

raadsmededeling

onderwerp	Actielijnen als input voor de doorontwikkeling Jeugdhulp per 2020
zaaknummer	Z/18/116730/232828
portefeuillehouder	J. Nieuwenhuis
team	Maatschappij
opgesteld door	N.C. Kager
datum voorstel	9 oktober 2018



Geachte raad,

mededeling Ten behoeve van de inkoop van jeugdhulp in 2020 dienen wij (ambtelijk) medio oktober suggesties aan Holland Rijnland mee te geven om de inkoopstrategie te ontwikkelen, opdat het inkooptraject in 2019 vorm kan krijgen. Het beleidsakkoord in de gemeente Leiden (m.n. het loslaten van de verevening) heeft dit proces versneld. Bij het bepalen van de richting willen we u als raad betrekken. Daarom hebben we op 27 september jl. een woordvoerdersoverleg georganiseerd waarin we een conceptnotitie "Jeugdhulp van transitie naar transformatie" met de woordvoerders Sociaal Domein hebben besproken. De notitie is naar aanleiding van de bespreking aangevuld, en nu als raadsmededeling aan u verzonden. Weliswaar vlak voor de oordeelvormende raad van 11 oktober, maar wij willen ook de raad formeel de gelegenheid bieden om ons opmerkingen mee te geven voor de diverse overleggen in de regio die in oktober plaatsvinden.

Jeugdhulp, van transitie naar transformatie

Op 1 januari 2015 is de jeugdhulp aan de gemeenten overgedragen. De decentralisatie bestaat uit twee fases:

- *De transitie: deze betreft de overdracht van verantwoordelijkheden, taken en budgetten van het rijk (en de provincie) naar de lokale overheden.*
- *De transformatie: meer inzet op vroegsignalering en preventie, vergroten eigen verantwoordelijkheid van jeugdigen en hun ouders, het opvoedkundig klimaat versterken, integreren van hulp en maatwerk bieden, tot slot, meer ruimte voor professionals en vermindering van regeldruk.*

De afgelopen drie jaar zijn de uitgaven aan jeugdhulp in Nederland met gemiddeld 5 % gestegen. In Oegstgeest is dat 3,6%. De budgetten die het rijk bij de decentralisatie aan de gemeente heeft overgemaakt zijn echter tussen 2015 en 2017 verminderd met ruim € 800.000 per jaar. In 2017 zit er tussen de uitgaven in Oegstgeest van ongeveer 4,5 mln. en de inkomsten vanuit het rijksbudget van ongeveer 3,5 mln. een mln verschil. Dit verschil is tot op heden enigszins verzacht door de afspraken rondom de solidariteit in de regio (vereveningsmodel). Recent is het besluit genomen dat de verevening in de regio anders moet worden ingevuld. In Oegstgeest zal dit besluit per 1 januari 2019 leiden tot een nadelig effect van ongeveer € 500.000,-. In de begroting voor 2019 is dit nadeel reeds verwerkt.

De noodzaak om de transformatie serieus vorm te geven is na drie jaar, waarin de aandacht vooral heeft gelegen op de zorgcontinuïteit, ook vanuit budgettair oogpunt bijzonder groot. In deze notitie schetsen wij vier actielijnen om de transformatie vorm te geven. Actielijnen die wij deels zelf zullen uitvoeren en deels als input leveren voor de totstandkoming van de inkoopstrategie in Holland Rijnland en de Leidse regio.

Actielijn 1. Onderzoek naar de aard en de omvang van de jeugdzorg in Oegstgeest, om gericht en concreet te kunnen sturen met maatregelen.

Landelijk krijgt één op de negen kinderen jeugdhulp (11,2%). In Oegstgeest zijn dat er één op de acht (12,6%). De variatie tussen gemeenten is groot. Er zijn gemeenten waar één op de zes kinderen hulp ontvangt, maar ook gemeenten waar dit één op de zestien is. In het objectief verdeelmodel wordt voor Oegstgeest uitgegaan van een lager jeugdhulpgebruik.

