

Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verslag Marktconsultatie

Digiloog 14 december 2020

OPDRACHT B Behandeling met verblijf

BREAKOUTSESSIE 2

Deelnemers sessie: Timon, ASVZ, Yulius, Horizon, Prokino, Pluryn, Schakenbosch

Gespreksleider: Karin Noordanus

Technisch leider: Joan van Amersfoort

1. Plenair deel

Pim de Glas opent als voorzitter de vergadering. In dit plenaire deel is gelegenheid om vragen te stellen over de ontvangen documenten. Er worden echter geen vragen gesteld waardoor Pim de vrijheid neemt om te concluderen dat de documenten helder zijn.

In de marktconsultatie van vrijdag 11 december heeft Tanja Otte gevraagd of het de bedoeling is dat in dit segment met verblijf alle aanbieders, zowel LVB, J&O als GGZ zouden moeten kunnen bieden. Daar is toen bevestigend op geantwoord maar het lijkt Tanja goed om daar in beide deelsessies aandacht aan te besteden.



Pim geeft aan dat dit één van de elementen is die gedurende de sessies terugkomt in de stellingen. Daar kan aangegeven worden hoe daar tegenaan gekeken wordt.

Tanja verwijst naar de evaluatie van de huidige aanbesteding. Er is destijds met zowel gegunde als niet gegunde partijen gesproken, dit ging over aanbestedingen die gelijktijdig hebben plaatsgevonden.

Vanuit Yulius plaatst Ireza Versteeg de opmerking dat in de consultatienotitie voor het segment behandeling met verblijf specifiek wordt gerefereerd aan intensieve behandeling, waarbij ook een paar vormen worden genoemd zoals Jeugdzorg Plus en Acute GGZ. Maar in de huidige segmentering van B1 tot en met B3 bevat B3 een enorme variatie aan intensieve behandeling die niet vergelijkbaar is.

Dick Sneijer reageert dat het doel is om de oude opdracht B nieuw te vormen voor de toekomst. Er wordt geen onderscheid gemaakt, er gaat in deze sessies niet gesproken worden over de afzonderlijke delen van opdracht B.

Pim vult aan dat in de huidige indeling vooralsnog wordt uitgegaan van behandeling met verblijf waarin geen opsplitsing zit. Maar dit is het moment om aan te geven hoe daarnaar gekeken wordt en advies te verstrekken.

Hierna starten de deelsessies.

2. Sessie 2 – Behandeling met verblijf (nu opdracht B)

Deze sessie wordt geleid door Karin Noordanus, beleidsadviseur Jeugd bij de gemeente Rotterdam en Joan van Amersfoort, contractmanager bij de GRJR. Na een korte voorstelronde wordt de presentatie gestart.

Vanuit de regiovisie wordt nagedacht over hoe de komende periode ingericht moet worden. Hierbij wordt de titel Nabij en Passend gehanteerd. Een belangrijk onderdeel van Nabij en Passend is dat er op een andere manier omgegaan wordt met verblijf en behandeling. Om die reden wordt het nu bewust behandeling en verblijf genoemd. Er wordt gestreefd naar een kanteling waarbij het lokale centraler komt. Zowel in de casusregie als dat er getracht wordt zo dicht mogelijk bij het gezin en de jeugdigen te staan. Aan de hand van een aantal stellingen kunnen de aanwezigen aangeven hoe zij hier tegenaan kijken.

Stelling 1: Verblijf op een bed is echt een uitzondering, ambulant heeft de voorkeur. Wanneer een bed nodig is, is het verblijf maximaal 6 maanden.

