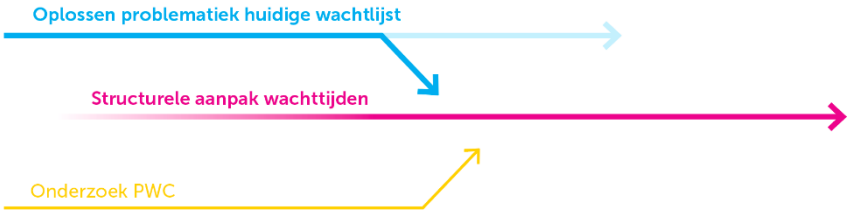
Plan van aanpak wachttijden regio Rijnmond

Introductie

Wachttijden zijn een groot probleem. Voor de jeugdigen die moeten wachten, maar ook voor gemeenten en aanbieders omdat wachttijden extra zorg, werkdruk en kosten veroorzaken. In de regio is de problematiek dermate groot (± 1800 kinderen/ jongeren op een wachtlijst met vaak hele lange wachttijden) dat er acuut actie op moet worden ondernomen. Tegelijkertijd vraagt het permanent aanpakken van de wachttijd problematiek een langetermijnvisie en een lange adem. Een die sterk samenhangt met het beheersen van de in-, door- en uitstroom in het jeugdzorgdomein. Dat vraagt om een twee sporen aanpak, die aansluit bij de plannen in de regio en de Regiovisie Jeugdhulp regio Rijnmond "Nabij en passend":

- Directe aanpak gefocust op de wachtlijst in perceel E
- Opzet permanente verbeteringen wachttijdproblematiek
    - Perceel E en breder i.c.m. overige velden.

De focus ligt eerst bij de directe aanpak van de wachtlijst in perceel E. De inzichten die hierbij worden opgedaan dienen samen met de input uit eerder regionaal/ landelijk onderzoek en een regionaal onderzoek door PWC als input voor de structurele aanpak van wachttijden binnen de regio Rijnmond. Zo ontstaat de volgende globale projectplanning.



In dit stuk sluiten we aan bij wat de regio zelf heeft opgesteld in het document "Memo Voorstel Onafhankelijke Triage en trajectregie in E". Ook past het bij de regiovisie: *een sterke lokale infrastructuur, een aansluitende regionale infrastructuur en samen leren wat werkt*. Met name die laatste willen we benadrukken: het gaat over een complexe transformatie die we niet vooraf kunnen bedenken. We zullen stap voor stap moeten leren wat wel (en ook niet) werkt, het is een lerend systeem. Ook sluit het aan bij de uitgangspunten van het AB:

- Zo veel mogelijk lokaal organiseren;
- Afschalen naar lokaal (wijkteams/ lokaal aanbod);
- Samenwerkingen wijkteams – specialistische aanbieders versterken;
- Prioriteit bij wachtenden waarbij de treeknorm (>14 weken) is overschreden
- Snelheid gewenst (aanpak korte termijn, kan afwijken van aanpak langere termijn);
- Bij decentrale triage de administratieve lasten voor aanbieders beperkt houden.

Oplossen problematiek huidige wachtlijst Perceel E

Om de huidige problematiek aan te pakken beginnen we samen met de betrokken instellingen met een inventarisatie van de wachtlijst. Daarvoor moeten enkele dingen gebeuren:

Opzet gegevensverzamelingsinstrumenten

Om overzicht te kunnen creëren moeten de verschillende wachtlijsten worden samengevoegd. Daar hoort een systeem bij om de data in te aggregeren, met meta-data om snel zaken bij elkaar te kunnen zoeken – struikelpunt hiervoor is nu AVG, dus daar moet in samenwerking met de verschillende instellingen, en de door hen aangestelde projectleider naar worden gekeken.

Om deze lijst up to date te krijgen en om te achterhalen of kinderen/ jongeren op de lijst nog steeds op dezelfde hulp wachten of (tijdelijk) iets anders nodig hebben – *wellicht meer lokaal/ lichter* – moeten we bij de cliënten zelf inventariseren. Dat kan op meerdere manieren (bellen, digitale enquete/uitvraag). We verwachten deze beide methodes nodig te hebben en ligt het eraan wat er nu al bekend is welke we hoe inzetten. We sluiten dus aan bij welke inventarisatie er al is gedaan.

Er moet worden bepaald in welke volgorde we cliënten we gaan benaderen (geordend op zorgprofiel, status wachtlijst, , …?) en wat er hierna gebeurt om te kunnen helpen.

Voor de inventarisatie is het nodig om goed scherp te krijgen wat we willen weten en hoe we dat gaan uitvragen. Daarvoor is een belprotocol nodig en een manier voor de professional die belt om dit snel, overzichtelijk en eenduidig te kunnen verwerken. Deze professional komt het liefst uit een onafhankelijk team om dit zo zuiver mogelijk te kunnen doen. De digitale uitvraag doorgaat hetzelfde proces: welke vragen worden hoe gesteld en hoe verwerken we deze informatie op een zinvolle manier (en hoe nemen we verder contact op met de benaderde cliënten).

De uitvraag starten; meteen starten en iteratief verder ontwikkelen

Met oog voor de ernst van de problematiek is het doel om zo snel mogelijk te beginnen met de cliënten te benaderen (dus vanaf 3 juli 2021). De instrumenten (bellen/digitale enquête) kunnen steeds verder verbeterd en datzelfde geld voor de manier waarop we ze in het overzicht kunnen verwerken; dit is dus een systeem dat steeds nog een beetje beter wordt. Op basis van het afwegingskader regionaal/lokaal (regionaal product) kan al gestart worden met het triageren van de wachtlijst door aanbieders en het afschalen naar gemeenten.

