

Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verslag Marktconsultatie

Digiloog 15 december 2020

OPDRACHT E Specialistische ambulante hulp

BREAKOUTSESSIE 1

Deelnemers: Yoep, Timon, William Schrikker, Impegno, Leestalent, Citykids, Zuidwester, Parnassia;

Gespreksleider: Karin Noordanus

Technisch leider: Joan van Amersfoort

Karin Noordanus opent de breakoutsessie om 11.45 uur en meldt dat er in het voorjaar met de aanbieders consultatierondes hebben plaatsgevonden over E. Hierbij zijn een aantal geleerde lessen en argumenten opgeschreven als input voor de inkoopstrategie:

- Er gaat een knip ontstaan in E en de aanbieders hebben meegegeven dat men daarmee de lessons learned kwijtraakt en een bepaalde opbrengst van de transformatie wordt verspild. De regio wil met de aanbieders bespreken waar dit in zit.
- Er wordt gevreesd voor een toename van de administratieve lasten vanwege de samenhang met de decentralisatie en de verdere doorvertaling hiervan. Een van de uitgangspunten in de regiovisie is echter om de administratieve lasten zo gering mogelijk te houden.



- Verder hebben de aanbieders aangegeven dat schaalvergroting voordelen heeft die met lokaal inkopen ingewikkelder zijn. Hoogspecialistische zorg is niet geschikt voor lokale inkoop omdat de doelgroep te klein is. Een van de uitgangspunten in de regiovisie is dat schaarste zowel in aanbod als in vraag een reden is voor regionale inkoop.
- De aanbieders gaven aan dat eenvoudige zorg lokaal mogelijk is wanneer hiervoor een goede basis aanwezig is. De regiovisie zet daarom in op een goede lokale infrastructuur.
- De aanbieders hadden als administratief punt opmerkingen over het hoofd- en onderaannemerschap. De regio signaleert dit zelf eveneens en wil met de aanbieders bespreken in welke vorm men hiermee om kan gaan. Ter versterking van het lokale ziet de gemeente graag ondersteuning bij de wijkteams wanneer er wordt doorverwezen naar de specialistische zorg.

De regio heeft geprobeerd om een antwoord te bieden op bovenstaande punten maar gaat ook hierover graag in gesprek met de aanbieders met behulp van een aantal stellingen waarmee de gemeente hoopt de aanbieders tegemoet te komen.

Frans van der Heijden vraagt wat de huidige status is van sheet 15. Wordt hier meer verdieping in aangebracht of zal dit worden meegenomen als een deel van de consultatie die deze week plaatsvindt? Ellen Kortekaas antwoordt dat er aandachtspunten zijn meegenomen uit hetgeen de vorige keer is opgehaald maar dat nog niet alles is verwerkt. De gemeente is nog met de inkoopstrategie bezig en hoort vandaag graag welke aanvullingen de aanbieders hebben. Dit zal meegenomen worden in de vervolmaking van de inkoopstrategie. Dit wil niet zeggen dat alles een-op-een wordt meegenomen maar de gemeente ziet dit wel als wijze raad waar hij iets mee gaat doen. Tijdens het totale inkoopproces zullen de aanbieders vaker worden geconsulteerd en gevraagd worden om input te geven zodat het proces in gezamenlijkheid kan groeien en ontwikkelen.

Karin Noordanus meldt dat een stevige inzet op het lokale veld een hoofduitgangspunt is waardoor het regionale veld een aanvullend karakter krijgt en hoogspecialistischer wordt.

Stelling 1: Voor de jeugdigen is het belangrijk om specialistische ambulante hulp zoveel als mogelijk lokaal te organiseren. Dit bevordert de samenwerking tussen lokale aanbieder, onderwijs en lokale teams.