Een bed staat ook voor zaken als pleegzorg, gezinshuis of langdurig intensief verblijf. Vanuit die invalshoeken bekeken is het niet wenselijk dat een bed maximaal 6 maanden is. Er wordt in de stelling blijkbaar uitgegaan van een bepaald type bed. Dat werpt een ingewikkelde blokkade op. Blijkbaar is dit een perceel waar maximaal 6 maanden in mag worden verbleven en zijn er andere percelen, namelijk het nieuwe A-C perceel, waar langer in verbleven mag worden. Maar in die percelen zit dan weer geen behandeling. Op deze manier worden er opnieuw percelen met allerlei schotten gecreëerd. Het is beter om verblijf niet te koppelen aan een bepaalde tijdsduur. En ook niet in het ene perceel mét behandeling en in het andere perceel zonder behandeling. Behandeling en verblijf moeten los gezien worden. Beiden duren los van elkaar zo lang als nodig is. Dat moet niet in percelen gegoten worden waar in het ene perceel dit mag en in het andere perceel dat mag. Dat levert altijd obstakels op.



In de consultatienotitie wordt aangegeven dat het gaat om intensieve zware vormen van behandeling met verblijf. In die zin is de stelling passend. Om op een goede wijze over deze stelling in gesprek te gaan is het nuttig om helder te duiden over welke doelgroepen het gaat. Anders ontstaat er geen vergelijkbaarheid. De stelling is goed en kan, afhankelijk van welke hulpvragen, zelfs scherper dan 6 maanden. Maar er moet wel flexibiliteit in het systeem blijven, het heeft geen zin om allerlei schotten te maken. Gewoon flexibel benaderen in misschien een grotere opdracht. Er moet ruimte zijn om een bepaald aanbod te laten aansluiten op de collega's. Anders wordt het heel ingewikkeld. De afgelopen drie jaar heeft iedereen wel ervaring gehad dat schotten ertoe kunnen leiden dat de flexibiliteit uit het zorglandschap wordt gehaald.

Karin vat bovenstaande samen als dat verblijf verschillende invullingen kan krijgen. Dat kan breder zijn dan wat er nu in B wordt aangeboden. Dus bijvoorbeeld ook pleeggezinnen, gezinshuizen of andere vormen. Zo lang die intensieve behandeling maar ambulantisceert. En daartussen moet flexibiliteit zijn waarbij zowel het verblijf als de vorm van behandeling flexibeler wordt.

Karin haar samenvatting wordt onderschreven. Als voorbeeld kan het huidige B3 genomen worden. Als in dat perceel een behandeling en een verblijf geboden wordt dan kan er niet halverwege besloten worden dat de behandeling verder gaat maar het verblijf stopt. Dat is niet los verkrijgbaar. Op dit moment moet blijvend het volle bedrag gedeclareerd worden terwijl een kind eigenlijk naar huis kan. Het moet zo worden dat de begeleiding zo lang duurt als nodig is en dat los daarvan ook het verblijf zo lang duurt als nodig is. Dan komen er meer horizontale schotjes op de zorgintensiteit. Zowel de behandelintensiteit als de zorgintensiteit lopen onafhankelijk van elkaar in bepaalde treden. Daarin moet je, los van elkaar, kunnen op- of afschalen. Nu worden er toch weer doelgroepen in mootjes gehakt. Er komt weer een behandel- en verblijf doelgroep. Dan ontstaat er onvermijdelijk grensverkeer met het andere perceel, Alternatief Thuis. Verblijf en behandeling moet je kunnen combineren maar ook los van elkaar kunnen zien. Dat is een meer logische verdeling dan de percelen B, C of A.

Karin vat samen; de behandeling moet zo lang als nodig en het verblijf zo kort als mogelijk. Dit moet onafhankelijk van elkaar op- en afgeschaald worden. De vraag is of de behandeling ook los van verblijf moet kunnen worden ingezet.

Dit moet absoluut kunnen waarbij de insteek is dat het verblijf gewoon thuis is. Het liefst wordt de behandeling zo intensief als mogelijk ingezet en is het verblijf thuis. Als dat niet lukt opschalen naar de minst intensieve trede van verblijf, doorgaan met de behandeling terwijl het verblijf wellicht weer afgeschaald kan worden.

