. Voor JeugdzorgPlus is deze herallocatie al in werking gezet. De komende jaren zal dit ook plaatsvinden voor begeleid wonen en de groep 'diversen' (veelal behandelgroepen) zoals in de tabel genoemd. Voor JeugdzorgPlus en Klinische GGZ is het ook noodzakelijk om op bovenregionaal verband afspraken te maken.

In 2016 zaten 724 Flevolandse jeugdigen in pleegzorg, waarvan 549 jeugdigen in een pleeggezin binnen de regio. In onderstaand overzicht is te zien dat er naar verhouding veel kinderen in pleegzorg op Urk zitten. Let wel, als de voogdij van een kind vanuit Almere niet meer bij de ouders ligt dan geldt vanuit het woonplaatsbeginsel de feitelijke verblijfplaats van het kind⁵. In de regionale spreiding is pleegzorg een aandachtspunt, vraag en aanbod moet meer in balans gebracht worden.

Pleegzorg	1 Almere	2 Lelystad	3 Dronten	4 NOP	5 Urk	6 Zeewolde	Eindtotaal
Almeerse jeugdige	163 (85%)	4 (2%)	8 (4%)	9 (5%)	4 (2%)	4 (2%)	192
Lelystadse jeugdige	11 (8%)	89 (65%)	11 (8%)	9 (7%)	16 (12%)	0 (0%)	136
Drontense jeugdige	1 (2%)	1 (2%)	51 (93%)	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	55
NOP jeugdige	3 (5%)	1 (2%)	5 (9%)	44 (76%)	5 (9%)	0 (0%)	26
Urkse jeugdige	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	2 (2%)	79 (96%)	0 (0%)	82
Zeewoldse jeugdige	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (19%)	0 (0%)	21 (81%)	58
Eindtotaal	178	96	75	70	107	25	549

Tabel 4. Aantal jeugdigen in pleegzorg naar locatie in 2016.

Partijen spreken af om te komen tot een evenwichtige(re) verdeling tussen zorgvraag en locatie van zorg met verblijf in de regio.

² 01 Begeleid wonen en 02 gezinshuizen ontbreken op het overzicht omdat deze in 2017 zijn samengevoegd tot één categorie: 03 Begeleid wonen (incl. gezinshuizen)

³ 10 Diversen bestaat uit een fictief aantal bedden van 's Heeren Loo en Pluryn die zijn bepaald o.b.v. de formule zorgdagen /365*0,95. Deze plekken bevinden zich buiten de regio en kunnen niet aan een specifieke zorgvorm toegeschreven worden.

⁴ De JZ+ capaciteit in de tabel is alleen van Internetzo, informatie van 2 andere JZ+ aanbieders ontbreekt.

⁵ Op landelijk niveau ligt er een voorstel tot aanpassing van het woonplaatsbeginsel (zie *Commissiebrief Tweede Kamer inzake Commissiebrief verzoek om voortgangsbrief jeugdhulp, 2 juni 2017*)

5.5 Gemeente specifieke thema's

Naast de gezamenlijke ambities zijn er ook een aantal gemeente specifieke aandachtspunten en wensen die relevant zijn bij de operationalisering van deze ambities. Deze zijn:

	Specifieke aandachtspunten	Specifieke wensen
Almere	- Overgang 18-/18+ → veel jeugdigen vallen onterecht onder de jeugdwet en horen onder de WLZ te vallen	
Lelystad	- Vechtscheidingen, Huisvestingsproblemen	
Dronten	- Overgang 18-/18+	- Woonvoorziening t/m 23 jaar (waar kleinschalig begeleiding ingevlogen kan worden) - Begeleid wonen / gezinshuizen dichterbij
Urk	- Veel Almeerse en Lelystadse kinderen in pleegzorg op Urk	- Aansluiten bij de lokale zorgstructuur (specialistisch verblijf staat nog te ver af van de lokale zorgstructuur om tijdig af te kunnen schalen)
Zeewolde	- Arbeidsregio is Noord Veluwe terwijl de veiligheidsregio Flevoland is - Huisvesting	- Meer mogelijkheden voor het werken naar (zo veel mogelijk) zelfstandig wonen.
Noordoostpolder	- Gezinshuiscapaciteit is aan de lage kant	- Hebben Flevostate & Perspectief ook als residentiele aanbieders, hier rekening mee houden in de Stip