We hebben nu geen verklaring voor de relatief hoge omvang van het gebruik en we hebben ook nog onvoldoende inzicht in de aard van het gebruik. Om hier meer zicht op te krijgen willen we (laten) onderzoeken wie welke hulp indiceert en welke hulp door wie wordt geboden. We willen nagaan of het mogelijk is de volgende matrix in te vullen, zowel voor aantallen kinderen als voor de kosten.

	Doorverwijzers	JGT	Huisartsen	Specialisten	GI's	Totaal
Ambulant						
	Basis					
	Specialistisch					
	ADHD straat					
	Met beperking					
	Opvoedhulp					
	EED - Dyslexie					
Verblijf						
	Opvoedhulp					
	Met beperking					
	Specialistisch					
Gesloten						
	Landelijk					
	Regionaal					
Vervoer						
Transitie arr						
Totaal						

Liefst willen we deze cijfers vergelijken met vier referentie groepen:

- Het nationaal gemiddelde
- Holland Rijnland
- Gemeenten met dezelfde kenmerken
- De gemeenten uit de Leidse regio

Op deze wijze kunnen we mogelijk nagaan waar Oegstgeest verschilt en of daar een aanzet voor een verklaring in gevonden kan worden. Daarnaast gaan we op diverse deelgebieden onderzoek verrichten naar specifieke problemen die als oorzaken aangewezen kunnen worden voor het hoge zorggebruik (zoals demografisch onderzoek naar gezinssituaties, pestgedrag, verslavingen, omgevingsfactoren en andere indicatoren die mogelijk relevant zijn).

Het is niet op voorhand te zeggen dat relatief hoog gebruik en hoge kosten betekent dat er teveel aan jeugdzorg wordt uitgegeven. Het kan ook duiden op kwaliteit. Maar verschillen tussen gemeenten kunnen ons wellicht helpen ons een oordeel te vormen over aard en omvang en noodzaak van gebruik. Wij benutten de uitkomsten o.a. om gerichte interventies uit te voeren voor

bepaalde problemen in Oegstgeest (bijv. vechtscheidingen) en keuzes te maken met betrekking tot de expertise die nodig is in het JGT.

Het nu in Holland Rijnland lopende onderzoek Zorglandschap zal de uitsplitsing niet in zijn geheel kunnen leveren. Waarschijnlijk zijn ook de verwijzers en de zorgaanbieders maar deels in staat deze gegevens op dit niveau aan te leveren. Ons streven is te bezien in hoeverre dit wel lukt en in de toekomst hier steeds meer invulling aan te geven, ook om ontwikkelingen te kunnen monitoren. Wij zullen hiervoor een extern ter zake deskundig bureau inschakelen.

Actielijn 2. Meer grip op de lokale toegang

De lokale toegang verloopt via het JGT en de huisartsen.

- In het JGT zou voldoende capaciteit en expertise aanwezig moeten zijn om een groot deel van de zorgvraag zelf te kunnen leveren. In de praktijk wordt veel doorverwezen naar specialistische hulp.
- De meeste zorgvragen komen binnen op het spreekuur van de huisarts. Zeker waar het om ontwikkelings- en gedragsstoornissen gaat is een vaak voorkomende handeling het doorverwijzen naar specialisten of Gecertificeerde instellingen (GI's) in het gedwongen kader.

Wij ervaren onvoldoende grip op de werkwijze van de JGT en de huisartsen. Daarbij speelt ook mee dat JGT's aangestuurd worden vanuit de Coöperatie en niet door de gemeente. Wij stellen voor een aantal sporen te verkennen om meer grip te kunnen realiseren:

- Bezien of alle disciplines met voldoende ervaring in het JGT aanwezig zijn.
- Bezien of het stellen van Indicatieve grenzen (op basis van vergelijkbare gemeenten) aan het aantal behandelingen door het JGT zelf, de kosten hiervan, en het aantal doorverwijzingen een mogelijkheid is.
- Bezien of het stellen van Indicatieve grenzen aan het aandeel PGB's in relatie tot het aantal ZIN (zorg in natura) indicaties een mogelijkheid is.
- Stelselmatiger huisartsen met het JGT in overleg brengen zodat meer doorverwijzingen ook daar terecht komen.
- Nagaan in welke mate de constructie met een huisartsondersteuner vaker doorverwijzing kan verminderen.