De lijn en het idee van de stelling is begrijpelijk. Het streven moet zijn dat geen enkel kind in verblijf zit. Verblijf kan ingezet worden als een soort tussenvoorziening met de insteek dat het kind teruggaat naar het eigen huis of naar het eigen netwerk.

De realiteit is dat er vanuit Rijnmond een behoorlijke vraag is om beddenscapaciteit voor jongeren met forse gedragsproblematiek en LVB. Daarvan is een deel gecontracteerd in het LTA, maar een deel ook regionaal. Pluryn gaat tweemaal over het budget heen omdat zorgbemiddeling constateert dat er geen aanbod is voor deze jongeren. De wens van Pluryn is heel sterk om te kijken of er een lichter/zachter aanbod in de regio zelf kan komen waarnaar kinderen terug verwezen kunnen worden. Want, los van die 6 maanden, is ook dat aanbod er niet. De behandelduur wordt op het moment fors overschreden omdat kinderen na de heel gestructureerde setting niet direct helemaal vrijgelaten kunnen worden zonder stevige kaders en structuur.

De 6 maanden is een mooie wens maar daarvoor is nogal wat nodig. Dat zal niet in 2 jaar gehaald worden maar de route ernaar toe wordt volledig onderschreven.



Er moet erkenning komen dat er kortdurende plekken met behandeling nodig kunnen zijn. Daarvoor is deze stelling met 6 maanden een prima richtlijn. Maar er moet ook erkenning komen voor de jongeren die een langdurige plek nodig hebben met behandeling. Het verzoek is om dat onderscheid duidelijk terug te laten komen in de nieuwe inkoop.

De tekst 'is echt een uitzondering' ligt genuanceerder dan uit de stelling naar voren komt. Soms is een kortdurende behandelplek geen uitzondering, maar de juiste route om erger te voorkomen. Mits het na 6 maanden wordt afgeschaald en het kind terug de wijk in kan.

Karin vat samen dat sommige doelgroepen iets anders nodig hebben. De vraag is welke doelgroepen dit zijn.

De reactie op Karin haar vraag is dat voorkomen moet worden dat de inkoop weer wordt opgedeeld in producten of doelgroepen. Het huidige stelsel kent resultaatgebieden en ondersteuningselementen en daar zijn vervolgens percelen overheen gelegd. Hoogover is de vraag wat er zou gebeuren als de resultaatgebieden en de ondersteuningsgebieden worden gehandhaafd, alle zorg is daarin te passen, maar er geen percelen meer overheen te leggen. Partijen kunnen vervolgens inschrijven op een integrale opdracht en men krijgt per cliënt als opdracht een bepaalde trede in de resultaatgebieden en wel of niet een bepaald ondersteuningselement. Met deze werkwijze zou een heleboel opgelost worden, er hoeft dan niet meer over producten of doelgroepen gesproken te worden. En ook de schotten zijn er dan niet meer. Dan werk je naar een integrale opdracht toe waarbij alles flexibel is.

Als er vervolgens een integrale opdracht wordt verstrekt dan wordt partijen gevraagd om samen te gaan werken voor de vormen die de partijen zelf niet hebben.

Op de opmerking dat de integrale aanpak in de afgelopen periode niet altijd goed functioneerde volgt de reactie dat dat komt doordat de gemeente allerlei obstakels heeft opgeworpen, onder andere door de perceelindelingen.

Naast de perceelindelingen zijn er ook nog de budgetten. Dat maakt het lastig, de ene gegunde partij heeft geen budget meer, een andere partij nog wel, maar dan passen de doelgroepen soms niet door elkaar. Het onderling werken als gecontracteerde partijen met hoofd- en onderaannemerschap is niet wenselijk. Dat levert een hoop extra administratieve rompslomp. Af en toe zullen cliënten aan elkaar moeten worden overgedragen. Dat vraagt iets van de flexibiliteit in de budgetten, het zou ook kunnen betekenen dat het ondersteuningselement verblijf aan en uitgezet kan worden. Op het moment dat een kind geen verblijf meer nodig heeft kan dat ondersteuningselement er af. Dan kan er wellicht overgedragen worden naar een aanbieder die dichterbij huis zit. Dat vraagt flexibiliteit in de budgetten en dat kan lastig zijn voor de aanbieders.

