

Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verslag Marktconsultatie

Verslag van sessie B ontwikkelopgave Ambulante Jeugdhulp
(groep 2)

1. Opening

Het voorzitterschap wordt gedeeld door Sylke Krikke en Maaïke Roestenberg.

Maaïke licht aan de hand van een presentatie (die inmiddels via Negometrix met de deelnemers is gedeeld) de vragen bij de ontwikkelopgave toe alsook wat de ontwikkelopgave inhoudt. In ontwikkelopgave E wordt hoogcomplex problematiek en laagcomplex zorgaanbod waarbij het aanbod niet schaars is regionaal ingekocht en lokaal georganiseerd.

Voor de ontwikkelopgave kijken we naar de trede midden/intensief. Een voorbeeld is het FACT-team; er is specialistische zorg nodig, maar de frequentie is afgenomen. Voor de ontwikkelopgave richten we ons ook op de organisatie lokaal. Verschillende aanbieders bieden FACT-zorg aan.

2. De ontwikkelopgave, ambulante jeugdhulp

Vraag, ten aanzien van lokale positionering: Wat verstaan de aanbieders concreet onder lokaal positioneren?

- **Aanbieders:** Onder lokaal positioneren verstaat een van de aanbieders lokaal beschikbaar zijn en lokaal handelen. Dat betekent niet per se dat er een instelling in de gemeente staat. Met beschikbaar zijn wordt bedoeld dat ondanks een wachtlijst een professional van de zorginstelling beschikbaar is om een cliënt te woord te staan. Ook is het belangrijk dat er kortere lijnen zijn met verschillende gemeenten.

- **Reactie GRJR:** Lokaal positioneren kan ook betekenen dat de aanbieder zich aansluit bij het lokale team in de subregio of de gemeente. Hoe kijken jullie daar tegenaan?
- We komen daarmee bij de volgende vraag. Om te voorkomen dat er geen verzwaring van de zorg plaatsvindt, zouden naast de POH-GGZ vanuit de S-GGZ regiebehandelaren kunnen aansluiten bij overkoepelden expertteams om bij het complexaanbod de POH's te versterken.

Vragen:

- Welke mogelijkheden en kansen zien jullie om meer lokaal te positioneren?
- Welk type doelgroepen/ dienstverlening gaat het dan?

Aanbieders:

- Meer helderheid verschaffen in het aanbod van de lokale teams en van de POH-GGZ, zodat het helder en duidelijk is wanneer je op- en afschaalt of overschakelt naar een andere vorm van hulp.
- Zorgen voor een goede aansluiting bij andere vormen van hulp op het gebied van op- en afschalen.
- Een van de aanbieders geeft aan voorheen ook specialistisch-GGZ te verlenen, hierdoor kon de aanbieder binnen zijn eigen contract gemakkelijk op- en afschalen. Een cliënt hoeft dan niet doorverwezen te worden naar een andere zorgverlener.
- De zorg meer verlenen vanuit de zorgvraag van de cliënt. En die zorg zo dichtbij mogelijk organiseren. Het zou fijn zijn als de cliënt in de wijk de zorg kan krijgen, die aansluit bij de zorgvraag.
- Meer werken met expertteams en ervoor zorgen dat de zorgaanbieder meer beschikbaar is voor consultatieve uren voor de POH-GGZ en wijkteams. Zorgdragen voor deskundigheidsbevordering door ketenpartners te betrekken en te werken met digitale structuren.
- Gezamenlijk zoeken naar andere vormen van zorg zoals risico inschatting, de medicatie of andere vormen van instabiliteit. Die specifieke behoefte moet ook op een andere plek beschikbaar zijn. Dat zorgt voor meer doorstroom en vervolgens ook voor kortere wachttijden en meer beschikbaarheid.
- In plaats van aanbod gericht meer vraaggericht kijken en zorgen dat verschillende expertise bij elkaar zit om over de hulpvraag na te denken.
- Een expertteam dat direct contact heeft met de cliënt, zodat het geen papieren casus wordt en de cliënt niet telkens doorverwezen hoeft te worden.
- Als type doelgroep of dienstverlening geeft een van de aanbieders de inverbindingteams en SPANteams aan, dat zijn teams die dicht op het wijkteam werken. De inverbindingteams moeten opnames voorkomen. In SPAN brengen we de J&O professionals kennis bij over het signaleren van psychiatrie die behandeld moet worden.
- **Vraag GRJR:** "Is er aanbod of zijn er doelgroepen die je beter lokaal kan bedienen om de behandeling effectiever te laten zijn?"
- **Aanbieders:**
- Het accent ligt op de GGZ-behandeling met aanvullend het lokale team. Zorgen voor flexibelere inzet van trede 2 plus goed samenwerken met het lokale team. Een cliënt met een depressie of angststoornis zou daarna of daarnaast een dagbehandeling kunnen krijgen als je trede 2 inzet en meer mag aanbieden. De behandelingen die in de S-GGZ zijn kunnen lokaal worden aangeboden. Dus als een kind zware zorg heeft gehad, zou het in de wijk lichte zorg kunnen krijgen. Voorwaarde is dat de zwaardere zorg beschikbaar blijft, de expertise kan dan ingezet worden wanneer dat nodig is.