In de gesprekken en digitale enquête is niet alleen aandacht voor het direct 'behandelinhoudelijke' maar kijken we ook naar de context van het (ontstaan) van het probleem, zoals het gezin, eventuele complicerende factoren, zaken in het systeem, schulden, etc. De vragenlijst bevat deze thema's.

Het bellen en de digitale enquête gaat dus verder dan wat er in de memo **Voorstel Onafhankelijke Triage en trajectregie in E** staat (of in het concept afwegingskader regionaal/lokaal). Het bepalen of iemand lokaal of regionaal behandeld kan worden is een belangrijke inschatting. Echter, wanneer we toch bellen kan er meteen meer informatie verzameld worden.

Verwerken gesprekken: oplossen en analyse

In de gesprekken wordt zoveel mogelijk meteen opgelost en wordt er bovendien zoveel mogelijk ingezet op 'afschalen naar lokaal' en de inzet van BGGZ. Afhankelijk van het gesprek zijn er een aantal mogelijkheden:

Al opgelost / kan meteen worden opgelost

Een deel van de te bellen kinderen en jongeren staat onterecht op de wachtlijst, omdat ze op een ander manier inmiddels geholpen zijn, of snel op een andere manier kunnen worden geholpen, waarbij afschalen naar lokaal altijd de voorkeur heeft als dit mogelijk is. Ook kan het bellen in zichzelf al een instrument zijn van hulp bieden (zoals 'normalisering' of verwijzen naar sociale kaart).

Nieuwe oplossingen

Zoals in **Voorstel Onafhankelijke Triage en trajectregie in E** staat is het belangrijk dat de aanbieders een gezamenlijk plan maken voor de mensen op de wachtlijst. Deze aanpak zullen we baseren op het voorgaande onderzoek en wat we hebben opgehaald uit de belletjes. Dit geldt ook voor wat de lokale teams kunnen doen.

Een (groot) deel van de wachtlijst zal namelijk na de eerste gesprekken blijven bestaan. Bij de kinderen en jongeren op de lijst zoeken we samen met instellingen naar slimme mogelijkheden om zoveel mogelijk van de kinderen en jongeren in zo min mogelijk tijd te helpen. Bijvoorbeeld door de inzet van transdiagnostische groepssessies, e-health etc. Afhankelijk van de oplossingen wordt dit opgepakt door aanbieders of de gemeenten zelf.

Ook zullen er casussen zijn waar meteen een oplossing moet worden gevonden, maar waar dit niet zo eenvoudig blijkt. Instellingen kunnen dan leunen op het expertise van tOLCC en samen zoeken naar mogelijkheden die passend zijn bij de problematiek. Zij coachen de expertise teams. Zie bijlage 1 over de aanpak van tOLCC.

Analyse; en samenhang met permanente aanpak wachttijden

De gesprekken zijn dus in eerste instantie gericht op het direct oplossen van de problematiek. Tegelijkertijd worden ze ook kwalitatief en kwantitatief geanalyseerd om te zoeken naar effectieve oplossingen om ook permanent de situatie op het gebied van wachttijden te verbeteren.

Enkele casussen worden uitgebreid onder de loep genomen en van begin tot eind geanalyseerd; dit wordt gefaciliteerd door team OLCC waarin team wachttijden meekijkt/ meedenkt met het oog op nieuwe mogelijkheden en systeem verbeteringen.

Structurele systeemgerichte aanpak regio

Op basis van de inzichten uit de analyse hierboven kunnen we systematisch de resterende (en nieuwe) problematiek wegwerken. Waarbij we zoveel mogelijk ontwikkelen dat ook permanent kan blijven bijdragen aan het beheersen van de wachttijd problematiek.

De structurele aanpak van de wachttijden start dus effectief gezien met de inventarisatie van de huidige wachtlijst in de regio. Waar liggen de grootste problemen, waar komen oplossingen samen etc. Maar tegelijkertijd is er ook al veel onderzoek gedaan; in de regio en landelijk. Daarbij lijkt de regionale situatie grote overlap te hebben met eerder onderzoek van team wachttijden. Dat wordt verder aangevuld met inzichten en conclusies uit de regio het onderzoek van PWC (de gele lijn uit het diagram op p1).

Wachttijden zijn een symptoom; vraagt om brede aanpak

Er wordt en is dus breed onderzoek gedaan naar wachttijden en mogelijke oplossingen. Een belangrijk inzicht uit het bovengenoemde onderzoek is dat wachttijden een symptoom zijn; en dus niet (alleen) direct zijn aan te pakken daar waar ze optreden. Daarom vergelijken we de wachttijdproblematiek vaak met een overstroomde badkuip. Waarbij het teveel aan water de wachttijden vertegenwoordigt.

Wachttijden aanpakken waar ze optreden is dus in zekere mate dweilen met de kraan open. Om wachttijden effectief te kunnen bestrijden moeten we dus zoeken naar mogelijkheden om het systeem meer effectief te maken via het beheersen van de in-, door- en uitstroom.