Bovenstaande punten vertalen wij uiteindelijk in de aanbesteding voor de toegang.

Actielijn 3. Vroegsignalering en preventie: investering in de toekomst

We zijn gestart met het opstellen van een gezamenlijk (gemeente en lokale organisaties) preventieakkoord. Het preventieakkoord zet in op vroegsignalering en preventie, omdat dit kan bijdragen in het voorkomen van verergeren van stoornissen en daarmee ook aan het verminderen van zorgkosten. Daarbij moet met het volgende rekening worden gehouden:

- Dit vergt extra budget van de gemeente terwijl de reguliere zorgkosten nog stijgen. Preventie leidt waarschijnlijk pas over een aantal jaren tot minder zorgkosten. Dit vergt politieke keuzes.
- In de tweede plaats zijn de (financiële) belangen tussen zorgaanbieders, ook onderling, scholen en gemeenten soms tegengesteld. Het is dan ook belangrijk om hier gezamenlijk de verantwoordelijkheid in te nemen.

Het preventieakkoord zal ten minste de volgende onderdelen bevatten, ondergebracht in drie thema's:

1. Het gezin centraal

- Een stevige civil-society, met een nadrukkelijk beroep op eigen kracht.
- Stimulering positief opvoedklimaat.
- Tegengaan van vechtscheidingen en begeleiding hierbij.

-Sport als middel voor mentaal en lichamelijk welbevinden (niet roken, onder- en overgewicht).
Hierbij ook zeker raakvlakken met sportakkoord.

2. Mentale gezondheid

- GGZ-preventie en terugdringen gespecialiseerde GGZ-zorg.
- Samenwerking met de huisartsen/JGT (pilot POH -GGZ Jeugd).
- Weerbaarheid van kinderen (pesten).
- Prestatiegerichtheid bij ouders/kinderen.
- Eenzaamheid en verwaarlozing. Hierbij ook raakvlakken met actieplan Eenzaamheid.
- Drank- en drugsgebruik.

3. Onderwijs

- Ondersteuning d.m.v. VVE/kinderopvang.
- Preventie in basisonderwijs.
- Preventie in voortgezet onderwijs.
- Samenwerking met jeugdhulpaanbieders/JGT/jeugdgezondheidszorg.

De bovenstaande thema's worden nader uitgewerkt, waarbij nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan het toespitsen van interventies naar diverse leeftijdsgroepen (0-4,5, 4-12, 12-21jaar). Hiermee kan passend maatwerk worden geboden in de ontwikkeling naar de volwassen leeftijd. Aangezien vroegsignalering en een goed ontwikkelingsverloop van kinderen vaak al voor het 12^e jaar noodzakelijk is, hebben we hieronder een aantal concreet uit te werken punten opgenomen die in het preventieakkoord ook een plek krijgen. Deze punten zullen ook in het overleg in de Leidse regio worden ingebracht.

a. Het doorontwikkelen van de huidige aanpak voor kinderen van 0 tot 4,5 jaar

Al sinds de jaren '70 wordt de ontwikkeling van kinderen van 0 tot 4,5 jaar door het consultatiebureau, nu CJG, gescreend (het Wiechen Ontwikkelings Onderzoek, VWO). Hierbij wordt gelet op de grove en fijne motoriek, alsmede communicatie, adaptatie, persoonlijkheid en sociaal gedrag. Recent (september 2018) is hieraan toegevoegd de SDQ (2-4 jaar). Deze meet psychosociale aspecten als hyperactiviteit, emotionele problemen, gedragsproblemen en sociaal gedrag.

