

Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verslag Marktconsultatie

Digiloog 14 december 2020

OPDRACHT B Behandeling met verblijf

BREAKOUTSESSIE 1

Deelnemers: Driestroom, Parnassia, Enver, Pameijer, Yes We Can, 's Heerenloo, Fier.

Gespreksleider: Pim de Glas

Technisch leider: Dick Sneijer

1. Opening

Voorzitter Pim de Glas geeft aan dat deze bijeenkomst volgt op de startbijeenkomst, waar de meeste nu aanwezigen ook present waren. De concept-regiovisie en de concept-inkoopstrategie zijn daar toegelicht. In de sessies wordt ingezoomd op de segmenten, wat deze sessie betreft behandeling met verblijf.

In dit inkoopproces wil de gemeente de partners vroeg meenemen in de toekomstige aanbesteding. De voorstelronde wordt uitgesteld tot de deelsessie. In het plenaire deel worden nog wat vragen gesteld.

Tanja Otte (Pluryn) vraagt of ook in het segment verblijf alle aanbieders (LVB, J&O en GGZ) kunnen bieden. De voorzitter geeft aan dat dit terugkomt in de sessie.



Ireza Versteeg (Yulius) geeft aan dat in de notitie over het segment behandeling met verblijf specifiek aan intensieve behandeling wordt gerefereerd. De huidige segmentering in B is B1 t/m B4. Binnen B3 is de variatie al enorm. De vraag is hoe breed de focus hier is. Het huidige onderscheid in intensiteit van behandeling met verblijf in B3 is al enorm.

Dick Sneijer (GJJR) antwoordt dat het vandaag niet over B1, B2, B3 of B4 gaat, maar over een aantal stellingen.

Opsplitsing in deelsessies.

2. Stellingen

STELLING:

Verblijf op een bed is een uitzondering, ambulant heeft voorkeur. Verblijf op een bed maximaal zes maanden.

Marijke Kruijt (Pameijer) reageert dat dat het niet de voorkeur heeft om een kind op een bed te plaatsen. Maar zo ambulant en kort als mogelijk is. Bij kinderen en ouders met LVB-problematiek is het lastig de kinderen naar huis terug te krijgen. Als het netwerk er niet meer is, blijkt zes maanden echt te kort. In de inkoop zou hier een differentiatie in aangebracht moeten worden.

Aletta van Buren ('s Heeren Loo) werkt met de zwaarste categorie bij haar organisatie. Te veel kinderen vallen tussen wal en schip, waardoor het beroep doen op bedden doorlopend groot is. De thuissituatie – als die er al is – maakt het regelmatig uiterst onwenselijk of onmogelijk terug te keren. Bij de haalbaarheid past realisme. Pameijer doet ook een beroep op de bedden van 's Heeren Loo.

De voorzitter vraagt wat eraan kan bijdragen het verblijf voor de LVB-doelgroep zo kort mogelijk te houden.

Aletta van Buren ('s Heeren Loo) stelt dat daarvoor de aanpak aan de voorkant erop moet worden afgestemd dat zij deze mensen niet krijgt. Dat moet al in de ambulante hulpverlening of een consultatiebureau gebeuren. Te vaak wordt niet of te laat gereageerd op duidelijke signalen dat het thuis niet goed gaat. Kinderen komen dan al zwaar beschadigd binnen.

Ellen Kortekaas (GRJR) geeft aan dat behandeling in deze opdracht voorop staat. De vraag is hoe partijen 'behandelen' definiëren en of dat altijd op deze plek moet. Ellen heeft verder aangegeven dat behandeling na een bepaalde periode niet meer effectief is.

Hans Noordtjij (Parnassia) noemt de opmerking dat behandeling na verloop van tijd niet meer effectief is te generaliserend. Dat is per doelgroep heel verschillend. Voor de LVB-groep en voor een deel van de GGZ-groep ligt dit veel genuanceerder. Soms is opname onvermijdelijk. Daarna kan behandeling ambulant worden voortgezet tot er weer iets gebeurt. Wat de beoogde maximale opname betreft, geldt nu een gemiddelde van ongeveer een jaar. Ook voor de GGZ is maximaal zes maanden dus niet veel. Met een programma voor intensieve behandeling thuis worden veel klinische opnamen voorkomen, toch redt ook 25% daarvan het niet zonder alsnog een klinische opname. Het streven naar zes maanden is goed. Die termijn als absolute voorwaarde opnemen in het bestek zal tot een ingewikkelde situatie leiden. De gemeentes dienen overigens goed samen te werken in een wijkteam-achtige benadering.