- Goede verbinding met het lokale team om er uiteindelijk voor te zorgen dat de zorg naar een lichtere vorm kan.
 - Lokaal is een lastig begrip. De meeste kinderen zitten dichtbij huis op school, maar als een kind overdag op een SBO of een cluster 4 school zit, is het wellicht handig om de zorg vanuit die locatie te organiseren.
 - De organisatie is belangrijk. De zorg organiseren op de plek waar het kind het op dat moment nodig heeft. Hoe wordt je definitie van lokaal?
 - **Reactie GRJR:** Je komt dan op maatwerk uit. Er zal maatwerk geleverd moeten worden.
 - **Vraag GRJR:** “Is er een rode draad (te vinden in het voorgaande) of kunnen we doelgroepen en dienstverlening met elkaar gaan proberen te definiëren?”
 - Aanbieders: Het ontbreekt aan een helder kader waar het wijkteam van is. De wijkteams zijn divers en onderbemand. Wat kunnen de aanbieders aan hulpaanbod van wijkteams verwachten? De beweging valt of staat met de opdracht van de wijkteams.
 - **Reactie GRJR:** Lokaal is vanuit het wijkteam B-GGZ en nuldelijns ingekocht. We zouden moeten komen tot een breder afwegingskader. Wat is basis? Wat is specialistisch? Waar kan je elkaar op inzetten? En wanneer heb je wat nauwer contact met elkaar?
 - Een afwegingskader is niet per se nodig, maar er zijn wel goede werkafspraken nodig.
 - Hoogcomplexiteit en laagcomplex zorgaanbod vanuit de systeemkant faciliteren.
- Overige punten
 - Pleegzorgaanbieders zitten soms ambulante gekoppeld aan een pleeggezin.
 - Hoe sluiten we beter aan op lokaal?

De vraag: Welke risico's zien jullie in het verschuiven van het lokaal positioneren van de dienstverlening? Is niet aan bod gekomen.

3. Sluiting

De deelnemers worden bedankt voor hun aanwezigheid en interesse. De voorzitter geeft aan dat er een verslag wordt gemaakt. De bijeenkomst wordt na 53 minuten beëindigd.



Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verlag Marktconsultatie

Verlag van sessie A knip op D en E van 24 juni 2021 (groep 1)

1. Opening

Het voorzitterschap wordt gedeeld door Ellen Wennink en Joan van Amersfoort.

Ellen opent de bijeenkomst om 12.30 uur. Afgesproken wordt om allereerst perceel D te bespreken om vervolgens dieper in te gaan op perceel E. De indeling in de factsheet (inmiddels via Negometrix gedeeld met de deelnemers) is gemaakt aan de hand van voorgesprekken met aanbieders. Ellen licht daarbij toe dat er is gekeken naar ernst/aard /expertise en nu vooral benieuwd is waar de factsheet nog aangescherpt kan worden.