Daar zien we landelijk met name op drie plaatsen grote mogelijkheden voor:

1. Door sterker in te zetten op de analyse van de situatie, wat is er aan de hand en waar is het kind, de jongere en het gezin het best mee geholpen. In landelijke analyses zien we dat dit in 80% van de gevallen retrospectief een andere conclusie wordt getrokken. Als we dus sterker inzetten op ‘first time right’ worden jeugdigen beter geholpen en kunnen we (veel) niet bijdragende zorg elimineren.
2. In regio’s waar sterk onderscheid is gemaakt in wat wel en niet jeugdzorg is zien we dat er tot 60% minder jeugdzorg volume is zonder dat de

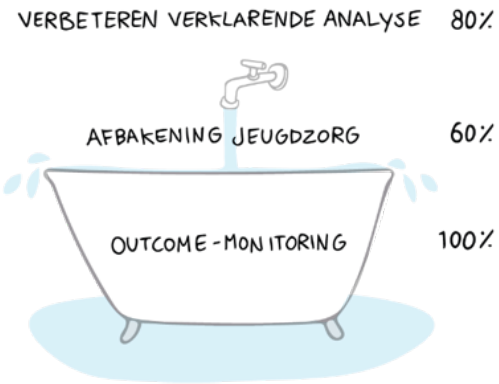
kwaliteit hierdoor minder is. Dit kan dus een sterke bijdrage hebben in het verminderen van de instroom.

3. En we zien dat door in te zetten op outcome monitoring en daarvan leren en verbeteren er verbeteringen van vaak 100% mogelijk zijn op het effectiever maken van behandelingen (verdubbeling). Dit geldt ook voor processen als beschikkingen.

Investeren om ruimte te maken

Door de grote druk op het zorgsysteem is er in eerste instantie geld en ruimte nodig om de nodige innovaties en veranderingen effectief te kunnen ontwikkelen en uitrollen – voordat ze winst kunnen opleveren. Daar is overigens meer voor nodig dan geld en goede ideeën; we durven zelfs te stellen dat het 'wat' minder belangrijk is dan het' hoe', daarover meer in het e-book dat doen we al.

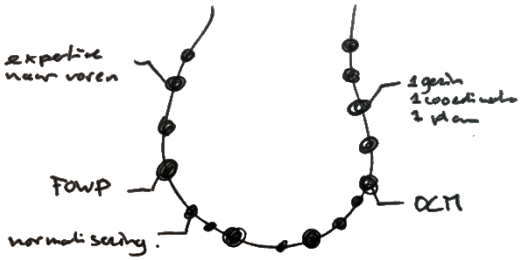
Een structurele aanpak van wachttijden vraagt dus om systeem breed naar het probleem te kijken. Dat maakt het helaas ook meteen te breed, te groot en te



complex om effectief met innovaties te kunnen werken. Om dat te kunnen doen stellen we een aanpak voor waarbij we groot kijken, maar klein ontwikkelen. Breed kijken is noodzakelijk omdat jeugdzorg een systeem met communicerende vaten is waarin snel (ongewenste) olifantenpaadjes ontstaan. Alleen bij de gemeentelijke

Toegang normaliseren zorgt bijvoorbeeld vaak voor een toename aan verwijzingen vanuit het medisch domein. Of door het niet meer vergoeden van een bepaalde vorm van lichte zorg zien we vaak een toename van iets zwaardere zorg omdat deze nog wel vergoed wordt. Het systeem moet dus als geheel beschouwd worden om effectief te werk te gaan – maar tegelijk klein blijven om effectief aan losse innovaties te kunnen werken.

Daarvoor nog een metafoor, een kralenketting in dit geval: waarbij de kralen lossen innovaties voorstellen en de ketting het hele systeem. Waarbij parallel aan verschillende kralen wordt gewerkt die in het ontwerp van de kralenketting op elkaar zijn afgestemd. In bijlage 2 staat een voorbeeldtraject uitgewerkt.



Structurele aanpak vraagt om langetermijnplanning

De structurele aanpak van wachttijden vraagt een lange adem, dus houden we rekening met een doorlooptijd van ± vijf jaar. Waarbinnen op bepaalde mijlpaal momenten wordt bepaald 'hoe' het traject verder gaat. We vragen dus geen akkoord op een project van 5 jaar waarvan alles vast staat – de opzet is juist gericht op samen leren, verbeteren en bijsturen o.b.v. de laatste inzichten. Maar het resultaat van de structurele aanpak van de verbeteringen in de in-, door- en uitstroom zijn dus niet binnen 1 jaar te verwachten. We zijn ervan bewust dat de nieuwe inkoop ingaat per 01/01/2023 en er dus in de tweede helft van 2022 de oplossingen waar we aan werken worden opgenomen in het grotere geheel van de regionale inkoop. Het werken aan de oplossingen zal dan doorgaan onder de regionale inkoop, om wel de lange termijn transformatie te kunnen borgen. De ondersteuning van het OZJ gaat in ieder geval voor tot juni 2022 (met advies voor een extra half jaar)[1]

Ter illustratie de businesscase voor de aanpak wachttijden via de toegang in hart van Brabant. Waarin zoals eerdergenoemd overlap met de regio Rijnmond lijkt te bestaan.

Daarvoor is het belangrijk dat er regionaal een sterk team komt dat het wachttijden project als kern van haar taak heeft. Wachttijden zijn niet als bij-project op te lossen, maar vragen om een transformatie.

Projectplanning

Voor de projectplanning gaan we uit van een gefaseerde planning waarbij we iteratief het traject verder brengen. Afhankelijk van hoe snel we samen met de regio/ professionals teams kunnen vormen en beslissingen kunnen nemen is de planning voor 2021 – 2022 meer realistisch of optimistisch. We hebben nu namelijk geen rekening gehouden met vertragingen op dit gebied en die gaan er onvermijdelijk komen – zo zit de zomervakantie er in de eerste fase bijvoorbeeld al tussen. Op de volgende pagina staat de planning grafisch weergegeven en in bijlage-3 hebben we een uitgebreider activiteitenplan gezet. Globaal ziet de planning er zo uit:

Jun – Sept // Probleemanalyse

Hierin zoeken we naar oplossingen voor de huidige wachtlijst problematiek en doen we een (literatuur)studie om een beter beeld te krijgen over mogelijkheden en problemen in de regio (breder dan segment E). In deze fase wordt de directe problematiek opgepakt (rode lijn) en presenteren we een adviesrapport over het structureel aanpakken van wachttijdproblematiek in de regio. We haken hierbij een projectleider vanuit de inkoop aan.