De voorzitter vraagt wat in een wijkteam georganiseerd moet worden als preventieve actie op behandeling met verblijf. Hans Noordtjij (Parnassia) adviseert een deel van de diagnostiek en GGD-behandeling naar de wijkteams op te schuiven. Van de patiënten heeft 40% baat bij

casusregie. Verkend moet worden waar het wel of geen meerwaarde heeft. Allereerst moet de weerbaarheid van het gezin weer op peil komen. Dat gebeurt met casusregie.

Marijke Kruijt (Pameijer) komt terug op de vraag hoe behandeling kan worden verkort. Er bestaat onderscheid tussen een klinische GGZ-setting en behandeling op de groep, zoals bij Pameijer. Daar worden ook kinderen behandeld, maar niet een jaar lang. Structuur in het verblijf, met behulp van gedragsdeskundigen, is van belang. Behandeling kent dus vele gezichten. Kinderen die minder behandeling nodig hebben, zouden kunnen afschalen van B naar C. C kent bijna geen behandeling. Het gat dat zo ontstaat, is nu tijdelijk door de C4-subsidie opgelost. Voor kinderen die niet voortdurend onder behandeling staan, moet binnen langdurig verblijf (opdracht C) wel behandeling mogelijk zijn.

Ellen Kortekaas (GRJR) geeft aan dat dit het antwoord is waarnaar ze op zoek was. Als de intensiteit van de behandeling afneemt, is de vraag wat nodig is om de jeugdige op het goede pad te houden.

Hans Noordzij (Parnassia) geeft aan dat daarbij de setting belangrijk is. Een gedwongen opname is een heel andere setting dan een woonhuis met een aantal kinderen waar het accent op verblijf ligt. Na de kliniek zijn deze settings zeer essentieel.

Marijke Kruijt (Pameijer) geeft aan dat die voorzieningen er wel zijn, maar het zorglandschap constateert wel dat er een groep tussen wal en schip valt. Tussen C, langdurig verblijf zonder behandeling en behandeling onder B zit niets. Dat zou wel zinvol zijn voor de LVB-groep.

Hans Noordzij (Parnassia) acht dat voor de GGZ veel ingewikkelder. Voor volwassenen bestaat beschermd wonen. Jongeren wil men zo lang mogelijk perspectief bieden en niet te snel het stempel 'chronisch' geven. Een dergelijke setting is altijd beter dan een klinische setting. Terecht wordt wel gesteld dat er behoefte is.


Stelling 2: Bij de instroom van een kind bepaal je bij de intake waar het kind naar zal uitstromen en werk je daar gericht aan.

Hans Noordzij (Parnassia) geeft aan dat dit alleen kan als in de wijkteams voldoende deskundigheid wordt georganiseerd. Het op de juiste plek krijgen van het kind veronderstelt de aanwezigheid van voldoende aanbod. Het aantal bedden moet worden teruggebracht, tegelijkertijd is er een vraag of behoefte.


Marijke Kruijt (Pameijer) geeft aan dat naast de wijkteams ook de rol van de GI's essentieel zijn. Er is winst te behalen in de discussie of een kind veilig naar huis kan. Pameijer ziet eerder mogelijkheden dan andere partijen. GI of wijkteam moeten vroegtijdig worden betrokken bij het voorbereiden van de uitstroom. Professionele verschillen zijn prima, maar partijen moeten wel een gedeelde opvatting formuleren over veiligheid en over hoe ouders aan te spreken zijn op hun verantwoordelijkheid. Er zijn nu situaties waarin kinderen onnodig lang een bed bezetten omdat het thuisfront te zwak is.