Op dit moment is het zo in beton gegoten dat je elke keer tegen de randen aanloopt, zowel in financieel opzicht als in de hulpverlening zelf. Als je kunt flexibiliseren in een intensiteitsverschil en in een combinatie van verblijf en behandeling dan sla je de spijker op z'n kop. Daaraan moet nog toegevoegd worden dat het zo georganiseerd wordt dat je niet op elkaar hoeft te wachten. Daar wordt op dit moment de meeste last van ondervonden. Dan is er behandeling maar geen bed of andersom. Soms moet een jongere dan te lang wachten waardoor het weer uit de hand kan lopen. Een verblijf van 6 maanden is een mooie gedachte, het kan een streven zijn.

De gunning is nu dat alle partijen integraal moeten leveren. De vraag is of specialisme kan bestaan naast integrale partijen. Is dat een denkrichting? Enerzijds zijn de voordelen van integraal leveren dat er sneller en efficiënter georganiseerd kan worden. Maar het blijkt wel dat specialisme soms nog steeds heel hard nodig is. Het moet ook samen kunnen, mits er goed uit elkaar getrokken wordt wat er onder specialisme verstaan wordt. Het een hoeft het ander niet uit te sluiten, ook dat is een vorm van flexibel zijn. Op het moment dat een partij integraal levert zitten daar veel extra, verborgen kosten aan. Er zijn veel administratieve lasten, er wordt deelgenomen aan veel werkgroepen. Als er meer specialisme wordt



toegelaten dan hebben die een andere opdracht en trekken misschien als systeempartij op, maar meer sec voor een bepaald specialistisch deel.

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.

Als inleiding wordt aangegeven dat het de bedoeling is dat casusregie echt centraal komt te staan, maar dan wel samen met de zorgaanbieder. Dus als een kind instroomt wordt al bepaald waar het kind naar gaat uitstromen en dat daar naartoe gewerkt wordt in de periode van behandeling met verblijf.

Meer lokale casusregie bij een wijkteam is goed. Het is echter wel de vraag of dit haalbaar is want de stelling sluit uit dat er onderweg nog iets kan gebeuren waardoor het perspectief verandert. Met die nuancering erbij is het een hele goede stelling. Want verblijf moet als onderdeel van het totaaltraject worden gezien. Nu gebeurt het nog te vaak dat het kind verwezen wordt naar een bepaalde verblijfsplek waar het vervolgens zit zonder een duidelijk perspectief. Als een kind naar een bepaalde verblijfsplek gaat moet het altijd duidelijk zijn hoe dat in het totaalplaatje past en waartoe het leidt. Maar er moet voor gewaakt worden dat als een kind naar een bepaalde behandel- of verblijfsplek gaat al direct duidelijk is waar het kind gaat eindigen. Hierbij is de rol van het wijkteam belangrijk. In vorige sessies is ook al geconcludeerd dat het wijkteam een beetje buiten spel staat. Als het echt de wens is dat iemand de totale casusregie voert, ook richting andere sectoren zoals het onderwijs, dan zou het heel goed zijn als het wijkteam een veel centralere rol speelt. Als casusregisseur en als behandelaar voor eerstelijns hulp en waar nodig specialisten laat aanhaken. Dan volgt vanzelf dat specialistische hulp aanvullend is op de totaalbehandeling.