Doel van de screening is het:

- Begeleiden van de ontwikkeling van zuigelingen en peuters/kleuters.
- Zo goed mogelijk betrekken van ouders hierbij.
- Vroegtijdig signaleren van ontwikkelingsproblemen en -stoornissen.
- Ondersteunen van een eventuele verwijzing.

Dit onderzoek is gebaseerd op het algemene ontwikkelingsverloop van kinderen. Er kunnen achterstanden of afwijkingen mee worden gesignaleerd. Om specifieke ontwikkelingsstoornissen te herkennen is aanvullend onderzoek nodig. Wij gaan na of dergelijk aanvullend onderzoek gericht op het herkennen van specifieke stoornissen in voldoende mate uitgevoerd wordt. En we zetten in op een preventiever 'peutervolgsysteem'.

Om te komen tot een volwaardig peutervolgsysteem, naar analogie van het bestaande leerlingvolgsysteem, zou onderzocht kunnen worden of het instrumentarium aangevuld kan worden. Op dit punt zit veel deskundigheid bij de Universiteit van Leiden (Hanna Swaab, Wouter Staal, Ina Beckelaar Onnes).

- Er zouden vragen aan de door het CJG gebruikte lijst toegevoegd kunnen worden, met name op ontwikkelings- en gedragsstoornissen als ASS (autisme), ADHD/AAD en TOS (taalontwikkeling).
- Het zou mogelijk moeten zijn dat derden input geven naar de (jeugd)arts/verpleegkundige, die een momentopname ziet en moet varen op de ouders die vaak een (te) positief beeld hebben.
- Te denken valt aan ervaren leidsters bijvoorbeeld met een VVE-aantekening van een kinderdagverblijf of peuterspeelzaal. Omdat zij de kinderen langdurig meemaken en veel vergelijkingsmateriaal hebben kost hen dit vrij weinig tijd. Er bestaan beknopte maar

betrouwbare vragenlijsten voor dit doel die zij zouden kunnen invullen, bij de reguliere oudergesprekken agenderen en aan het CJG kunnen mailen.

b. Het doorontwikkelen van de huidige aanpak voor kinderen van 4 tot 12 jaar

Meer toetsen op executieve en sociaal-emotionele competenties:

Voor deze groep kinderen is het leerlingvolgsysteem ontwikkeld. Een belangrijke bouwsteen hierin is het pakket Cito-toetsen, dat met name het leervermogen en de leervorderingen meet. Nog niet vanzelfsprekend is dat ook periodiek getoetst wordt op het executieve functioneren en de sociaal-emotionele competenties, die beide van groot belang zijn om intelligentie effectief te kunnen benutten. Door bijvoorbeeld de leerkracht en de ouders de gelegenheid te bieden om periodiek dergelijke toetsen in te vullen.

c. Aandachtskinderen

Op basis van het percentage kinderen dat nu jeugdhulp ontvangt, denken we dat naar schatting circa 10 tot 15 % van de kinderen extra screening / onderzoek nodig heeft. Zij worden, met toestemming van de ouders bijvoorbeeld getest met de CoSoS (0 tot 6 jaar), BRIEF-P (2 tot 5 jaar), DESSA (4 tot 12 jaar) of BRIEF-screener (5 tot 18 jaar) Bij de JGT als daar de vereiste registratie aanwezig is; anders bij een zorginstelling.

Overigens zijn sommige groepen ouders hiertoe minder snel geneigd of niet bereid, bijvoorbeeld die met lagere opleiding, niet-westerse achtergrond of die zelf ook een stoornis hebben (vaak nog niet onderkend). In Oegstgeest zou dat minder kunnen spelen dan bijvoorbeeld in enkele wijken in Leiden.