Erik Nagtegaal (Enver) vraagt wie in de stelling met 'je' wordt bedoeld. Is dat alleen het wijkteam of het wijkteam i.s.m. de zorgaanbieder? Meerdere organisaties hebben in het afgelopen jaar beoordeeld of een doorverwijzing echt nodig was. Hoewel het bed beschikbaar was, kon bij een aantal cliënten worden voorkomen dat ze daar terecht kwamen. Bij de beslissing wie bepaalt of het kind naar huis kan, komt ook het thema veiligheid om de hoek kijken.

De voorzitter geeft aan dat dit forum zelf aan de denkbeeldige tekentafel zit en 'je' zelf mag definiëren.



Erik Nagtegaal (Enver) adviseert de deskundige aanbieders een rol te geven bij het wijkteam en daar waar kinderen geplaatst worden het contact met de verwijzer vanuit het wijkteam intensiever te laten zijn dan het nu is. Uiteindelijk ligt daar een belangrijke rol voor de



casusregisseur. In samenspraak met de zorgaanbieders worden gezamenlijke besluiten genomen. De vraag wie hierin de leiding neemt, is voor hem lastig te beantwoorden. Uiteindelijk wil iedereen afschalen.

Het probleem is dat uitvoering nu vaak een bed van een naar huis gestuurde nog even open wil houden, waarop anderen besluiten dat dat niet kan. Daar ligt een spanningsveld.

Marcia Albrecht (Fier) vraagt aandacht voor de groepen waarbij veiligheidsvraagstukken spelen. Als sprake is van bijvoorbeeld ernstig seksueel geweld, uitbuiting, eerwraak of radicalisering, is aan het begin nog niet duidelijk welk dreigingsbeeld er is. Dat vraagt een heel uitgebreide systeemdiagnose en risicotaxatie. Naast de wijk spelen ook politie, OM en het stelsel Bewaken en Beveiligen hierin een rol. Dat overstijgt het principe van snel terug naar huis en vraagt een multidisciplinaire benadering en specialismen voor een goede analyse aan de voorkant.

Erik Nagtegaal (Enver) geeft aan dat tussen intensieve behandeling met verblijf en alternatief thuis een enorm gat zit. Bij definiëring van een nieuw perceel zoals nu behandeling met verblijf ontstaan nieuwe knippen. De spanning treedt op daar waar de knip wordt gemaakt. Die zit nu na de zes maanden maar ook in de periode voor het verblijf. Het risico bestaat dat een verwijzing voor behandeling met verblijf wordt gegeven omdat het kind zich wellicht niet weet te handhaven bij alternatief thuis. Dat kan leiden tot te zware indicaties. Om dit te voorkomen, kiest Enver voor een korte periode van intensieve behandeling vanuit huis, waarbij men het bed wel achter de hand houdt, mocht het thuis toch mis gaan. In de nu voorstelde verdeling van bestekken, met een keuze tussen behandeling met verblijf of alternatief thuis lijkt hiervoor geen plaats te zijn.

Vanuit GRJR wordt geopperd gezamenlijk een bed 'in de lucht te houden'. Ambulant is altijd beter, als de veiligheid het toelaat. Een bed als uitgangspunt maakt de situatie niet altijd beter. Een bed achter de hand meenemen in de aanbesteding moet dan niet worden gekoppeld aan verblijf als perverse prikkel.

Hans Noordzij (Parnassia) heeft altijd wat bedden beschikbaar om iemand even een paar dagen op te nemen tijdens de intensieve thuisbehandeling. Hij brengt de rol van de Zorgbemiddelingstafel (ZBT) ter sprake. De voorzitter geeft aan dat het voornemen bestaat deze op te waarderen. Zoals anderen al opmerken, is specialisme bij de toegang van groot belang om vervolgstappen te bepalen.

Hans Noordzij (Parnassia) ziet de meest acute gevallen bij de ZBT terecht komen. Veel 'gevallen' worden echter zonder inhoudelijke bespreking afgehamerd. De inzet van de IBT kan vaak niet wachten. Een goede aanpak wat dit betreft, vraagt nog het nodige denkwerk.

Ellen Kortekaas (GRJR) vraagt of de uitstroom van behandeling met verblijf groot is richting andere woonvormen of vooral richting ambulante hulp.