In de nieuwe aanbestedingsplannen staat dat alles lokaal moet zijn en dat regionaal aanvullend is. Dat is een mooi uitgangspunt, maar wat je in de praktijk ziet is dat het voorveld helemaal geen kennis heeft op het niveau van kinderen die met verblijf acuut binnenkomen. En dat er geen betrokken casusregisseur is. Er zal enorm veel aandacht moeten zijn voor de wijze waarop lokaal dan versterkt kan worden. Ook al omdat het op dit punt gaat over disciplines waar een hele grote schaarste is. Er wordt echt veel gevraagd, het is ingewikkeld. De stelling is goed, het wordt deels al uitgevoerd. Maar op dit moment hebben wijkteams het gewoon niet voldoende op orde. Juist voor de complexe doelgroepen is het heel ingewikkeld en zijn er wel eens kinderen die onnodig lang moeten wachten.

Karin verwijst naar de opmerking over de schaarste van personeel in de disciplines en vraagt hoe het weer aantrekkelijk gemaakt kan worden.

Als gevolg van de transitie jeugdzorg zijn veel ggz disciplines in de volwassenenzorg gaan werken. Omdat jeugdzorg heel onaantrekkelijk werd. Maar daarnaast zijn er ook een beperkt aantal opleidingsplaatsen. Dit moet landelijk aangepakt worden, hoe dit kan worden hersteld is een probleem waar VWS zich op moet richten. In de jeugd ggz worden mensen ook weggekocht omdat de jeugd- en opvoedhulp in een hogere CAO betaalt. De schaarste is niet zomaar opgelost, anders dan dat er landelijk meer opleidingsplaatsen komen.

In de praktijk wordt gezien dat er een groot hiaat is als kinderen afgeschaald worden naar lokaal. Er moet nagedacht worden hoe lokaal versterkt kan worden. De uitstroom en afschaling vanuit een setting van behandeling met verblijf of alleen intensieve behandeling is moeilijk.

In de stelling staat dat er bepaald wordt waar een kind naartoe zal uitstromen. Maar het is beter om te spreken over doelen. Die doelen moeten heel dicht bij het kind en het gezin liggen. Het kind moet naar school gaan, moet kind kunnen zijn en heeft een volwassen steunfiguur nodig. Dat zijn dingen die een wijkteam centraal moet hebben staan. De stelling is eigenlijk alweer een uitwerking waar een vervolgaanbod wordt bepaald.



Dat kan soms helpen, maar er moet vooral naar een soort normalisatie gegaan worden. Vaak komen kinderen nu in een verblijf omdat de normalisatie niet goed georganiseerd is. Omdat gezinnen niet goed ondersteund worden om zelf aan die normalisatie bij te dragen en een rol te pakken. Dit wordt gemist in de formulering van de stelling. Er moet op een andere manier gekeken worden, kinderen moeten weten waar ze thuishoren.

Het aansluiten bij het normale leven en hoe dat beschreven wordt, wordt inderdaad gemist. Dat zou een prominente plek moeten krijgen in dit perceel. Ook de rol van school moet daarin opgenomen worden. Dit wordt niet teruggezien in de stellingen, terwijl er in de visie staat en uit de marktconsultatie kwam dat elk kind naar school moet kunnen. Dat is een belangrijk punt en het maakt nogal uit hoe dat ingedekt wordt. In de praktijk wordt gezien dat de overgang naar een reguliere school best ingewikkeld kan zijn, maar zeer essentieel voor het aansluiten bij het normale leven. Het zou mooi zijn als dit duidelijker teruggezien wordt en daar beleid over geschreven wordt.

Er wordt aangegeven dat de lokale casusregisseur heel belangrijk is. Maar er moet meer expliciet gemaakt worden welke bevoegdheden daarbij horen en wat de rol is van het specialistische deel.

