

Segment 3

Opmerkingen tijdens bespreking:

- Hoe gaan de gemeenten de Sterk lokale teams inrichten?
Wat is er nodig om de verschuiving te maken naar segment 1?
- Het begint met voldoende mensen in het SLT. Daarna kun je kijken naar de juiste expertise. Voldoende formatie.
- Kennis en kunde is een 2^e facet. Is deze kennis en kunde aanwezig. Er verdwijnt meer top deskundigheid en wordt niet aangevuld. Het personeel zal van de aanbieders moeten komen en die hebben dan weer mensen tekort. Het zal niet tot een lastenverlichting leiden, maar wordt groter. (Is een zorg vanuit een aanbieder) .
- Wanneer we de mensen niet krijgen in dat sterk lokale team, dan blijft het bij plannen en lukt de uitvoering niet.
- Expertise om de juiste analyse te maken is nog onvoldoende aanwezig bij de toegang.
- Doorstroom is heel lastig. Vaak in sector wonen / verblijf is er geen doorstroom. Maak een knip tussen wonen en ambulante behandeling om te kijken naar waar je criteria/ wat is er nodig , uit moet bestaan. Doorstroom vraag rondom 18- 18+. Wonen en begeleiding/ 18-18+ en ambulante hulp hebben allemaal andere criteria nodig.

Wat kunnen de voordelen zijn?

- Taakgerichte financiering kan een prikkel zijn om de juiste diagnose te stellen. Op basis van deskundigheid kan er de juiste diagnose worden gesteld.
- De doelstelling moet zijn: wat is er nodig voor het gezinssysteem? Dit betekent niet welke behandeling, maar vooral wat is er nodig. Kan uit allerlei segmenten bestaan. Hierdoor kan een stevige basis gelegd worden. Waarom doen we dat nu niet?
- Het SLT zal goed op de hoogte moeten zijn van het aanbod wat er is. De expertise daarover naar de voorkant brengen kan helpend zijn om gelijk de juiste zorg te bieden.
- Inzetten van consultfunctie van top deskundigheid. Dan heb je ze niet lokaal nodig, kan ook ingericht worden met hybride oplossingen. Het is een aanvulling op het team, hoeft niet fysiek hele dagen aanwezig te zijn. Huur het in en 'pak ze niet af' van de zorgaanbieders. Doe het in gezamenlijkheid en zorg dat de professionals op de juiste plekken blijven zodat de zorg gecontinueerd wordt.

Als je naar de kinderen kijkt die je nu begeleidt; wat hebben de professionals nodig om dat in segment 1 te bieden

- Hoort het Fasehuis thuis in segment 3? Het complexe zit er in de behandeling.
- In het SLT moet een regisseur zitten die constant kijkt naar doen we nog het juiste en kan het terug naar segment 1.
- In het wijkteam heb je nodig dat er voldoende mensen zijn om casusregie te voeren. De specialistische kennis moet je dichtbij het team organiseren. Of in het team, of heel dicht erbij.

Wat missen jullie, of wat zou er anders kunnen

- Proactieve houding van vestigingen voor verblijf vanuit gemeenten. Er kunnen plekken gecreëerd worden, maar gemeenten houden dit tegen of werken niet actief mee.
- Kleinschaligheid is leuk, maar iets groter opgezet is wel nodig om het houdbaar te maken
- Behoefte aan dekkend landschap en kortdurend verblijf.
- Verklarende analyse inzetten, kan helpend zijn. Er is bereidheid om deze methode verder in te gaan zetten, aangepast en bruikbaar.
We moeten voorkomen dat het geen invuloefening gaat worden.
- Degene met expertise die aan de voorkant zit, moet mee kunnen denken, evt. een stukje meelopen om de kennis te kunnen delen. Participerende consultatie kun je dat noemen.

Er zijn een aantal hulpvormen die niet in Zeeland plaatsvinden (LVB verblijf bijvoorbeeld). Het is goed om te kijken hoe dit komt en hoe dit aan kan trekken. Geen aanbieder kan investeren voor vier jaar om dit op te zetten. Dan kun je niet alleen taakgericht financieren, dan heb je ook innovatie budget nodig.

Dekkend landschap hoeft niet perse allemaal aanwezig te zijn in Zeeland.

Staat jeugdverblijf hoog op de agenda in Zeeland? Of is dit meer gericht op 18+.

Huisvesting kwetsbare doelgroep? Kleinschalige woonvorm staat wel op de agenda. In de woonzorgvisie staat jeugd niet voorop.

Ambulante verslavingszorg voor kinderen/jongeren is niet in Zeeland aanwezig, kunnen we daar aandacht voor hebben.

Groep 2

Wat is nodig om de verschuiving te bewerkstelligen naar segment 1:

- De hulp die het gezin nodig heeft op andere terreinen (buiten de jeugdwet). Als die niet direct beschikbaar is, heeft dat effect op de inzet van jeugdhulp. Wanneer je een goede samenwerking hebt met verschillende expertises zonder wachttijden, kan dat de jeugdhulp verkorten. Wat voor expertise is er dan nodig:
 - Maatschappelijke dienstverlening.
 - Hulp aan ouders (evt. GGZ).
 - Mensen in de wijk, huisartsen, steunfiguren.

Onderwijs is een belangrijke speler in het hele segment.

Risico dat kinderen onderbehandeld worden, dan heb je iets laten liggen als je segment 3 eruit haalt.

Wat is er dan nodig in het SLT

- Schil rondom je SLT heen, wie moeten daarin zitten:
- Gemeenten moeten een vergelijkbare SLT hebben. Directe inzet mogelijk. Afschalen moet kunnen en opschalen, moet vloeiend zijn.
Arbeidsmarkt is ook belangrijk. We vissen in dezelfde vijver.
- Bekostiging. Taakgerichte financiering.
- We brengen opnieuw schotten aan, hoe toegankelijk gaat dat zijn. Moet iemand perse via segment 2 naar 3, de soepelheid gaat eruit.

- Discussie tussen segmenten wil je voorkomen.
- Er is een enorm tekort aan pleeggezinnen. Dit tekort heb je niet zomaar opgelost. De kracht van pleeggezinnen is de kinderen zo gezond mogelijk op te laten groeien.
- De beschikking is vaak niet toereikend voor de zorgaanbieder.

Soms lukt het niet op een bepaalde plek en moet er snel geschakeld kunnen worden. Verbetering zou zijn wanneer het niet over teveel schijven gaat, en langere beschikkingen (dus niet voor 3 of 4 maanden).

Er zijn te weinig passende plekken voor kinderen. Zowel behandelplekken als woonplekken. De analyse aan de voorkant mist vaak. Hier begint de inzet van juiste zorg mee. Hoe kun je dat beter borgen in de SLT?

In de crisis komen vaak kinderen waar al veel hulpverlening in heeft gezeten. Op een gegeven moment loopt alles vast en is het crisis. Er is al een hele 'batterij' aan hulp langsgekomen.

Hoe krijgen we dit meer naar de voorkant, wat ga je oppakken vanuit je SLT?

We doen vaak meer van hetzelfde, is dat herkenbaar voor de zorgaanbieders?

Er wordt onder de noemer IPT heel veel geschaard, goed dat hier aandacht voor is.

In segment 2 en 3 moet meer specialisme komen. Nu is het generalistisch en doen we veel van hetzelfde. Laat de expertise ontstaan in segment 3 die ingevlogen kan worden.

Welke afweging maak je om iets Hoog Complex te noemen, zodat we op 1 lijn kunnen komen.

Mensen vanuit de inhoud mee laten denken.