Een specifieke uitdaging voor Oegstgeest in relatie tot vroege opsporing (en liefst preventie) van psychische problematiek, zit hem in de groep kinderen met een ontwikkelingsvoorsprong/hoogbegaafdheid. Door de grote populatie hoogopgeleide ouders, wonen er in Oegstgeest (naar verwachting) ook relatief veel kinderen met een ontwikkelingsvoorsprong. Deze kinderen vinden niet vanzelf aansluiting bij leeftijdsgenootjes en voelen zich vaak onbegrepen, waardoor ze psychisch kunnen vastlopen. Vroege herkenning kan voor deze kinderen veel betekenen, omdat de omgeving dan beter bij ze kan aansluiten (ouders in de opvoeding, maar ook peuterspeelzaal en school). Het is momenteel nog geen gebruik in de JGZ om hier gericht naar te kijken (geen onderdeel van het basispakket), maar er zijn wel mogelijkheden.

d. Jeugdhulp en onderwijs meer op elkaar betrekken

Thuiszitters aanpak versterken:

Er is een (kleine) categorie kinderen die zelfs niet met het huidige passend onderwijs in staat is dagelijks naar school te gaan. In Oegstgeest gaat het om 3 kinderen, die om die reden zijn 'vrijgesteld' van onderwijs en vaak thuis zitten. Daarnaast zijn er 8 leerlingen (augustus 2018) in Oegstgeest met een hoog risico op thuiszitten.

Hieraan zijn grote nadelen verbonden:

- In de eerste plaats voor het kind. Het is verstoken van sociale contacten met leeftijdgenoten en vaak van adequaat onderwijs.
- En voor de ouders. Zij kunnen een forse belasting voor hen zijn.
- Maar zeker ook om dat deze categorie later grote kans heeft op (zeer) dure vormen van zorg gedurende een (levens)lange periode. Dit kan oplopen tot 1 - 2 miljoen euro per kind.

Voor een deel van deze kinderen zijn oplossingen denkbaar om met aangepaste uren en dagen, met extra begeleiding, soms in een specifieke omgeving, toe te kunnen groeien naar de schoolse omgeving, vaak speciaal onderwijs.

Er lopen experimenten die deze combinaties vormgeven. Hiervoor zijn pilot - arrangementen van bestaande financiering uit zorg en onderwijs en extra subsidie (bijvoorbeeld uit het Tijdelijk Fonds Jeugdhulp Holland Rijnland) mogelijk gemaakt. Sinds 1 augustus 2018 zijn de wettelijke mogelijkheden verruimd door invoering van de zogenaamde Variawet.

Belemmeringen onderwijs-zorgarrangementen opheffen:

De grootste belemmeringen hiervoor zijn:

- De extra inspanning die nodig is om zorg – onderwijsarrangementen op maat te ontwikkelen.
- Het niet aansluiten van bekostigingssystemen van zorg en onderwijs.

Om bovenstaande redenen is het nodig om te onderzoeken:

- Welke kosten gemoeid zijn met deze arrangementen.
- Welke kosten hiermee bespaard kunnen worden in de toekomst.
- Hoe deze aanpak kan worden georganiseerd en op welke (regionale) schaal.

In Holland Rijnland verband is zo'n onderzoek naar onderwijszorgarrangementen voor 'thuiszitters' (Innovatie Dekkend Netwerk) gestart. Wij gaan na of de hier genoemde vragen met dit onderzoek beantwoord worden.

Actielijn 4: Kosten- en risicodeling bij inkoop

Bij de huidige drie zorgcontracten (gespecialiseerde zorg, JGT en Gecertificeerde Instellingen) in Holland Rijnland liggen de risico's en daarmee de kosten vooral bij de gemeenten. In een aantal regio's zijn ervaringen opgedaan om die balans te verleggen richting de zorgaanbieders. In onze regio hebben Alphen aan den Rijn en Kaag en Braassem die onder de naam GO! ingezet. Een andere optie kan zijn om juist de balans te leggen naar de voorkant, een hoogwaardige toegang, die de mogelijkheid geeft om veel ambulante hulp zelf uit te voeren en waarbij de gemeente zorgt dat de omgevingsfactoren rondom een gezin integraal aangepakt worden. Een voorbeeld hiervan is het inkoopmodel West Brabant West. Hierbij moet worden benadrukt dat geen van de modellen zich nog in de praktijk heeft uitgewezen als een bewezen effectief systeem. Om die reden verdient het de voorkeur om bij de ontwikkeling van een nieuwe inkoopstrategie vooral te bezien welke componenten in de verschillende inkoopmodellen bruikbaar zijn, waarbij aandacht is voor zowel sturing op kosten als kwaliteit.