Frans van der Heijden vraagt of bij deze stelling ervan uitgegaan kan worden dat er niet gewacht wordt met het inzetten van hoogspecialistische hulp wanneer dit echt nodig is. Ook vraagt hij hoe vanuit deze stelling ervoor gezorgd wordt dat de deskundigheid die nodig is voor goede start handen en voeten wordt gegeven. Wordt er bijvoorbeeld over nagedacht om dit op een bepaalde manier regionaal te benaderen met een integraal triageteam? De doorzettingsmacht van een lokale partij is belangrijk om snel vanuit cliëntperspectief correct te kunnen handelen zonder belemmeringen vanuit bijvoorbeeld financieringsstromen of schotten tussen percelen. Karin Noordanus geeft aan dat in de regiovisie een en ander is opgenomen over een stevige vraagverheldering en casusregie en zij vraagt of hier aanvullingen of zorgen bij zijn. Frans van der Heijden beaamt dat hier een en ander over is vastgesteld maar geeft aan dat men momenteel op een punt zit waarbij men bespreekt hoe men dit gezamenlijk gaat regelen en effectueren. In de regiovisie zijn zaken weliswaar benoemd maar vervolgens moet men dit met elkaar handen en voeten gaan geven. Zijn vragen zijn gericht op de explicitering hiervan. Karin Noordanus legt uit dat deze sessie bedoeld is om te bespreken hoe de aanbieders deze stelling zien. Zij vraagt of een integraal

triageteam voldoende is om de vraagverheldering te effectueren. Frans der Heijden antwoordt dat zijn vragen omgebogen kunnen worden naar voorstellen. Hij is van mening dat deskundigheid zo snel mogelijk moet worden ingezet om een goede analyse te maken wat in een gezins- of cliëntsituatie nodig is. Dit is cruciaal en moet goed geborgd worden. Er moet vanuit de regio genoeg meegegeven worden aan lokaal over de wijze waarop dit uiteindelijk georganiseerd kan worden. Hij is bang voor versnippering wanneer elke gemeente hier zijn eigen opzet voor gaat maken. Dit vraagt dat een lokaal team doorzettingsmacht heeft om vloeiend te kunnen opereren. Karin Noordanus vraagt of Frank van der Heijden met doorzettingsmacht ook bedoelt dat er lokaal een stuk casusregie neergelegd moet worden. Frank van der Heijden vindt doorzettingsmacht meer dan casusregie. Momenteel ervaren partijen vaak belemmeringen omdat het budgetplafond is bereikt. Het perspectief voor jeugdigen en gezinnen moet zodanig worden opgepakt en georganiseerd dat er geen belemmeringen zijn voor het krijgen van de hulp die nodig is. Op dit moment gaat het vaak teveel over systemen dan over hetgeen er nodig is om verder te kunnen vanuit het perspectief van kind en gezin. De doorzettingsmacht is eigenlijk macht om te kunnen zeggen dat men hiermee aan de slag moet gaan.

Ellen Kortekaas vraagt waarom er nu geen sprake is van doorzettingsmacht en zij vraagt of dit komt door de administratieve handelingen of omdat een casusregisseur de verantwoordelijkheid niet neemt. Frans van der Heijden antwoordt dat dit heel breed is. Het heeft te maken met de samenwerking met wijkteams en specialistische aanbieders. Beide partijen zeggen vaak dat zij eerst een arrangement nodig hebben en dat er aan voorwaarden moet worden voldaan omdat de hulp anders niet wordt betaald. Er worden veel belemmeringen ervaren en dit gaat ten koste van wat er nodig is. Daarnaast heeft elk wijkteam en lokaal team zijn eigen insteek. Het ene team is vooral bezig met educatie en het andere kan niet afgeschaald worden. Het is heel breed om dit te expliciteren. Hij adviseert om de komende periode een analyse te maken hoe het er lokaal voor staat zodat duidelijk wordt welke belemmeringen er op dit moment zijn aangezien de lokale taak verzwaard gaat worden. De lokale teams ervaren veel problemen met het procesmatige. Dit varieert per wijkteam maar het eist veel tijd op. Karin Noordanus beaamt dat het goed is om de belemmeringen in kaart te brengen en zij vindt dit goede tips om op te letten wanneer de casuïstiek bij de wijkteams wordt ondergebracht aangezien dit anders niet gaat werken.

Stelling 2: De aanbieder blijft in elk geval verantwoordelijk voor de integraliteit van zijn eigen aanbod.

Karin Noordanus verwijst hierbij ook naar de stevige inzet op de lokale infrastructuur, casusregie en de brede integraliteit. Men kan het ook hebben over een smalle integraliteit namelijk over de zorgdomeinen heen (GGZ, jeugd met een beperking en jeugd met opvoedhulp). Zij vraagt wie hierover iets wil zeggen.