Deliverables:

- Startfase: opdracht, bestuurlijk commitment, gezamenlijk plan, team gevormd
    - Toevoeging regionale teamleden en samenwerking instellingen
- Gegevensverzameling fase
    - Overzicht wachtlijst problematiek
        - Inzicht in grootte wachttijden (aantal, duur, zwaarte)
        - Inzicht in de belangrijkste vragen
        - Inzicht in grootste knelpunten/ kansen
    - Direct aangepakte ernstige/ complexe casuïstiek
    - Literatuurstudie
        - Regionale documenten (PWC)
        - Landelijke inzichten > mogelijkheden regionaal
- Regionaal adviesrapport mogelijkheden
    - Aanvullen teamleden regionaal

Okt - Dec // Conceptfase

De resultaten uit fase 1 verwerken we tot een overkoepelende conceptoplossing voor de regionale wachttijdproblematiek. We kiezen in deze fase ook enkele

[1] Hier komt 3 juni meer duidelijkheid over

innovaties/ (lopende)initiatieven uit om in de volgende fase te gaan testen en uitrollen. In deze periode

Deliverables:

- Oplossingsrichtingen destilleren uit knelpunten en analyse, waaruit investeringsvoorstellen komen voor de stuurgroep
    - Investeringsbeslissingen (aanbevelingen over hoe de regio kan investeren om in-, door- en uitstroom te verbeteren)
- Abstract ontwerp van oplossing en wat er nu meteen al in het klein geïmplementeerd en getest kan worden.
- Uitwerking innovatieprojecten
    - Aanvullen teamleden innovatieprojecten

2022 //

In 2022 gaan we enkele van deze innovaties verder verbeteren en in de praktijk uitrollen. Daarbij wikkelen we onze betrokkenheid af en dragen het traject in zijn geheel over aan de regio. Na 2022 worden de innovaties dus door de regio en de instellingen zelf verder opgeschaald en uitgebreid.

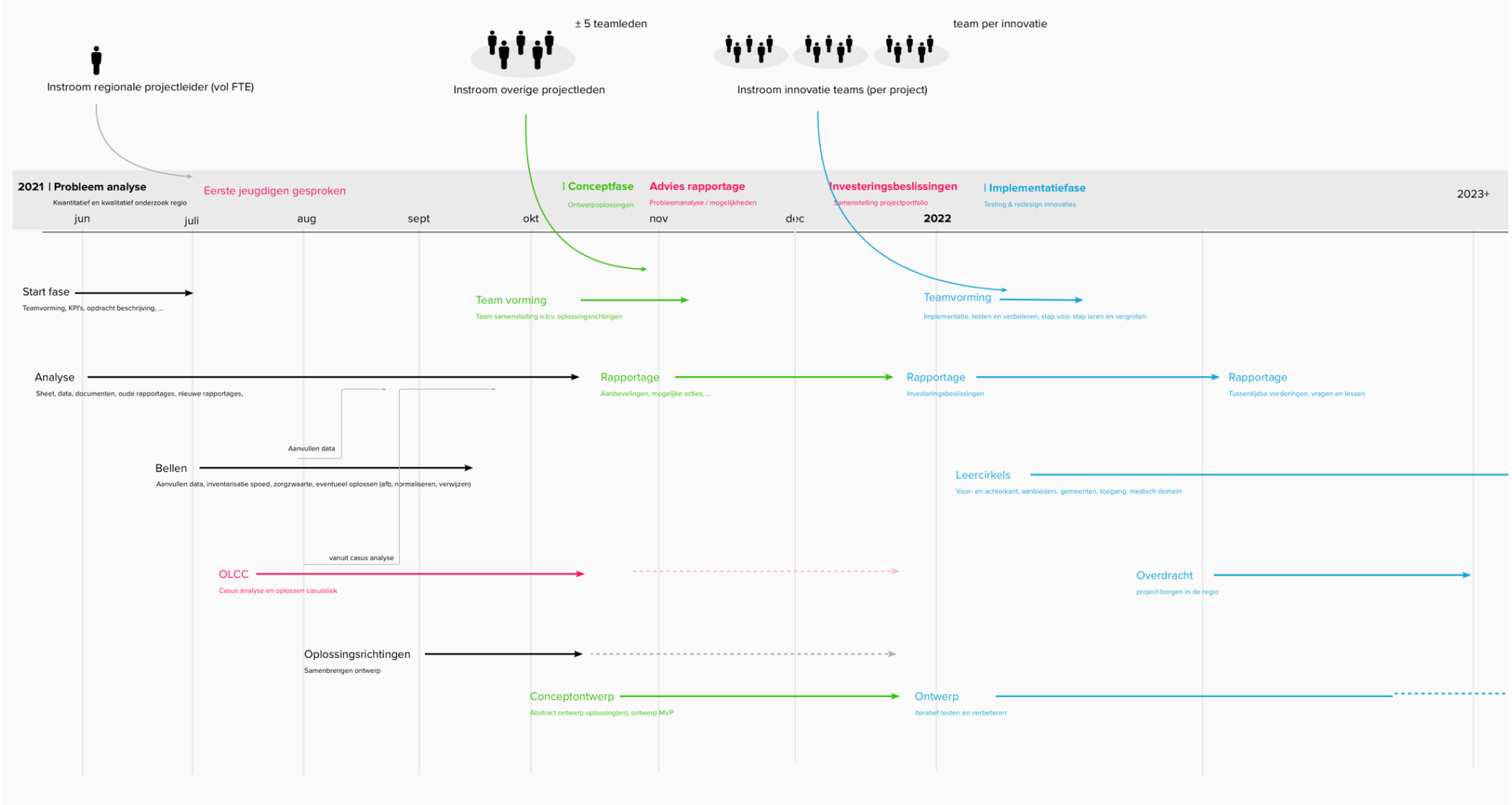
2022

- Implementatie, testen en verbeteren van innovatieprojecten
- Q1 Verdere ontwikkeling kralen en lerend systeem.
- Tweede half jaar overdracht ontwikkeling/ innovatie naar de regio.
    - Eerste resultaten zichtbaar.