Vanuit het lokale perspectief wordt bovenstaande zeer herkend. Voor een wijkteam of ambulante medewerkers in een wijk is het hele gebied van verblijf en behandeling een heel groot woud waar men door de bomen het bos niet meer ziet. Dat is ook het probleem voor een casusregisseur. Laat staan wat het betekent voor een jeugdige of het netwerk om de jeugdige heen. Er kan wel een wens bestaan dat een wijkteam of casusregisseur die vaardigheden gaat krijgen, maar dat is een onmogelijke vraag. Als een kind een vorm van verblijf moet krijgen moet er een mogelijkheid zijn dat een wijkteam daar vanuit regionaal bepaalde ondersteuning in kan krijgen. Het is echt te veel om dit allemaal vanuit lokaal te laten komen.

**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 = samenwerking binnen jeugdhulp (j-GGZ, J&O en LVB)

Als inleiding wordt uitgelegd dat de casusregisseur breed aan zet is over het hele sociale domein. Daarbij zal worden nagedacht hoe de GI zich daartoe verhoudt. Maar gedurende het zorgtraject werkt de zorgaanbieder aan het integrale maatwerk voor de jeugdige. Daarmee worden de drie oude domeinen in samenwerking bedoeld.

In de praktijk wordt gezien dat het niet slim is om een kind met LVB-problematiek op een ggz bed te leggen dat gericht is op behandeling van een stoornis of trauma. In de brede zorgtafeloverleggen wordt gemerkt dat er toch specialismes blijven. Dat geldt voor de mensen, de organisaties en de deskundigheid. Het is de vraag op welk niveau deze stelling belegd kan worden. Op het moment dat er ambulant gewerkt wordt en op het moment dat er gezinsvervangend verblijf nodig is kan dit wel gevraagd worden. Alhoewel het best veel vraagt van een aanbieder. Als het gaat om specialistisch verblijf dan is het meestal niet zo dat er lokaal een aanbieder is die dit allemaal kan doen.

Wel eens met de stelling, er wordt al langer aan gewerkt om de smalle integraliteit voor elkaar te krijgen en beter te maken. Maar juist de brede integraliteit wordt gemist. Het kind kan uit het gezin gehaald worden en verblijf en behandeling ontvangen, maar vaak spelen er ook zaken in het gezin, zoals bijvoorbeeld schuldenproblematiek. Als daarmee geholpen wordt kan dit zorgen dat het kind weer naar huis kan via bijvoorbeeld ambulante ondersteuning.



Op dat vlak kan nog veel gewonnen worden. Het kan een streven zijn om dit binnen de Wmo wet te realiseren, maar dan heb je in deze regio met 15 gemeenten te maken die het allemaal weer anders ingedeeld hebben. Dat maakt het extra moeilijk voor het smalle smaldeel.

In de stelling wordt de GI genoemd. De GI beschrijft vaak hoe hulp of behandeling moet worden uitgevoerd. Vervolgens wordt gezegd dat de specialistische zorgaanbieder daarbinnen met maatwerk kan aanvullen. Dat wordt echter lastig, dat klemmt. Het zou mooier zijn als de GI en het wijkteam beter samenwerken, waarbij het wijkteam de casusregie voert. De zorgaanbieders moeten vervolgens sociaal domein breed kunnen werken, gelet op de belangrijke zaken die al genoemd zijn zoals onderwijs, werk, 18- en 18+, passende huisvesting voor 16+ en schuldhulpverlening. Het heeft geen zin om een jeugdige te behandelen of begeleiden als er niet aan al die zaken tegelijkertijd gewerkt kan worden. De zorgaanbieder moet mogelijkheden hebben.

Het is een mooi ideaal om te zeggen dat het ligt bij de aanbieder die op dat moment invliegt voor specialistische hulp. Maar bij bestaande aanbieders zoals Yulius, bestaan er zo ontzettend veel samenwerkingsafspraken met andere specialistische aanbieders. Er wordt landelijk, bovenregionaal en in Rijnmond gewerkt. Dan is het vervolgens eigenlijk onmogelijk om dat binnen het sociaal domein van 16 gemeenten nog eens te doen. De hoop is dat er in samenwerking met het wijkteam gewerkt kan worden.