Ernst-Jan van Keulen is van mening dat men het kind niet met het badwater moet weggooien. De integraliteit is een van de grootste opbrengsten van het huidige inkoopstelsel waarbij zorgaanbieders gedwongen worden om over de sectoren heen te werken. Er valt van alles te verbeteren aan het Rijnmondse model maar de integraliteit moet men absoluut behouden.

Karin Noordanus vraagt hoe men dit voor het ambulante kan versterken. Ernst-Jan van Keulen antwoordt dat integraliteit in zijn beleving vooral te maken heeft met het niet oppotten van kinderen in een GGZ of J&O maar integraal te bekijken wat de hulpvraag is. Dit kan zijn voor GGZ, J&O of een combinatie van beiden. Dit zou wat hem betreft moeten terugkomen, zowel in sheet15 als in de halvelijnszorg tot en met de specialistische zorgaanbieder, zodat

en kind niet wordt gekokerd naar een speciale sector maar er altijd integraal wordt bekeken wat nodig is en verschillende partijen en modules kunnen worden ingezet.

Frans van der Heijden zou willen aanvullen dat de aanbieder verantwoordelijk blijft, niet alleen voor zijn eigen aanbod maar ook voor de samenwerking. Dit impliceert dat dit twee kanten op moet gaan en door alle actoren moet worden opgepakt. Een aanbod klinkt productgericht maar hij adviseert om vooral te kijken naar de noden en behoeften, en de vragen die er zijn.

Karin Noordanus geeft aan dat het momenteel niet altijd lukt om over de eigen sector heen aanbod te ontwikkelen en zij vraagt hoe men dit steviger kan krijgen. Frans van der Heijden antwoordt dat men goed moet kijken wat nodig is. Dit heeft alles te maken met mindshifts en hoe de organisaties in het veld de stappen in de processen verder kunnen krijgen. Minder aandacht voor het systeem zou prettig zijn zodat de inhoud veel prominenter op de agenda komt dan nu het geval is. Momenteel is er regelmatig veel gedoe over arrangementen en de samenwerking met de wijkteams waardoor het niet gaat over hetgeen er in het gezinssysteem nodig is. Dit is helaas de praktijk en hij hoort dit voortdurend om zich heen.

Ellen Kortekaas vraagt wat de organisaties willen om medewerkers integraler te laten kijken naar de systemen. Zij vraagt of dit verbeterd kan worden door scholing, opleiding, verbintenissen met andere partijen of uitwisselingen met elkaar. Frans van der Heijden antwoordt dat dit een continu proces is waarin men goed moet informeren. Vooral bij de start in 2018 is hieraan veel aandacht besteed en is hier expliciet bij stilgestaan. Het gaat er ook om dat men in het proces daarna bij het werken met cliënten voortdurend aan al deze elementen aandacht geeft. Deze inzet heeft zijn organisatie nog steeds. Dit zit in casuïstiekbesprekingen, besprekingen met teams en voortdurend informeren over ontwikkelingen en gesprekken op gebied van de aansturing. Dit wordt ook meegenomen in functioneringsgesprekken. Een mindshift vraagt om de juiste aanpak.

Ellen Kortekaas vraagt of de organisaties werken in het systeem van de jeugdigen of in het eigen gebouw. Frans van der Heijden antwoordt dat integraal werken vraagt dat men outreachend werkt en vanuit cliëntperspectief kijkt wat er nodig is. Bij zware problematiek is het zeker niet de bedoeling om in het eigen gebouw te blijven zitten. Bij behandeling thuis, FACT-zorg en situaties die een crisisachtige manier van werken vragen ga je naar de cliënt thuis en met belangrijke anderen in gesprek om hiermee in de context van de cliënt en alle invloeden daarop aan de slag te gaan. Dit is wat elke medewerker wil.