2023 – 2025

Regionaal verdere ontwikkeling en opschaling aanpak, onder de nieuwe inkoop.

Planning schematisch



Bemanning

Zoals we eerder schreven: het gaat hier om een transformatie en niet om een bij-project. Daarmee is er een sterke bezetting nodig als we willen dat het werk een kans van slagen heeft. Ook staat in het memo **Voorstel Onafhankelijke Triage en trajectregie in E** dat de gemeenten graag sterke regie willen houden als het om wachttijden gaat. Zij zijn immers de eindverantwoordelijken voor de uitvoering van de jeugdwet. Zij zullen dus ook een sterke bezetting moeten aanleveren. De volgende groepen mensen zullen nodig zijn:

Een stuurgroep. Deze bestaat reeds en is nodig om de randvoorwaardelijkheden te garanderen. Ook gaan zij over de nog voor te stellen investeringen. Deze bestaat uit regionale bestuurders van zowel aanbieders als gemeenten. Dit is de stuurgroep transformatie. Daarnaast moet ook DB en AB regelmatig aangehaakt blijven.

Regionaal projectleider. De regio levert een (zeer) ervaren projectleider als eindverantwoordelijke voor de aanpak van wachttijden. De regionale projectleider zorgt voor het aansturen van de teams en ervoor zorgen dat het team zijn werk kan doen[2]. De regionale projectleider rapporteert aan de stuurgroep (indien gewenst met de innovatiebegeleiding).

- *Benodigd: 1FTE*

Regionaal programma team. Een team van (regio) ambtenaren en aanbieders. Dit team komt samen in wekelijkse sessies om lessen te trekken uit wat we leren uit de praktijk. Samen met het innovatieteam. In het team zit ook een communicatiestrateeg. Diens rol is om iedereen goed geüpdatet te houden over wat we doen en welke vorderingen we maken en welke vragen we hebben. Zo blijft iedereen aan boord en zorgen dat we goed van elkaar kunnen leren.[3] In de analyse fase sluiten hier tweewekelijks professionals bij aan die het bellen zullen oppakken, maar ook meedenken met de analyse en over mogelijkheden.

- *Benodigd professionals: 2 á 3 FTE*
- *Benodigd ambtenaren: 2 FTE (contractmanagement, aansturing/coördinatie lokale teams)*
    - Ook iemand wekelijks betrokken met doorzettingsmacht
    - *Communicatiestrateeg: 0,4FTE*

Ontwikkelaars. Aan de hand van wat we leren over wat goede oplossingen zouden kunnen zijn, zijn er mensen nodig die deze oplossingen kunnen co-ontwikkelen en implementeren[4]. Afhankelijk van waar deze oplossingen zich bevinden in het systeem (en de grootte ervan) weten we hoeveel mensen van welke organisatie nodig zijn (of dat er een nieuw organisatie ontstaat). *Benodigd: nog onbekend*

Ondersteuning vanuit het OZJ

Globaal ziet de samenwerking er als volgt uit:

---

[2] In deze branche heeft iedereen het altijd druk. Niet gek, maar dat betekent wel dat er prioriteiten gesteld moeten worden. Alle teamleden dienen significant gecommitteerd en vrijgemaakt te kunnen zijn voor dit traject.

[3] Hoeveel professionals zijn er nodig? Op basis van een aantal aannames kunnen we een voorzichtige berekening maken. Aangenomen dat er van de 1.800 er 300 afvallen (omdat dit meteen kan worden opgelost) zullen er dan 1500 gebeld worden. Voor een goede uitvraag rekenen we nu een uur per persoon. Daar zit in: het bellen zelf, verwerking, opsturen en analyseren van vragenlijst, het niet bereikbaar zijn. Aangenomen dat professionals maar de helft van de week kunnen bellen (o.b.v. fulltime): 20 uur pppw. Als we willen dat voor het onderzoek 1/3e gebeld wordt (500 man) en we daar 10 weken over mogen doen, dan hebben we 50/20: 2,5 professional nodig. Als we iedereen willen bellen hebben we 7,5 professionals nodig. De overige tijd – naast het bellen – zal nodig zijn om de data te analyseren, de scripts te verbeteren en mee te denken over oplossingen

[4] Ondanks van dat er veel manieren en perspectieven zijn om wachttijden aan te pakken is het belangrijker dat we aansluiten bij wat er al is in de regio en waar motivatie zit om aan te werken.

Innovatiebegeleiding. Het wachttijd team zal het onderzoek en de opvolgende innovaties begeleiden. Zij hebben ervaring met onderzoeken en aanpakken van wachttijden, vanuit een ontwerp- en ontwikkelperspectief. Dit team zal samen met het regioteam de wachttijden analyseren (kwalitatief en kwantitatief), onderzoek doen in de regio (wat is er al, wat kunnen we gebruiken) en kijken wat er nodig is voor zowel tijdelijke als permanente oplossingen. Ook werken ze aan de opzet en begeleiding bij de ontwikkeling van losse innovatie trajecten i.s.m. met gemeenten, instellingen, professionals en jongeren uit de regio.