a. Gespecialiseerde zorg

Wij willen op korte termijn de contouren van een nieuw aanbestedingsmodel voor de gespecialiseerde zorg aan de orde stellen. De TWO kan deze meewegen in de modellen die het dit najaar zal ontwikkelen. Gebruikmakend van ervaringen in andere regio's en van nieuwe inzichten van PIANOo. Een mogelijke keus kan zijn het Innovatiepartnerschap conform de Aanbestedingswet (PIANOo, Aanbesteden WMO 2015 en Jeugdwet, gepubliceerd in januari 2018).

Deze is geschikt 'als diensten niet op de markt zijn met het gewenst prestatieniveau'. Dit is het geval gezien de toenemende aantallen, kosten en wachtlijsten in de jeugdzorg.

De voornaamste stappen in deze aanbesteding zijn:

- Definitie van het probleem en criteria
- Toetsen welke consortia voldoen aan de criteria
- Eerste inschrijving en onderhandelen over volgende rondes
- Definitieve inschrijving en gunning

Te stellen criteria aan consortia:

- Biedt totale range aan jeugdzorg aan
- Geen versturende incentives binnen consortium

Te stellen criteria aan contract:

- Adequate zorg tegen minimale kosten
- Maximeert wachtlijsten op nader te bepalen periode
- Stuurt budget op nader te bepalen gemiddelde van zorgkosten
- Deelt resterende budgetrisico's in nader te bepalen verhouding met opdrachtgever

b. Inkoop JGT

De huidige vorm van een coöperatie die de facto de JGT's aanstuurt beperkt de zeggenschap van gemeenten over 'hun' JGT. Gezocht wordt naar een vorm waarbij de gemeente de aansturing op haar eigen JGT kan verbeteren. Voor de hand ligt om de aanbesteding daarvan, gezien de schaalgrootte van Oegstgeest, gezamenlijk te doen met de gemeenten van Holland Rijnland of de Leidse regio. De mogelijkheid van aansturing door gemeenten na de gunning zal geborgd moeten worden in het contract. Ook hier is, misschien in mindere mate dan bij specialistische zorg, het innovatiepartnerschap mogelijk een goede keuze als aanbestedingsmodel, zowel qua processtappen als criteria.

Ook overwogen kan worden, indien de voorkeur uitgaat naar het GO! model uit Alphen aan den Rijn en Kaag en Braassem, om het JGT als onderdeel van het consortium aan te besteden.

c. Inkoop Gecertificeerde Instellingen (GI)

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de continuïteit van jeugdbescherming en jeugdreclassering. De GI's zijn bij wet de enige partij die dit mag doen. Vanuit de VNG wordt aangedrongen op bovenregionale samenwerking bij de contractering van de GI's. Het is wenselijk gezamenlijk afspraken te maken met de GI's opdat de zorgplicht van gemeenten niet in gevaar komt. In 2016 zijn gemeenten in de regio's Holland Rijnland, Haaglanden, Midden Holland en Zuid-Holland Zuid ambtelijk gaan samenwerken met als doel de sturing op de GI's vorm te geven, hier gezamenlijk inhoud aan te geven en zo veel mogelijk eenduidigheid te realiseren. Binnen deze afspraken is het wenselijk een bepaalde flexibiliteit te behouden, waardoor (sub)regionale sturing op de GI's kan plaatsvinden.