Lokaal kan veel, maar niet alles. Er zit een soort Atlantische Oceaan tussen bijvoorbeeld het ene gebied lokaal en het andere gebied regionaal. Dat is niet te overbruggen door wat te schuiven met percelen van regionaal naar lokaal. De gemeenten willen lokaal meer zelf in de hand hebben. Dan is de enige mogelijkheid dat regionaal transformeert en per doelgroep een soort schil vormt om lokaal heen. Waarbij lokaal kan kiezen welke kant het op moet. En daarnaast is het heel belangrijk dat iedereen zo'n beetje gelijk beloond wordt vanuit de gemeente.

Het is een ingewikkeldheid. Casusregie is belangrijk, tegelijkertijd is het voor ouders heel belangrijk om één aanspreekpunt te hebben. Ouders worden nu zo overvraagd. Er moet gezocht worden naar eenvoud. Anderzijds wordt er veel gevraagd van mensen van het sociaal team als ze zicht moeten hebben op de hele wereld van specialistische zorg, onderwijs en allerlei regelgeving. De vraag is hoe er slim georganiseerd kan worden dat er iemand goed aansluit bij het gezin, maar tegelijkertijd makkelijk kan schakelen met die schil van specialisme die eromheen ligt. Het is daarbij ontzettend belangrijk om te kijken naar de volgorde van interventie in een gezin. Omdat een gezin vaak overvraagd is. Als er te veel dingen op te veel terreinen tegelijk gedaan worden zie je vaak dat gezinnen het niet meer kunnen handelen. Het is vooral belangrijk dat het kind zichtbaar blijft in de wijk waar het vandaan komt. De verbinding met de eigen regio is belangrijk voor de terugkomst. Regie dicht bij het gezin is belangrijk, maar daarmee wordt ook heel veel gevraagd. Daar zou een soort slimme steunstructuur voor georganiseerd moeten worden.

Het gesprek gaat over de brede integraliteit en de domeinen Wmo, schulden en wonen. Dit is allemaal lokaal georganiseerd. Het werkt beter om aan te sluiten bij de structuren die er zijn. Het is een dilemma. Aan de ene kant moet een regionale aanbieder die de casusregie heeft aansluiten bij al die deelgebieden/gemeenten. Dat is niet heel efficiënt. Aan de andere kant heeft het integrale zoals nu gewerkt wordt ook weer voordelen. Wat wel zo moet blijven is dat specialistische zorg regionaal is.



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**

Inleidend wordt gesteld dat het behandeling met verblijf is genoemd met als doel om de component verblijf te reduceren. De vraag is hoe dit het beste gedaan kan worden.

Punt B heeft voorkeur. Je moet niet te veel vast willen leggen zoals in de aanbesteding in 2017 is gebeurd. Er moet getracht worden om elke belemmering voor het ambulantisering uit het inkoopmodel te halen. Het moet dus zo flexibel mogelijk gemaakt worden. Er bestaan al heel veel mooie vormen van outreachend aanbod die het verblijf fors hebben gereduceerd. Er kan echt veel meer.

In de doelgroep van Horizon zitten pittige kinderen. Horizon is geen tegenstander van de beweging naar nul. Maar dat betekent ook een maatschappelijke beweging in de regio. Kinderen met hele forse problematiek gaan weer naar huis. De ontwikkelopdracht ligt breder dan de jeugdzorgketen, ook veiligheid is een enorm belangrijk thema. Ook bijvoorbeeld rechters, politie en huisartsen moeten hier iets mee.

Allereerst over de interpretatie van de tekst van de stelling. Het reduceren van 'bedden' is een ingewikkelde stelling. Want bedden is ook pleegzorg en gezinshuis. Het reduceren van bedden op zichzelf is geen doel. Het doel is reduceren van onnodige dure klinische plekken. Het ontschotten zal hierbij heel erg helpen. De wijze van inkopen is van invloed op het wel of niet inzetten van onnodig dure bedden. Daarbij moet je A, B, C, D en E combineren. Dan pas kun je zorgen dat er ingezet wordt wat nodig is en bestaan er geen schotten. Die schotten hebben echt heel veel belemmeringen opgeleverd.