- *Geleverd: 1,5FTE*

Team OLCC (ontwikkelen en leren van complexe casuïstiek). Zij houden zich bezig met het oplossen van de complexe casuïstiek die momenteel op de wachtlijst staan. Ook leren zij over wat we eerder in het systeem kunnen doen om dergelijke casuïstiek te voorkomen (en daarmee ook wachttijden).

- *Geleverd: 3,5FTE*

Uitbreiding. Afhankelijk van wat er nodig is in de regio schakelen we ook andere OZJ collega's in. Een voorbeeld is het team 'wijkgericht werken'. Een logische partner omdat in het stuk **Voorstel Onafhankelijke Triage en trajectregie in E** het lokale team veel genoemd wordt.

- *Geleverd: nog onbekend*

Randvoorwaardelijkheden

- Bestuurlijke borging door de ondersteuning. Het traject is ter ondersteuning van de zorgregio. Als we impact willen hebben moet er bestuurlijke borging zijn voor deze ondersteuning. Als er geen bestuurlijke borging is dan wordt er gestopt met de ondersteuning.
- De stuurgroep erkent de transformatieve aard van het traject en weet dat het in de eerste plaats de regio zal helpen om samen te leren wat werkt, zodat men na de wachttijdproblematiek verder kunnen ontwikkelen om effectiever JZ te hebben.
- Het beschreven team heeft ruimte vrij gekregen om aan dit traject te werken
- Er wordt een duidelijke opdracht geformuleerd door de stuurgroep
- De stuurgroep oormerkt budget voor de ontwikkeling van oplossingen
- De regionale projectleider wordt z.s.m. geworven
- De wil om informatie te delen met elkaar (en een oplossing te vinden voor AVG vraagstukken)
- Tijd van medewerkers van de verschillende actoren in de keten om mee te denken over innovaties.
- Er is gezamenlijke afstemming tussen de regionale inkoop en dit programma

Bijlage 1: Concept Plan van Aanpak oppakken en leren van casuïstiek in kader van wachtlijsten regio Rijnmond

Inleiding/Context

In april 2021 zijn is het OZJ betrokken bij twee nieuwe trajecten in (een deel van) Zuid-Holland

1. Analyseren, helpen vlottrekken en leren van de huidige wachttijden voor de regio Rijnmond
2. Het ondersteunen van een versnelde uitstroom JZ+ in samenwerking met een ombuigcoördinator JZ+

Voor ad 1 geldt dat tOLCC een rol speelt in het krijgen van inzicht in de huidige wachtlijsten binnen perceel E, om vervolgens met partners in de regio te komen tot oplossingsrichtingen.

Voor ad 2 geldt dat het tOLCC in samenwerking met de ombuigcoördinator JZ+ een rol heeft in het onderzoek naar de instroom, door- en uitstroom van kinderen in JZ+. Voor dit traject zijn als resultaatgebieden advisering ten behoeve van contractering en het vlottrekken van uitstroom JZ+ gedefinieerd.

Aangezien beide trajecten een zelfde fasering van onderzoek-oppakken van casuïstiek met bestaande partijen en advisering omvatten is besloten voor beide een vergelijkbaar proces in te richten. In dit document richten wij ons verder op de aanpak voor ad 1, wachtlijsten. Op een later moment wordt ad 2 hieraan toegevoegd.