d. Aandachtspunten bij de inkoop JGT en gespecialiseerde zorg

-Dyslexie

Een apart onderwerp dat bij de nieuwe inkoop belicht moet worden is het onderwerp dyslexie. Dyslexie is een steeds vaker gestelde indicatie. Het is de grote categorie behandelingen en hoewel de kosten per behandeling relatief laag zijn, vormen zij een grote begrotingspost. Het is waarschijnlijk dat het beeld van overindicatie klopt. Dit komt door drie factoren:

- De vraag uit de markt (ouders) gezien de faciliteiten die kinderen met deze indicatie krijgen bij proefwerken, vrijstellingen en examens.
- De (vele) behandelaars die zowel de indicatie als de behandeling geven, waardoor er een verstoring incentive aanwezig is.
- Scholen zijn niet altijd in staat extra ondersteuning te geven bij lezen, zoals de eis is voor het afgeven voor een dyslexieverklaring.

We zouden kunnen onderzoeken of de eis gesteld kan worden dat dyslexieverklaringen moeten zijn afgegeven door het JGT of een andere onafhankelijke beoordelaar, om voor vergoeding in aanmerking te komen. De behandeling kan dan bij de (gecontracteerde) bureau's plaatsvinden.

-Autisme bij peuters

Al op jonge leeftijd, al voor het tweede jaar, kunnen er aanwijzingen zijn voor ASS. Hulpverleners in de eerste lijn aarzelen nog (te) vaak om door te verwijzen naar de GGZ als kinderen nog erg jong zijn. In de praktijk zien we dat de diagnose en behandeling meestal niet eerder dan in het vijfde of zesde levensjaar starten.

Deze vertraging is nadelig voor de ouder en voor het kind. Onderzoek wijst uit dat vroegtijdige onderkenning en behandeling van autisme effectief zijn voor de ontwikkeling van het kind. Daarmee wordt zwaardere zorg op latere leeftijd in veel gevallen voorkomen.

De JGZ-richtlijn Autismespectrumstoornissen uit 2015 bevat al een stappenplan voor hulpverleners in de eerste lijn. Het Landelijk Netwerk Autisme bij Jonge Kinderen (LNAJK) werkt een aanpak om deze te screenen uit. De aandacht voor deze werkwijze is groeiende. In Nederland wordt deze nu op diverse plaatsen in de praktijk gebracht.

In het kader van de preventie erop inzetten dat vroegtijdige onderkenning en behandeling van ASS bij peuters onderdeel uit gaat maken van de aanbesteding van de JGT's en de specialistische hulp.

-Inkoop huisartsenondersteuning

Huisartsen zijn de grootste doorverwijzers naar gespecialiseerde zorg, wellicht vaker dan nodig. Dat zou kunnen betekenen dat hier zwaardere en duurdere zorg wordt verleend dan nodig.

De volgende opties zouden we kunnen uitwerken:

- Nadrukkelijk wijzen op de wenselijkheid om vaker door te verwijzen naar het CJG. Het CJG moet in staat moeten zijn te bepalen of het JGT kan behandelen of dat doorverwijzen naar gespecialiseerde zorginstellingen een beter keuze is.
- Beschikbaar stellen van artsondersteuners. Deze zouden frequent in de huisartsenpraktijk aanwezig moeten zijn. Zij zouden ook deel moeten uitmaken van het JGT. Hier komen dan de grootste lokale verwijzers / behandelaars samen.

Gezien de fase waarin we zitten in de samenwerking met de huisartsen ligt hier wellicht meer en convenant dan een aanbesteding voor de hand.

Tot slot

Wij willen deze actielijnen in ons overleg met de subregio/regio inbrengen bij de gesprekken over doorontwikkeling van de Jeugdhulp na 2020 en specifiek over de nieuwe inkoopronde die in 2019 wordt vormgegeven. De nieuwe inkoopstrategie wordt ter besluitvorming aan u voorgelegd.

bijlage(n)

Burgemeester en wethouders van Oegstgeest



de secretaris
H.A. Leegstra



de burgemeester
E.R. Jaensch