Voorafgaande opmerkingen/vragen van deelnemers

Aanbieders: De voorgesprekken zijn geweest met partners op D en E en niet met de partners die nu op lokaal zitten, dat even als aandachtspunt.

Reactie GRJR: De gesprekken zijn enkel geweest met de aanbieders op E. Dus niet met de aanbieders op D. De knip op D was al in grote lijnen inzichtelijk.

Aanbieders: Je hebt lokaal en je hebt regionaal en wat daartussen zit, noemen jullie subregionaal?

Reactie GRJR: Ja, in een aantal gevallen zal er sprake zijn van samenwerking tussen de gemeenten. Bijvoorbeeld op het niveau van Voorne-Putten en Goeree-Overflakkee, daar is al een gemeenschappelijk programma met scholen en binnen dat programma willen we kijken hoe we die aanvullende hulp in 2023 voor de subregio's kunnen borgen.



Aanbieders: Het eerste wat ik wil benoemen is dat in de regiovisie erg veel staat over de ernst en aard van de problematiek. Volgens mij is dit ook leidend of dit dan regionaal of subregionaal is. Ik snap dat het moeilijk te knippen is maar zo staat het in de regiovisie. Het tweede is dat als iets weinig voorkomt, zoals anorexiapatiënten, dat dit niet subregionaal georganiseerd moet worden maar regionaal/landelijk.

Reactie GRJR: hier kom ik straks bij knip op E op terug.

2. Knip op opdracht D, daghulp:

Vraag: Wat is cruciaal om met elkaar te organiseren wanneer we de knip in D zetten zoals voorgesteld?

Aanbieders:

Bij 'de kleine plantage' staat nu bij school vervangende dagbehandeling dat dit een voorziening gaat zijn wat lokaal ingekocht gaat worden. Vanuit de ernst en aard snap ik dat, maar ik neem aan dat de bedoeling achter deze beweging is dat wat lokaal ingekocht wordt ook zo lokaal mogelijk georganiseerd wordt. Het staat dan vreemd dat achter school vervangende dagbehandeling 'de kleine plantage' staat want dat is een locatie die vastzit op een bepaalde plek, en daardoor niet lokaal aangeboden wordt. Ik vraag me af gezien de dynamiek, deel regionaal/deel lokaal, of dit nu wel administratief gezien een verstandige keuze om daar een knip in te zetten?

Reactie GRJR: De aanname dat dit leidt tot extra administratieve lasten is niet helemaal correct. Er wordt gekeken hoe de GRJR de inkoop goed kan vormgeven en welke manier van bekostiging hier dan het best bij past. Er wordt rekening gehouden met eventueel bijkomende administratieve lasten.

Aanbieders: Wat wordt verstaan onder school vervangende dagbehandeling? En moet ik aannemen dat dit wordt gezien als minder hoogcomplex zoals de blauwe vakken die regionaal blijven?

Reactie GRJR: Bij schoolvervangende dagbehandeling gaat het de GRJR er vooral om de verbinding met de scholen te versterken en dat het daardoor bijvoorbeeld beter gaat lukken om op de schoollocaties zelf de hulp te leveren. Dat is de reden waarom de GRJR de voorgestelde beweging wil maken. Als we het dan hebben over de producten die daarbij horen dan is school 4 you één van de producten die hieronder vallen.

Aanbieders: Is school 2 care hoogspecialistische dagbehandeling of schoolvervangende dagbehandeling? Ik zou het zelf indelen in hoogspecialistische dagbehandeling, hoogcomplexe problematiek. Terugkomend op wat net is gezegd, je wilt het lokaal organiseren maar vaak is het dagbehandeling wat regionaal is en voor een complexe doelgroep. Dus nadere definiëring hiervan is wel van belang.