Ernst-Jan van Keulen geeft een voorbeeld waarbij iedere melding via een integrale aanmeldtafel integraal besproken wordt. Wat hem betreft begint het integrale werken daar. Wanneer men een casus bij de aanmelding met drie sectoren beoordeeld geeft dit het beste integrale plan. Dit helpt ook bij het meer outreachend werken. De opknipping in allerlei percelen helpt de zorgaanbieders niet om integraal te kunnen leveren. Het integraal leveren wordt daarnaast beperkt door de budgetplafonds waardoor iedereen zijn eigen plan gaat trekken. Dit botst regelmatig met de opdracht en het advies om integraal te werken. Het wegnemen van deze belemmeringen zou het zorglandschap helpen om beter integraal samen te werken.

John Schotanus merkt op dat met betrekking tot integraliteit rondom zijn doelgroep (de pleegzorg) steeds vaker aan de start van een project met het hele systeem rondom het kind aan tafel wordt gegaan. Met alle hulpverleners rondom het kind wordt hierbij integraal gekeken naar het systeem van het kind om te zorgen dat de hulpvraag voor iedereen duidelijk is en wordt hier een plan voor afgesproken. Helaas komt men er regelmatig achter

dat diverse parallelle processen moeten starten die op verschillende percelen zitten waardoor men allerlei tempoverschillen krijgt rondom het kind. Wanneer men vooraf integraal denkt gaat men daarna vaak weer separaat werken, en dat is iets wat men niet wil. Vaak moeten zorginstellingen voor een zorgproduct naar een ander perceel of een andere partner. Deze organisaties lopen eveneens vaak tegen hun eigen plafond aan. Hierdoor moeten veel administratieve stappen worden gezet terwijl ondertussen andere processen in het systeem van het kind al gestart zijn waardoor de interactie niet meer optimaal is. Het huidige systeem veroorzaakt de tempoverschillen in de integrale hulpaanpak.

Karin Noordanus vraagt of dit een pleidooi is om alles in één opdracht te doen. John Schotanus zou het heel grofmazig vinden om dit te doen maar er zouden zeker op perceel E stukken uit het perceel ondergebracht kunnen worden binnen een ander perceel. Dit zou minder schotten opleveren en de doorstroom naar behandelingen op inhoud beter kunnen ondersteunen. Frans van der Heijden is absoluut voorstander van het maken van één opdracht. Hij is geen voorstander van inkoopstelsels waar maar één consortium wordt gegund omdat dit de keuzevrijheid van de cliënt beperkt. Wanneer de doelstelling is om integraal te werken gelooft hij heel erg in een stelsel waarin men de partijen dwingt om over percelen heen te leveren. Volgens hem worden partijen hiermee niet uitgesloten bij de inschrijving omdat ze bij de inschrijving zich al in bepaalde combinaties kunnen voegen en samen kunnen inschrijven.

Stelling 3: De expertise van de regionaal gegunde aanbieders willen we inzetten ter ondersteuning van de wijkteams.

John Schotanus vindt het bij deze stelling evident dat men dit doet. Wanneer men wijkteams in een meer prominente rol wil krijgen dan nu met een casusregie kun men niet verwachten dat ze alles weten en kunnen en moet men de wijkteams minstens goed moeten informeren en ondersteunen met informatie en kennisoverdracht, of met specifieke aanwezigheid waarbij de specialistische aanbieder het wijkteam bijvoorbeeld helpt met het formuleren van de specifieke vraag. Dit geeft een beter resultaat dan wanneer men hoopt dat het bij het wijkteam vanzelf goedkomt. Hij is het dus eens met deze stelling. Frans van der Heijden vindt deze stelling onontbeerlijk. Hierbij kan men denken aan het inzetten van fte's in een wijkteam zodat men de gezamenlijke opdracht integraal handen en voeten kan geven. Het gaat er hierbij niet alleen om dat specialistische aanbieders zaken toevoegen maar dat dit vice versa gebeurt op basis van gelijkwaardigheid. Hiermee maakt men ook de context richting sociaal maatschappelijke factoren breder. Men kan hierbij ook denken aan het toevoegen van expertise skills voor hele specifieke problematiek (zoals bij complexe ontwikkelstoornissen) om zo dicht mogelijk bij het kind te blijven. Dit zijn argumenten die de stelling onderschrijven en hij is heel blij dat deze stelling hier staat want hij zou grote zorgen hebben wanneer men dit regionaal niet goed regelt en te veel aan lokaal overlaat. Ernst-Jan van Keulen onderschrijft deze mening. Hij is het met deze stelling eens en hij zou dit heel graag willen doen in de vorm van de flexibele ambulante schil rondom wijkteams die de afgelopen jaren aan de zorglandschaptafel is besproken. Dit kunnen multidisciplinaire- of expertiseteams zijn. Wanneer men ernaar toe wil dat het wijkteam meer regie gaat voeren en zelf gaat behandelen, en de regionale ingekochte hulp meer aanvullend is, kan de specialistische schil rondom het wijkteam helpen om dit ideaal te bereiken. Frans van der Heijden merkt op dat men hier spreekt over wijkteams maar dat wijkgericht veel meer inhoudt. Het gaat hier bijvoorbeeld ook over aansluiting met de eerstelijnszorg bij de huisarts. Hij denkt dat dit veel verder moet gaan dan alleen een wijkteam.