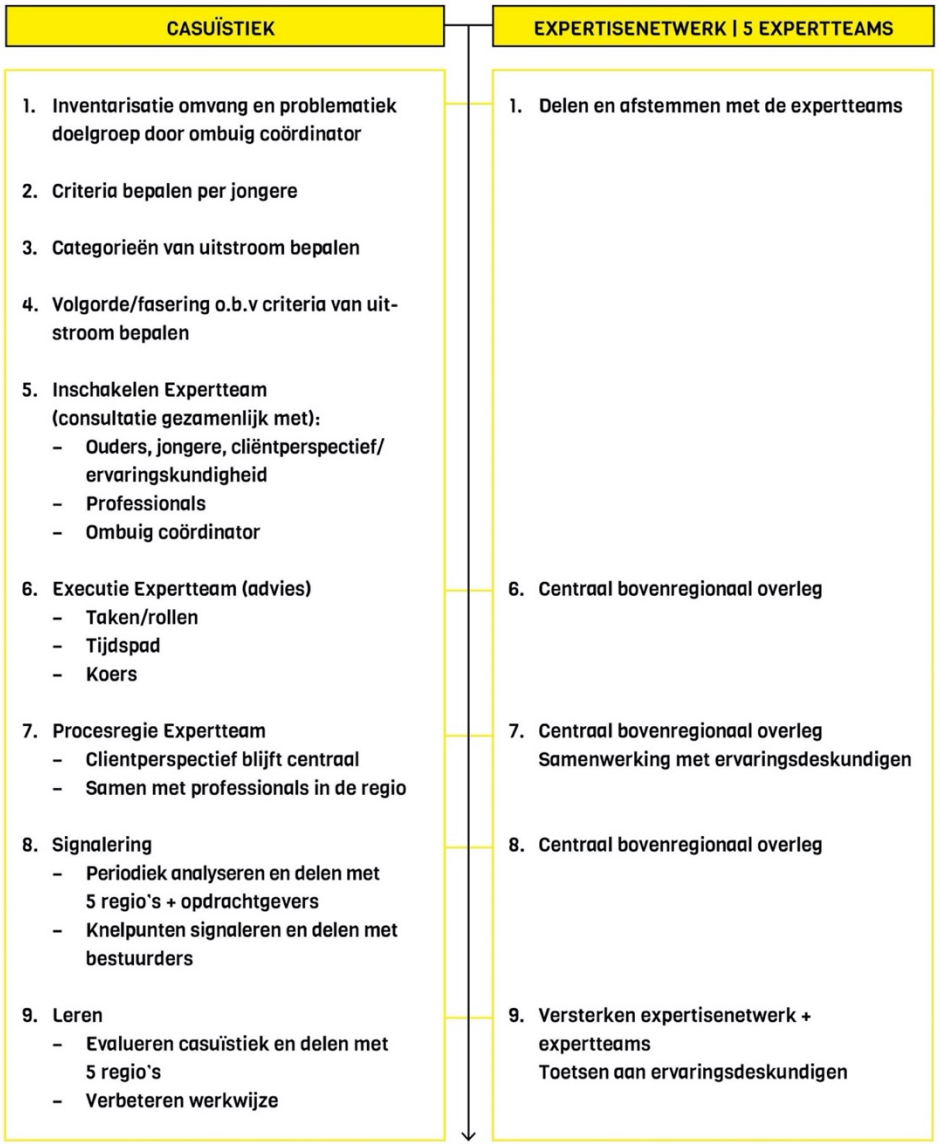
Uitgangspunten

- Onze insteek is een werkwijze te hanteren die op korte termijn effecten heeft voor kinderen, maar tegelijkertijd opmaat is voor een werkwijze op de langere termijn.
- Tegelijkertijd willen we niet dat ouders en kinderen langer moeten wachten dan noodzakelijk. Daar zal de komende tijd een spanning op zitten.
- Casuïstiek wordt daarom na analyse groepsgewijs samen met de bestaande structuren opgepakt. Hierbij is de rolverdeling als volgt:
    - Ouders en kinderen zitten aan tafel als volwaardig gesprekspartner
    - Expertteam voert verdere regie op casuïstiek
    - Zorgorganisatie organiseert in samenwerking en met niet-zorggerelateerde partijen een aanbod voor kinderen
    - Expertisenetwerk faciliteert indien nodig bij grotere aantallen vergelijkbare vragen
    - Het OZJ organiseert van een gestructureerde werkwijze waardoor op inhoud keuzen en afwegingen kunnen worden gemaakt in totstandkoming van de best passende hulp voor individuele kinderen dan wel groepen kinderen met een vergelijkbare hulpvraag
    - OZJ ondersteunt partijen met het organiseren van een lerende werkwijze en het verspreiden van opgedane kennis
    - OZJ pakt enkel op verzoek en in het uiterste geval casuïstiek op

Randvoorwaarden

- Een maandelijks overleg samengesteld uit een afvaardiging van gemeenten, zorgkantoren, GI, wijkteams en expertteam op minimaal directieniveau en met bestuurlijk mandaat waarin de cohorten aan kinderen van de wachtlijst worden besproken en verdeeld
- Brede blik op het oppakken van casuïstiek, zich uitende in de mogelijkheid oplossingen te organiseren die buiten de scope van het huidige aanbod vallen.

Stappenplan



Bijlage 2: voorbeeldtraject

Dit type trajecten werken iteratief, en vragen een grote openheid aan het begin waardoor het soms lastig is om een beeld te vormen wat er precies gaat gebeuren. We weten pas na de analyse wat er aan de hand is. Daarna weten we pas wat we er mogelijk aan kunnen doen. Vervolgens kijken we of de dat kunnen implementeren en kijken of dit echt werkt en wat er aan de oplossingen verbeterd moet worden (of dat we in een andere richting moeten kijken). In deze sectie een voorbeeld van hoe het zou kunnen lopen om hierbij wel meer gevoel te krijgen. Tijdens de probleemanalyse-fase en het bellen kunnen we uitvinden dat een groot deel van de wachtenden gebaat zijn bij 'normalisatie'/'destigmatisering' en dat een ander groot gedeelte gebaat is bij transdiagnostische / leefstijl ondersteuning.

In de conceptfase gaan we samen met professionals (/lectoren/professoren) die veel weten hiervan en op een plek in het systeem werken waar je hiermee bezig bent (bv wijkteams). Met hen co-ontwikkelen we bijvoorbeeld een nieuwe aanpak bij wijkteams waar men met hun hulpvraag heen kunnen waar normalisatie en transdiagnostische ondersteuning in groepen geboden kan worden. Het is ook een plek waar de oorspronkelijk zwaardere zorg naar 'terug' kan afschalen, zodat ook de uitstroom bevorderd wordt (omdat behandelaars dan niet iemand 'plotseling' meer helemaal los hoeven te laten). We ontwikkelen deze aanpak samen en kijken samen met de ontwikkelaars wat we zo snel mogelijk al in de praktijk kunnen testen. We hoeven dan niet alles tot in de puntjes uitgewerkt te hebben, ook omdat we weten dat de praktijk toch weer anders is dan onze plannen. Verder houdt het ontwerpteam zich bezig met de managementuitdagingen (bv: hoe kunnen we dit doen door zo min mogelijk aanspraak te maken op de huidige capaciteit).