Marijke Kruijt (Pameijer) verwijst naar recent onderzoek van de zorglandschapstafel naar de definitie van uitstroom. De opdrachtgever definieert dit als uitstroom uit de keten. Bij uitstroom van kinderen is echter bijna altijd sprake van uitstroom binnen de keten. Instroom en uitstroom zijn gekoppeld. Het is prettig dat een kind naar huis gaat. Soms is het ook prettig om vormen te hebben waarin een kind kan afschalen, maar een kind nog wel lichtere ondersteuning kan krijgen. Dit vraagt om verruiming van de mogelijkheden. GRJR en lokaal kunnen nu niet naast elkaar worden ingezet. Afschalen is mogelijk als de flexibilisering tussen de percelen wat coulanter wordt benaderd.

Ellen Kortekaas (GRJR) vraagt of het doel van de plaatsing ambulantisering is of het vinden van een veilige woonvorm.



Marijke Kruijt (Pameijer) geeft aan dat het primaire doel altijd is terugkeer naar huis, herstel van het netwerk en een stabiele situatie. Dit ongeacht de woonvorm. In de praktijk is het aantal kinderen dat vanuit B1 daadwerkelijk terug naar huis kan, klein.

Het gaat in deze discussie vooral over afschaling. Soms is juist opschaling nodig omdat een kind in de thuissituatie alle structuur mist en bijvoorbeeld geen onderwijs volgt.

De voorzitter erkent dat flexibiliteit in deze twee kanten heeft: om afschaling mogelijk te maken, moet opschaling ook mogelijk zijn.

Hans Noordzij (Parnassia) geeft aan dat in de GGZ iedereen na opname terugkeert in de thuissituatie. Een tussenvoorziening bestaat in de GGZ niet. Er kan echter ook worden afgeschaald naar perceel D (daghulp). Ook dan moet er wel een thuissituatie zijn.

Stelling 3: Casusregie en sturing op brede integraliteit ligt lokaal (GI of wijkteam). Gedurende het hele traject werken zorgaanbieder aan integraal (smal) maatwerk voor jeugdige.

Brede integraliteit: sociaal domein breed

Smalle integraliteit is samenwerking binnen jeugdhulp (J-GGZ, J&O en LVB)

Hans Noordzij (Parnassia) komt in de GGZ veel cliënten tegen die met een ambulante behandeling de eigen problemen kunnen oplossen. De vraag is of dan een integrale benadering meerwaarde heeft. Dat geldt zeker voor de brede integraliteit, maar ook voor de smalle.

Marcia Albrecht (Fier) benoemt een derde vorm van integraliteit, gezinsbenadering, plus onderwijs. Vaak is er ook van alles aan de hand met ouders. Hier biedt de brede integraliteit wel degelijk meerwaarde. Bij integraal gaat het niet over termijnen, maar om de inhoud. Dan is het belegd bij de zorgaanbieder.

Hans Noordzij (Parnassia) ziet dat wat de FACT teams doen vaak interfereert met wat het wijkteam doet. Dan is sprake van twee niet op elkaar afgestemde integrale benaderingen. Dan zit de cliënt ofwel tussen twee vuren of er gebeurt aan beide kanten niets. Met zeventig wijkteams in de regio is het al snel ingewikkeld. Ook dit vergt aanvullend denkwerk. De Fact teambenadering is individueel, maar als dat nodig is, wordt het gezin ook betrokken. Soms speelt ook de volwassen GGZ of de WMO een rol. Integraal gaat verder dan jeugdhulp alleen.

Erik Nagtegaal (Enver) hecht waarde aan een evaluatie van de in de afgelopen jaren opgebouwde integraliteit. In behandeling met verblijf zijn successen geboekt. De ambitie om integrale inschrijvingen van de grond te krijgen, los van de aanbieder, heeft anders uitgekapt. Met name op dat smaldeel is een inhoudelijke evaluatie op zijn plaats. De brede integraliteit is van de zorgaanbieders en raakt niet alleen de wijkteams en de regio. Daar heeft iedereen mee te maken.