Tabel 5. Specifieke aandachtspunten en wensen per gemeente

6. Noodzakelijke randvoorwaarden voor het realiseren van de ambitie

6.1 Randvoorwaarden

Het realiseren van de ambitie gaat niet vanzelf. Partijen hebben gesproken over diverse randvoorwaarden die nodig zijn om de ambitie te realiseren. De randvoorwaarden hebben verschillende achtergronden. Enerzijds gaan randvoorwaarden over de zorginhoud. Er vanuit gaande dat de komende jaren de hulpvragen niet substantieel veranderen, dient er een alternatief aanbod ten opzichte van het huidige residentiële aanbod, te zijn om kinderen te kunnen helpen. Hierbij staat altijd de vraag van de cliënt centraal. Ook dient de keten als geheel goed gebalanceerd te zijn waarbij afschaling eenvoudig mogelijk wordt.

Andere randvoorwaarden gaan over de institutionele verhoudingen. Van belang hierbij is dat partijen aangegeven behoefte te hebben aan goed overzicht over het gehele landschap, maar ook behoefte over onderlinge afstemming over het beschikbaar stellen van het aanbod. Onderlinge samenwerking levert synergie op die individuele partijen niet kunnen bereiken. Ook geldt hierbij dat er veelvuldig is aangegeven behoefte te hebben aan meerjarige afspraken.

Belangrijk punt is dat de opgave van de verandering niet alleen betrekking heeft op de partijen die hebben gewerkt aan deze stip. De opgave heeft zowel betrekking op de regio als ook op de lokale activiteiten van gemeenten hoewel de regio daar niet over gaat. De opgave heeft ook betrekking op de keten voorafgaande aan de interventie, de keten die betrekking heeft op de gezinnen tijdens de interventie en de keten na afloop van de interventie. Dit punt is van belang om er voor te zorgen dat er ook een adequate vertaalslag plaatsvindt naar andere partijen in de keten en hun bijdrage in het realiseren van de ambities.

De belangrijkste randvoorwaarden zijn onderstaand geordend weergegeven:

Thema	Subthema
Substitutie	Begeleid wonen (16 <) (inclusief gezinshuizen) Intensieve ambulante zorg Pleegzorg(+) Deeltijdbehandeling Kinderen niet buiten de regio plaatsen
Afschaling	Woonvoorziening met begeleiding inzetten
Samenwerking	Gezamenlijk verantwoordelijk zijn, verblijf: nee, tenzij Planmatige opbouw en afbouw Gezamenlijk inzicht in cijfers zorglevering en capaciteitsontwikkeling Ketenoverleg relevante partners Samenwerking met onderwijs
Zorginkoop	Langjarige overeenkomsten (ca. 4 jaar) Ruimte voor innovatie, kwaliteit, leren en positie medewerkers Aandacht voor administratieve lasten
Diversen	Scheiding wonen en behandelen Afschalen in regio onderdeel beschikking laten zijn Gezamenlijke definities behandeling, trajectduur, begeleiding, doelgroep en kwaliteitseisen Er moet een duidelijke ordening zijn Norm voor 'opvang' en kwaliteit van de inhoud Casusregie en perspectiefregie op orde Werk & Inkomen aangehaakt Onderwijs aangehaakt Zicht op de hele keten voor iedereen Meer specifieke kennis in voorveld

Tabel 6. Randvoorwaarden voor realiseren ambitie

6.2 Ordening van het zorglandschap op het gebied van hulp met verblijf

In de praktijk is er regelmatig sprake van begripsverwarring. Dat maakt het maken van heldere afspraken soms lastig. Partijen hebben daarom gesproken over een heldere ordening van het zorglandschap op het gebied van hulp met verblijf.

Een belangrijk uitgangspunt is een duidelijkere scheiding van wonen en zorg. Separaat wordt beoordeeld of de jeugdige is aangewezen op behandeling en of jeugdige is aangewezen op wonen in een instelling. Behandeling zal apart beschikt worden en kan zo mee verhuizen van instelling naar huis en andersom. Behandeling is dan nog slechts een flexibel in te zetten toevoeging op jeugdhulp met verblijf. Waar het gaat om top-specialistische zorg, waarbij het nog onbekend is waar de behandeling bij de jeugdige op moet worden gericht, is behandeld wonen specialistisch nodig. Dit is dan de top specialistische behandelcapaciteit.