In de implementatiefase zullen we er allereerst voor kiezen waar we in het klein de nieuwe aanpak kunnen uitproberen (bv. bij een wijkteam van een van de ontwikkelaars). De kunst is om hier zowel de normalisatie-oplossingen als de transdiagnostische groepsmodules te testen in de praktijk en te verbeteren: wat slaat aan? En wat zijn onbekende effecten (bv. wat doen medische verwijzers, zouden zij ook geïnteresseerd hierin zijn, etc.). Een voorbeeld kan zijn dat de normalisatiegesprekken niet zo effectief zijn en waarschijnlijk beter in het onderwijs werken. We zetten aldaar nieuwe normalisatieprojecten op. Wanneer we geleerd hebben wat werkt (bv. wat instroom verminderd, doorstroom versnelt en uitstroom vergroot) is het ook mogelijk om deze aanpak op te schalen naar andere wijkteams. Een andere mogelijkheid is het op te schalen naar aanbieders, die gebruik kunnen maken van deze diensten (om zo uitstroom te vergroten). Weer andere opschalingsmogelijkheid is het open stellen voor de medische verwijzers of het onderwijs.

Bij het ontwikkelen van deze ene nieuwe aanpak zien we ondertussen ook andere mogelijkheden voor het verbeteren van de in-, door- en uitstroom. Een voorbeeld kan zijn om huisartsen te scholen met (delen van) de nieuwe aanpak, zodat zij beter het gesprek aan kunnen gaan over wat wel/niet normaal is en wat mensen ook al zelf zouden kunnen doen aan hun hulpvraag. Ook kan het campagnes of maatschappelijk debat stimuleren over wat wel en niet normaal leed is. Zo is de nieuwe aanpak dus meteen een stimulering voor meer initiatieven die de in-, door- en uitstroom bevorderen. Dit is essentieel, omdat wat we vinden direct aansluit bij de bevindingen in de praktijk en we dus bewijs hebben voor wat zou kunnen werken (i.p.v. sec te vertrouwen op beleidsstukken). Daarbij verwachten we niet dat deze complexe uitdagingen door een enkel initiatief zijn aan te pakken. In dit voorbeeld proberen we dus ok aan te geven dat we waarschijnlijk werken aan een projectportfolio. In de tussentijd delen we alle lessen in leercirkels, waar verschillende mensen uit de JZ betrokken zijn (van professionals tot contractmanagers). Waarschijnlijk leren we – in dit voorbeeld – bv. veel over welke zorg we niet meer hoeven in te kopen of welke investeringen er nodig zijn in het voorliggend veld, of welke administratie beklemmend werkt. We zullen ook leren hoe zwaardere zorg (bv vanuit OLCC) gebaat kan zijn bij transdiagnostische ondersteuning en om welke manier dit uitstroom zou kunnen bevorderen. In 2021 en 2022 zetten we een infrastructuur op voor het verbeteren van de in-, door- en uitstroom. We ondersteunen hierin de regio en zorgen ervoor dat zij deze beweging verder door kunnen zetten.

Bijlage 3: Activiteiten eerste periode

Start

Doelstelling van de initiatie fase is het opzetten van het analyse onderzoek en het aansluiten van de zorgaanbieders.

Activiteit	Wie
Kick off meeting opdrachtgever en opdrachtnemer	J+J
Samenstellen projectteam	Team wachttijden
Installeren stuurgroep	J+J
Opstellen plan van aanpak	Team wachttijden
Opstellen analyse kader	Jaap + Team wachttijden
Organiseren Kickoff-sessie met betrokken instellingen, aangevuld met regionaal expertise en vanuit het OZJ.	Team wachttijden
Samenstelling regionaal projectteam (projectleider, professionals)	J+J en team wachttijden
Kick-off meeting met regionale projectteam	Regionale projectleider + team wachttijden
Randvoorwaardelijkheden borgen	J+J en team wachttijden
Opstellen dataset gegevens voor centrale wachtlijst (opdracht E)	Jaap
Opstellen dataset gegevens voor centrale gemeentelijke toegang (opdracht E)	Jaap
Opstellen aanpak en werkwijze innovatiesessies	Team wachttijden
Opstellen aanpak werkwijze voor de casestudy	Jaap + OLCC
Opstellen onderzoeksvragen voor de deskstudy	Jaap
Opstellen aanpak en werkwijze voor de schrijnende casussen	OLCC
Documenten voorleggen aan de begeleidingsgroep	Team wachttijden
Documenten voorleggen aan de stuurgroep	Team wachttijden
Communicatieplan	Aangenomen comm. Strateeg + team wachttijden

Probleemanalyse

Activiteiten	Wie
Start van de deskstudie	Jaap
Ontvangen wachtlijst gegevens van de zorgaanbieders (opdracht E)	Regionale projectleider + Jaap
Ontvangen van de dataset van de gemeentelijke centrale toegang	Regionale projectleider + Jaap
Samenstellen, opschonen en prioriteiten van de centrale wachtlijst Opdracht E	Jaap
Opstellen bellijst voor Telefonische enquête cliënten op de wachtlijst	Jaap + projectleider aanbieders/professionals
Uitvoeren telefonische enquête	Professionals
Terugkoppelen bevindingen, leren en aanpassen wachtlijst	Team wachttijden + professionals

Voorstel voor de schrijnende casussen en afstemmen met de professionals	OLCC + professionals
Oppakken schrijnende casussen	OLCC
Uitvoeren casestudy	OLCC + professionals
Analyseren van de wachtlijst zorgverleners	Jaap
Opstellen telefonische enquête vragen met gespreksprotocol	Professionals, OLCC, team wachttijden
Analyseren van de dataset van de centrale gemeentelijke toegang	Jaap
Tijdens probleemanalyse ook ideeën opdoen voor mogelijke oplossingen	Team wachttijden
Opstellen rapportage met lessen en probleemanalyse	Team wachttijden; samen met de rest
Bespreken rapportage met de stuurgroep	Regionale projectleider + team wachttijden
Besluit over verdere investering voor oplossingsrichtingen	Stuurgroep