Marijke Kruijt (Pameijer) leest in de stelling dat op dit moment geen sprake is van een integrale aanpak. Wat de brede integraliteit ter voorkoming van instroom betreft, is de vraag of er voldoende synergie bestaat tussen de wijkteams jeugd en de WMO om ook vanuit de WMO-ouders vanuit de welzijnsopdracht te ondersteunen bij huisvesting of schuldenproblematiek. Dat vergemakkelijkt uiteindelijk de terugplaatsing van het kind of voorkomt zelfs een uitplaatsing. Zit hier regie op?

De voorzitter geeft aan dat die regie er wel degelijk is. Ook in het stadium voordat sprake is van specialistische jeugdhulp ligt die opdracht bij de gemeenten.

Hans Noordzij (Parnassia) ziet zeker een meerwaarde voor de gemeenten. De regierol wordt nog te weinig ingevuld. Om langs elkaar heen werken of dubbel werk te voorkomen, is uniformiteit in aanpak van de vijftien gemeenten van belang.

Nu regelt de behandelaar het zelf maar. Hij is er primair om te behandelen, stelt hij zelf.

Stelling 4: De beste methode om bedden te reduceren is:

A Strak normeren

B Uitvraag doen naar een alternatief

C Als ontwikkelopdracht: hoe kunnen we dit in de komende aanbesteding het beste vormgeven?

Erik Nagtegaal (Enver) beschouwt B, ter voorkoming van plaatsing op een bed, als zeer wenselijk. Een ontwikkelopdracht gecombineerd met een normering waar naartoe wordt gewerkt, zou in dit geval zeer belangrijk zijn. Hoewel dat in eerste instantie vreemd klinkt kan reductie - het sluiten van een jeugdgroep – soms ruimte bieden aan andere creatieve vormen van opvang. Enver heeft zich de laatste tijd sterk ingezet op voorkoming van uit huis plaatsing. Uit deze doelgroep is uiteindelijk een kwart van de jongeren ondanks een indicatie niet op een bed geplaatst. De druk om te presteren, maakt soms veel mogelijk.

Hans Noordzij (Parnassia) roept de tijd in herinnering van de Wet Ziekenhuisvoorziening, die enkele tientallen jaren geleden was gebaseerd op dergelijke normeringen. Dat leidde altijd tot discussie. Het risico is dat het gesprek meer over de normering gaat dan over de cliënt. De behandelaar heeft geen behoefte een kind klinisch te laten opnemen, maar is altijd bezig het zo lang mogelijk in de thuissituatie te laten. Het alternatief moet er zijn, maar is er ook.

Eva de Lange (Yes We Can) stelt dat dit samenhangt met het voornemen de 'voorkeur' te verstevigen in samenwerking met de lokale teams. Het bed is alleen een optie als er ambulante niets meer mogelijk is. Bij de splitsing van J&O- en GGZ-bedden moet goed duidelijk zijn hoe en wanneer wordt geïndiceerd.

Marijke Kruijt (Pameijer) mist een optie D: vanuit ambulante hulp vanaf dag 1 inzetten op terugkeer naar huis. Verblijf is altijd vanuit een ongewenste situatie. Een label 'we werken aan terugkeer naar huis' biedt altijd meer potentieel dan 'je woont hier'. Misschien niet met alle jongeren en niet vanuit elke setting, maar wel bij J&O en LVB.

Erik Nagtegaal (Enver) merkt op dat voor perceel F met één budget wordt gewerkt. Binnen dat budget kan de aanbieder kiezen uit drie mogelijke vormen van crisisopvang. Het zou mooi zijn als binnen ambulante met verblijf ook kan worden gekozen voor een vorm waarbij het bed niet primair wordt ingezet, maar wel beschikbaar is.

De voorzitter proeft dat de beste methode om bedden te reduceren een combinatie van A, B en C is.

Erik Nagtegaal (Enver) zou iedere aanbieder wel willen motiveren om van de alternatieve manieren gebruik te maken. Nu is dat soms ingewikkeld.

Aletta van Buren ('s Heeren Loo) vraagt of de gemeente wel kán normeren. Haar organisatie neemt nu kinderen op die elders gesloten zitten en die als uitbehandeld worden beschouwd. Ook dat duurt veel langer dan een half jaar. Daarnaast moet de cliëntèle leren omgaan met de vrijheden van deze maatschappij.