Hier zijn al mooie initiatieven in gaande die moeten doorgaan. De huisarts is een hele belangrijke factor en hier moet men met elkaar meer greep op zien te krijgen. De vraag is hoe men ervoor kan zorgen dat die lijnen meer bij elkaar komen waardoor de huisarts merkt dat hij ontzorgd wordt en daardoor goed meekan in de resultaten die men gezamenlijk wil bereiken.

Ellen Kortekaas resumeert vanuit inkooptechnisch vlak dat er een wijkteam is waar een schil omheen zou kunnen komen. Daaromheen zit de specifieke zorg van de GJE. De vraag is echter welke aanbieders men wat laat doen. Wanneer men specialistische hulp in een expertteam zet geeft dit het risico dat deze mensen door gaan geleiden naar hun eigen organisatie omdat ze die het beste kennen. De vraag is hoe goed deze mensen neutraal kunnen kijken en hoe men dit zou kunnen oplossen. Frans van der Heijden denkt dat een integraal triageteam een mooie aanpak zou kunnen zijn waarin je de belangen en het gewoontetrouw doosluizen van de instellingen loskoppelt. Hij denkt dat men met een goed triageteam meerdere vliegen in één klap kan slaan. Enerzijds beweegt men hiermee de expertise zoveel mogelijk naar de voorkant en anderzijds wordt de verdere stroom rondom de kinderen en gezinnen beter losgemaakt van alle belangen. John Schotanus denkt dat wanneer het wijkteam goed in de regiefunctie zit hij in staat moet zijn om de vraagstelling aan de expertteams zo kunnen stellen dat hier een helder advies uitkomt zodat het wijkteam de ruimte heeft om te kiezen voor de specifieke vraag bij de daarvoor geschikte organisatie. Daardoor zullen de keuzes beter gericht zijn op kwaliteit van zorg ongeacht welke expert er aan tafel zit. Dit vraagt wel dat men er stevig op in moet zetten dat het wijkteam deze keuzes op die manier kunnen maken. Karin Noordanus vraagt of dit een pleidooi is om de vraagverheldering en de logistiek van het maatwerk te bedenken voor de jeugdigen en dit los te knippen van het geleiden naar een passende plek. John Schotanus adviseert om de zorgvraag zo scherp mogelijk te definiëren en ervoor te zorgen dat deze zorgvraag beantwoord wordt. Dit zijn twee losse logistieke stappen in het proces. De essentie zit om de specifieke zorgvraag zo scherp mogelijk te krijgen en daarna te bekijken wie dit het beste kan aanbieden.

Stelling 4: Zorgaanbieders moeten veel meer gebruik maken van lokaal aanwezig ondersteuningsaanbod voor jongeren- of welzijnswerk.

Frans van der Heijden vindt dit vanzelfsprekend. Hij wil hieraan toevoegen dat zorgaanbieders hier oog voor moeten hebben en dat zij motiverend/stimulerend moeten zijn, maar dat vooral het netwerk in de lead moet worden gezet om hiermee vanuit eigen kracht richting empowerment te gaan. Ernst-Jan van Keulen is van mening dat de regio door de stelling van de smalle integriteit voor de specialistische zorgaanbieder, maar ook door de brede integraliteit, het wijkteam de functie van casusregisseur en verbindingsofficier krijgt richting het andere aanbod in het sociaal domein. De regio heeft de term brede- en smalle integraliteit bedacht en hij is hier van harte voorstander van en hoopt dat het lukt om het wijkteam hier casusregisseur en verbindingsofficier van te maken.