Reactie GRJR: Er moeten inderdaad gekeken worden welke definities we daarbij hanteren en waar de grens dan precies komt te liggen. Wat belangrijk is dat er meer hulp in verbinding met het lokale netwerk beschikbaar is. De wijkteams hebben dan ook meer alternatieven en dan hoeft er niet altijd direct naar de hoogspecialistische hulp die in de regio ingekocht wordt doorverwezen te worden. De verbinding met de scholen en locaties moet sterker worden dus daar is de beweging op gebaseerd.

Aanbieders: aanvullend daarop, bijvoorbeeld het MFC is op dit moment lokaal ingekocht maar subregionaal toegepast. Welke afspraken m.b.t. het grensverkeer maak je dan hierover? Tweede vraag wanneer is er een onderscheid tussen dagbehandeling en een deel onderwijs en wanneer valt het onder OZA.

Reactie GRJR: nee, daar is geen besluit over. Wel zijn we nu met de samenwerkingsverbanden passend onderwijs een project aan het voorbereiden zodat we regionaal afspraken kunnen maken zoals grensverkeer. Dit punt staat ook hoog op de agenda. In het kader van de regiovisie heeft de GRJR een programmateam ingericht zodat de afzonderlijke gemeenten meer samenhang in hun beleidskeuzes kunnen maken.



Aanbieders: Het plaatje klopt niet helemaal omdat 'de kleine plantage' nu bij schoolgaande kind staat maar dat is volledig het jonge kind. Hoe zien jullie de knip op die leeftijdscategorie oftewel wat is dan 'kortdurende observatie diagnostiek'?

Reactie GRJR: in de factsheet zijn in de witte blokjes voorbeelden gegeven waar men aan zou kunnen denken. We constateren nu dat deze voorbeelden tot verwarring leiden. Om die reden focussen we ons nu op het middelste blok in de factsheet. Bijvoorbeeld kortdurende observatie diagnostiek is blauw omdat het regionaal wordt ingekocht. Dit bevat te veel expertise voor het lokale, en dit geldt dus ook voor MKD medisch.

Aanbieders: Wij bieden dagbehandeling voor het jonge kind, dat is de kleine plantage, niet de schoolgaande kind leeftijd. Hierdoor kan ik het niet zo goed plaatsen in het geheel en in de knip.

Reactie GRJR: We begrijpen dat er behoefte is aan een extra blauwe blok 'dagbehandeling' bij het jonge kind. Er zijn 2 doelgroepen 0-4 en 5-12 en dit moet beter in de verdeling neergezet worden. De GRJR neemt dit mee.

Aanbieders: Er is een verdeling tussen jonge kind/ school gaande kind en jongeren en jongvolwassenen. Zijn de pijlen die daarnaar verwijzen de enige 'type' behandeling die bij de doelgroep hoort? Dus hoort hoogspecialistische dagbehandeling hoogcomplexere problematiek dan niet bij het jonge kind?

Reactie GRJR: Nagegaan zal worden of de inclusiviteit van de blokjes beter gedefinieerd kan worden.

Aanbieders: Wellicht ook een idee om erover na te denken om de doelgroepen of het aanbod te omschrijven. Het staat nu door elkaar. Aanbieders kun je hierbij mee laten denken.

Reactie GRJR: Uiteindelijk is het de bedoeling dat de GRJR de doelgroepen gaat beschrijven in het inkoopdocument/ de aanbestedingsstukken.

3. Knip op opdracht E, ambulante hulp:

Vraag: Wat is cruciaal om met elkaar te organiseren wanneer we de knip in E zetten zoals voorgesteld?

Reacties van deelnemers

Aanbieders: Ik mis de echtscheidingsproblematiek en de omgangsbehandeling.

Reactie GRJR: dit valt waarschijnlijk in categorie B, het blauwe blokje van B, of in C. Dat wordt nog nagegaan.