Huisartsen, jeugdbeschermers en rechters zijn wettelijk de verwijzers. Die verwijzers moeten leren minder snel naar een bed te verwijzen, maar gaan zoeken naar een alternatief. Bij die groep zit de belangrijkste veranderopdracht. Daarmee komen we weer terug bij de casusregisseur die zorgt dat daar regie op gevoerd wordt.

Er kan ook meer ingezet worden op harmonica voorzieningen, die zijn er nu onvoldoende. Er bestaat nu geen mogelijkheid om tussentijds, voor een dag, een nacht of een weekend bijvoorbeeld, even ergens naartoe te kunnen. Dit soort voorzieningen zijn een zegen voor zowel verwijzers, jeugdigen, ouders als aanbieders.

Het residentiële plaatsen komt als allerlaatste in de keten. Omdat men het niet meer weet of ervan af wil. Door de tijd heen is er een golfbeweging van bezuinigen en weer uitbreiden. Normeren moet voorzichtig aangepakt worden en er moet gezorgd worden dat de 'oplossingen' eerst ontwikkeld worden. Er zijn genoeg voorbeelden in de regio te vinden waar getracht wordt om dit waar te maken. Maar een tekort aan bedden zorgt alleen maar voor meer ellende. Het moet dus heel erg voorzichtig worden aangepakt.

Karin merkt op dat in de huidige aanbesteding de ruimte aanwezig is om ambulante vormen in te zetten. Toch komt dit maar mondjesmaat van de grond. De vraag is wat er moet gebeuren waardoor dit wel breed wordt opgepakt.

Dit kan door de ambulante voorzieningen eerder te betrekken. Dus meer ambulantisering naast de wijkteams, sneller de specialistische ambulante begeleiding inzetten.



Er zullen binnen de ambulante zorg en het ambulante budget keuzes moeten worden gemaakt welke typen hulpvragen daar nog beantwoord kunnen worden. Dit soort intensieve vormen kunnen alleen regionaal worden opgezet. Die zijn te specialistisch en te duur om lokaal op te zetten. Als er met elkaar wordt bepaald wat daarvoor nodig is dan is ook bekend hoeveel ingekocht moet worden.

Het advies met betrekking tot de aanbesteding is dat er wel goed benoemd moet worden welk aanbod op het ambulante nog regionaal ingekocht gaat worden en welke doelen daaraan gehangen worden. Als er in het regionale deel een beddenreductie als beleid wordt opgenomen dan moet er ruimte zijn om intensief te kunnen ambulantiseren. Met een transformatie die ertoe leidt dat er meer dan vijf vakteams, integrale vakteams, etc. opgezet worden om te voorkomen dat er een groot percentage verblijf nodig blijft. En daarbij moeten de doelgroepen echt concreter worden.

De lokale teams en het onderwijs moeten zodanig versterkt worden dat er niet altijd hoeft te worden verwezen maar dat er ook eigen mogelijkheden zijn. Juist bij gezinsproblematiek gaat het vaak om volwassen ggz waarbij vaak praktische ondersteuning, het op orde brengen van de basis, al kan zorgen dat kinderen niet het huis uit hoeven. Dus kijken wat lokale teams geboden kan worden om te zorgen dat het kind door praktische ondersteuning thuis kan blijven. Daarnaast zal de specialistische combinatie van verblijfsvervangend, verblijfsverkortend of verblijfsvoorkomend en het verblijf dicht aan elkaar gekoppeld moeten worden.

3. Sluiting

Karin geeft aan dat er een verslag komt van deze sessie en dankt alle deelnemers voor de inbreng.

De bijeenkomst wordt beëindigd om 15.10 uur.