Er zijn geen reacties meer op de stellingen en Karin Noordanus stelt voor om vervolgens suggesties voor de verdeling te bespreken. Er gaat een flinke verschuiving plaatsvinden in het ambulante aanbod in E richting het lokale. Dit levert een knip op want er is vertrouwd aanbod dat men nu schaars noemt en hoogspecialistisch aanbod dat regionaal gecontracteerd blijft. Zij vraagt welke criteria de aanbieders mee kunnen geven om die knip op een goede manier te kunnen doen.



Frans van der Heijden geeft aan dat schaars een belangrijk uitgangspunt is. Het is belangrijk om met elkaar te definiëren welke expertise er nodig is en welke expertise je regionaal moet kunnen inzetten. Hij denkt dat men op basis van de informatie van afgelopen jaren een aantal expertises moet gaan vaststellen. Schaarste wil niet zeggen dat er niets aanvullends nodig zou zijn. Men zou vanuit de inhoud moeten gaan kijken of bepaalde kwaliteiten nodig zijn om in te zetten. Zeker bij hoogspecialistisch zou men dit vanuit de inhoud meer handen en voeten moeten geven. Hij adviseert om bij alle betrokken partijen een inventarisatie te vragen over hetgeen er in de praktijk nodig is en wat echt werkt. Men is soms bang dat wanneer er te veel verschuift naar lokaal de lichtere problematiek goed geholpen wordt maar dat er te weinig capaciteit aanwezig is voor de ernstige problematiek. Landelijke rapporten geven dit ook aan. Dit moet voorkomen worden aangezien het nare effecten geeft en ethisch niet acceptabel is. Karin Noordanus merkt op dat de regio graag handvatten wil. Een doelgroepenlijstje is te limitatief omdat de regio niet altijd weet hoe hij hiermee moet omgaan. Hans van der Heijden begrijpt dit en adviseert om het huidige perceel en het C-perceel hierbij te betrekken en te bekijken welke expertise nodig is om meer opnamevoorkomend en opnameverkortend te werken. Hij kan een aantal noodzakelijke expertises noemen zoals een goede systeemtherapeut of allerlei extra expertise die de routing van een kind richting onderwijs verbeterd. Deze expertises moet men gaan inventariseren. Doelgroepen definiëren klinkt erg afgebakend want men kan ook risico's of ervaringen, waardoor een patiënt niet geboden kon worden wat hij nodig had, gaan inventariseren. Hierin moet men een aantal zaken gaan expliciteren.

Ernst-Jan van Keulen zou twee kanten op willen redeneren. Enerzijds moet men bij een scheiding tussen lokaal en regionaal ervoor zorgen dat er voldoende ruimte is bij alles wat men lokaal doet. De afgelopen jaren gingen er relatief veel GGZ-vragen richting de specialistische jeugdhulp waarvan men eigenlijk vond dat ze lokaal geholpen hadden kunnen worden in de basis-GGZ. Daar lijken budgetten open te blijven. Dit had ook te maken met de financieringsbeperkingen. Een voorbeeld is dat een bepaalde diagnostiek prima in de basis-GGZ uitgevoerd kan worden maar dat de tariefstelling niet voldeed waardoor dit allemaal naar specialistisch ging. Dit had weliswaar beter afgebakend moeten worden maar het heeft ook te maken met de vraag of de tarieven in de basis-GGZ voldoende zijn om dit in de lokale GGZ uit te voeren. Het gaat niet alleen over doelgroepen opknippen maar ook om hetgeen er lokaal gebeurt en wat qua capaciteit, tarief en budget mogelijk is. De afgelopen drie jaar lag hier de knip soms verkeerd en gingen er veel te veel GGZ-vragen naar de specialistische GGZ, maar er was dan ook een aantoonbare reden waarom deze vragen niet in de basis-GGZ bleven hangen. Een van de gemeenten stond daarom toe om tweemaal een basis-GGZ-tarief af te geven. Dit was prachtig omdat hiermee meer cliënten geholpen werden in de basis-GGZ. Zijn pleidooi is om niet alleen te kijken naar doelgroepen maar ook te onderzoeken of de financieringsstructuren goed op elkaar aansluiten. Daarnaast moet de forensische zorg zeker in het specialistisch domein ingekocht worden. Hierbij wil hij de gedachte meegeven om de forensische zorg juist wel in een apart perceel te stoppen aangezien dit gevonniste zorg is en daardoor heel specifiek. Hij vraagt daarom met klem aandacht voor de forensische zorg in de besprekingen hoe het perceel eruit moet gaan zien. De forensische zorg is integraal onderdeel van het hele stelsel maar dit mag niet financieel ten koste gaan van andere dingen. Karin Noordanus vraagt of met gevonniste zorg ook het omgangshuis bedoeld wordt. Ernst-Jan van Keulen antwoordt dat het gaat om gevonniste forensische zorg. Er bestaat inderdaad ook andere gevonniste zorg zoals omgangsbegeleiding maar dit bedoelt hij niet omdat hij hier minder van weet en hier geen penvoerder van is.