De voorzitter geeft aan dat er nog steeds een ontwikkeling mogelijk is naar meer ambulante hulp. Er zijn alternatieven die voor het kind beter zijn. Vooraf normeren is feitelijk onmogelijk.

Ellen Kortekaas (GRJR) geeft aan dat de druk op de bedden enorm blijft. De afschaling slaagt ook niet altijd.

Marijke Kruijt (Pameijer) geeft aan dat strak normeren ook de vorm kan krijgen van door een procesregisseur aangestuurde initiatieven en bewegingen. Op de gezamenlijk ontwikkelde integrale opdracht zou dan strak gestuurd moeten worden.

Hans Noordzij (Parnassia) wijst op het risico dat een strakke normering in het bestek de partijen voor een lange periode vrijheden ontnemt. Er moet altijd een ontsnappingsclausule zijn.

4. Sluiting

De voorzitter sluit de bijeenkomst onder denkzegging voor de bijdragen van de deelnemers om 15.00 uur.

Onderstaand de chatberichten die tijdens de sessie door de deelnemers zijn geplaatst:

[14:05] Marcia Albrecht (Gast)

Zo snel mogelijk het kind op de juiste plek vraagt matched care: expertise en oog voor de onderliggende problemen

[14:06] Eva de Lange | YWCC (Gast)

Eens met Marcia! En soms ook noodzakelijk voor het systeem om rust te creëren om erna weer stappen te kunnen maken met elkaar Termijn kan verschillen m.i.

[14:09] Hans Noordzij (Gast)

Eva, eens dat het ook kortdurend kan zijn maar dan moeten er wel voldoende afschalingsmogelijkheden zijn.

[14:09] Marcia Albrecht (Gast)

Bij veiligheidsvraagstukken werkt dat niet altijd zo. Denk aan radicalisering, eerwraak, seksuele uitbuiting. Veiligheidsplanning vraagt dat in alle fase van het traject de aandacht en kan op elk moment leiden tot bijstelling van uitstroom doelen. Je bepaalt richting na gedegen risicoanalyse van het hele systeem.

[14:10] Marcia Albrecht (Gast)

Je = de expertise van de aanbieder in combinatie met het wijkteam

[14:11] Buren, Aletta van (Gast)

ouders zelf ook een stem!

[14:12] Marijke Kruijt (Gast)

heel erg eens

[14:16] Marcia Albrecht (Gast)

is er ook ruimte om digitale hulpverlening in te brengen/chat? Terug naar huis met 24/7 mogelijkheden tot contact en behandeling kan wellicht de brug slaan en langer thuis of eerder terug naar huis

[14:31] Marcia Albrecht (Gast)

is die scheidslijn te trekken? ik verwacht dat er altijd brede integraliteit aan de orde is

[14:32] Marcia Albrecht (Gast)

Integraal is een gezinsbenadering, alles wat nodig is plus onderwijs. Vaak is er ook van alles aan de hand met ouders.

[14:31] Marcia Albrecht (Gast)

is die scheidslijn te trekken? Ik verwacht dat er altijd brede integraliteit aan de orde is

[14:32] Marcia Albrecht (Gast)

Integraal is een gezinsbenadering, alles wat nodig is plus onderwijs. Vaak is er ook van alles aan de hand met ouders

[14:43] Marcia Albrecht (Gast)

C: ontwikkelopdracht waarbij ook het komen tot een alternatief aan de orde is

[14:48] Marcia Albrecht (Gast)

De jeugd ggz staat onder druk. Wat is er minimaal nodig om het specialisme in stand te houden versus afbouw?

[14:50] Marcia Albrecht (Gast)

Op inhoud: hoe weten we nu dat de groep die terug naar huis kan dezelfde problemen hebben als de residentiële groep? Je zou denken dat er verschillen zijn.

[14:52] Marcia Albrecht (Gast)

Mooi model, klinkt veelbelovend

[14:56] Eva de Lange | YWCC (Gast)

Bekend probleem Aletta; bij ons zit het alleen juist in de opschaling

[15:00] Marcia Albrecht (Gast)

Plezierige en waardevolle bijeenkomst

[15:00] Buren, Aletta van (Gast)

eens