Hieruit volgt de volgende ordening:

Gezinsvervangend aanbod

- Gezinsvervangend wonen op groep
 - Met begeleiding
 - Met intensieve begeleiding
- Gezinsvervangend wonen in gezinshuis
- Gezinsvervangend wonen in pleeggezin
- Behandeling op groep met begeleiding en klinische behandeling
- Gesloten plaatsing op groep met intensieve begeleiding

Specialistische behandeling GGZ

- Specialisme forensische psychiatrie
- Specialisme kinderpsychiatrie
- Specialisme eetstoornissen
- Specialisme verslavingszorg

Bij deze ordening dient nog wel rekening te zijn gehouden met specifieke doelgroepen zoals lvb, moeder-kind, psychiatrische problematiek en 12- / 12+. Door de verblijfsvormen loopt ook een keten van op- en afschaling. Hierbij benadrukken partijen de ontwikkeling van transmuraal werken en ontschot werken. Dat betekent dat er meer vanuit de integrale hulpvraag van cliënt (en gezin) wordt gewerkt, dat er meer samenhang is georganiseerd tussen zorg thuis en in de instelling en dat er ook sprake is dat hulpverleners eenvoudiger verschillende leveringsvormen kunnen inzetten zonder financiële of regelgevende schotten in het systeem.

De genoemde ordening dient een nadere invulling te krijgen om te bepalen voor wie deze geschikt zijn en welke (kwaliteits)eisen gelden voor ieder van de verblijfsvormen. Tot slot dient een vertaling plaats te vinden van het huidige zorglandschap naar deze ordening en de gevolgen van de ambitie.

6.3 Behouden en in ieder geval te ontwikkelen

De vraag van de jeugdige moet ten alle tijden centraal staan en hier dienen de voorzieningen en het zorgaanbod op aan te sluiten. Vanuit dit startpunt hebben partijen gesproken over specifieke jeugdhulpvormen die in het zorglandschap moeten worden behouden. En vormen die partijen nu al missen. Daarnaast zijn er systemen en samenwerkingen die verder ontwikkeld moeten worden. In de nadere uitwerking van de stip op de horizon dienen deze vormen een plek te krijgen om er voor te zorgen dat de ambitie realiseerbaar is. Belangrijk is dat de hulp die ingezet wordt bewezen effectieve behandelingen betreft om doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen bieden. In onderstaande tabel zijn de jeugdhulpvormen opgesomd:

Thema	Subthema
Vasthouden: Jeugdhulpvorm	<ul style="list-style-type: none">• Moeder-Kind groep• Intensieve Home Training• Kortdurend verblijf als time-out• Jeugd FACT• Gezinsbehandeling IAG• Respijtzorg (even op adem)• Sterke consultatiefunctie voor het voorveld (dit wordt sinds kort geboden)
Missen nu al : Jeugdhulpvorm	<ul style="list-style-type: none">• (Deeltijd) klinische gezinsbehandeling• (Deeltijd) behandeling• Begeleid (zelfstandig) wonen (tot 23 jaar/autisme & gedragsproblemen)• Deeltijd pleegzorg• JeugdzorgPlus in de regio• MFC-groepen• Moeder-Kind groep (gaat nu uit de regio)• Snel inzetbare ouder-kind-training• Orthopsychiatrie• Thuisbegeleiding wat langduriger t.b.v. voorkomen opschaling
Missen nu al: systeem en samenwerking	<ul style="list-style-type: none">• Innovaties JIM/E-health/IHT• Overgang 18-/18+• Goed systeem ambulante crisis en spoedhulp• Samenwerking/inzicht in de keten• Huursubsidie en andere toeslagen

Tabel 7. Te behouden en missende (jeugd)hulpvormen en ontwikkeling van systeem en samenwerking

7. Hoe nu verder?

Met het formuleren van de ambities in deze notitie is een volgende stap gezet in de ontwikkeling van het jeugdstelsel in Flevoland. Maar, deze ambitie vraagt ook om opvolgende acties van alle partijen. Partijen spreken daarom het volgende af als vervolgstappen in het realiseren van de ambitie:

- a. Het bestuurlijk vaststellen van de inhoud van de Stip op de horizon;
- b. Het uitwerken van de stip op de horizon naar een regionaal uitvoeringsplan, naar de opgave van gemeente in de raakvlakken en randvoorwaarden van deze stip en naar de impact op jeugdigen en ouders, en de organisatie en medewerkers van aanbieders;
- c. Het uitwerken van werkwijze in de onderlinge samenwerking en monitoring;
- d. Het uitwerken van een allocatieplan voor omvang, locatie per aanbieder voor de komende jaren.
- e. Het vertalen van de ambitie naar een regionale inkoopstrategie en begrotingsraming voor de periode 2019-2021.