Bij geïndiceerde zorg moet men zich afvragen in hoeverre het passend is om dit financieel in een perceel te stoppen aangezien men daar als verwijzer of uitvoerder geen grip heeft op de omvang. Men loopt er momenteel tegenaan dat vanuit rechters meer wens is om forensische zorg dan er eigenlijk in het perceel past. Dit gaat ten koste van andere zaken in het perceel. Dit moet men niet willen omdat hiermee andere vormen van zorg of de forensische zorg tekort wordt gedaan. Wanneer er een vorm van zorg is waarvan men de instroom niet kan beïnvloeden dan moet dit niet in een financieel vierkant worden opgesloten omdat men hierop niet kan sturen. Frans van der Heijden is het hiermee eens. Hij wil nog aanvullen dat de forensische zorg momenteel ook wordt benut wanneer er een forensisch risico is. Hij vindt dit een wezenlijk uitgangspunt omdat hiermee voor deze doelgroep zo preventief mogelijk kan acteren. Het voorzien van risico's zou een criterium kunnen zijn om te bekijken welke expertise er nodig is. In de afbakening tussen lokaal en regionaal moet worden meegenomen dat men niet kan afschalen. Daarom is het belangrijk om er lokaal eerst voor te zorgen dat de regionale specialistische zorg kan afschalen en normaliseren waarbij men heel realistisch moet kijken naar wat er wel en niet kan. Hier zit de angst dat iedereen slechter af is wanneer lokaal een te grote broek aantrekt. Hij bedoelt dit niet negatief maar realistisch vanuit de positie waar men nu staat en waar men naar toe wil. Hij adviseert een scherpe afbakening van hetgeen lokaal zou kunnen en dit af te zetten tegen hetgeen er regionaal aanvullend zou moeten worden ingekocht. Hij bedoelt hiermee dat het belangrijk is om meer expliciteren wat wel en wat niet nodig is.

Ernst-Jan van Keulen geeft aan dat één van de knelpunten op perceel E het enorme volume van de huisartsverwijzingen is. Hij las in de documenten van specialistisch ambulant nog niets over wat men daaraan wil doen. Er lopen allerlei trajecten om dit beter in beeld te krijgen. Een stuk POH zal bij de huisartsen worden ingezet. Eén van de best practices rond de huisartseninstroom is dat er gemeenten zijn waar men op basis van vrijwilligheid afspraken heeft gemaakt met de huisartsen om de aanmeldstroom via het gewenste integrale triageteam te laten lopen. Dit is een van de dingen die de afgelopen jaren door de ordening heen fietste. De aanbieders vonden dat een bepaalde stroming wel/niet naar specialistische jeugd toe moest maar de huisartsen fietsten hieromheen en zorgden voor een grote instroom. De huisartsen zou men daarom een onderdeel moeten maken van de brede integraliteit zodat deze route beter wordt opgenomen in het integrale landschap.

Er zijn geen vragen of opmerkingen meer en Karin Noordanus bedankt alle aanwezigen voor hun inzet bij deze marktconsultatie en sluit de bijeenkomst om 12.45 uur.