Aanbieders: Wat van belang is als je gaat afschalen.... Trede 1 en 2 vallen onder lokaal en Erwin gaf aan dat het dan gaat om het lokale budget. Je kan regionaal gecontracteerd zijn en niet lokaal, hoe gaan we dit vormgeven? Ik zie daar wel een risico ontstaan.

Reactie GRJR: Dit is een van de uitwerkingsvragen voor de GRJR. In het algemeen kan worden aangegeven dat de GRJR met een schuin oog heeft gekeken naar hoe de huisartsen zich verhouden tot de ziekenhuizen in Nederland. We willen ernaartoe werken dat er een brede eerste lijn komt in onze gemeenten waarbij de wijkteams en POH's een duidelijke rol hebben, met een aantal vormen van enkelvoudige ambulante hulp tot hun beschikking. Een duidelijke afbakening van de echt zware zorg die veel expertise vraagt, dat dit regionaal ingekochte zorg is. De ontwikkelopgave waar het andere gesprek over gaat, gaat het erom hoe je dit op- en af gaat schalen. Dit moeten we met elkaar opbouwen.

Aanbieders: En een verhelderende vraag, net werd wel aangegeven dat dit gaat naar het lokale budget. Hoe verhoudt dit zich tot de keuze om lokaal in te schrijven t.o.v. regionaal. Ik kan me voorstellen dat niet iedere aanbieder zich lokaal gaat inschrijven.

Reactie GRJR: Dat kan. De bestekken worden landelijk uitgezet dus het kan ook zo zijn dat er nieuwe partijen komen of dat er wordt gekeken naar partijen met wie er al een contract is. Er is voldoende ruimte voor deze beweging



Aanbieders: Bepaald het wijkteam of er wordt afgeschaald?

Reactie GRJR: Dat is aan alle wettelijke verwijzers.

Aanbieders: De kwaliteitsstatuten zijn gebruikt en daar staat een overlap tussen alle categorieën. Van C/D hoop je altijd af te schalen naar B bij dezelfde aanbieder voor het geval het weer verschuift naar categorie C. Hetzelfde geldt voor categorie A en B.

Reactie GRJR: Wij herkennen de overlap, vandaar ook de ontwikkelopdracht in categorie B. Wij zullen samen moeten kijken hoe we dit vormgeven en bekijken hoe we de afweging op een zorgvuldige manier kunnen maken. Het zou jammer zijn als we de beweging niet gaan maken omdat je dan ziet dat mensen in kwetsbare gezinnen te vaak moeten reizen voor hulp. Dat proberen we met de manier waarop we de knip nu inrichten voor elkaar te krijgen.

Aanbieders: Dat begrijp ik. Hoe zit het met het bieden van de mogelijkheid, voor wellicht een kleine groep, die langdurige problemen blijkt te hebben waarbij het kan zijn dat je vaker op- en afschaalt. Dus het zorgteam intensiveren en niet telkens verplaatsen.

Reactie GRJR: tot B kunnen we goed afschalen. Er is een stuk wat de ontwikkelopgave is, dit blijft regionaal ingekocht. Voor A kan iets hoogcomplex zijn, maar moet wel naar trede 1 of 2 kunnen afschalen. Dit betreft de uitwerking wat in de inkoopdocumenten moet landen. Dus ook hoe de GRJR de bekostiging precies gaat vormgeven.

Aanbieders: Dat is de extra moeilijkheid die je krijgt als je in dit model ook nog eens de GAP neerzet voor de hoeveelheid treden. Als je zegt hoogcomplex maar relatief stabiel en daardoor een lage treden dan is het nog steeds B. Als je ook een extra trede als eis gaat stellen krijg je vreemde situaties.

Reactie GRJR: Dit wordt meegenomen in de verdere uitwerking.

Aanbieders: We hebben het net over de op- en afschaling gehad. Hoe groter de afstand naar specialistische hulp, hoe groter de GAP mogelijk gaat zijn. In eerdere sessies hebben we ook al aangegeven dat het ook ligt aan het aantal aanbieders dat zorg biedt. Er zijn nu 8 specialistisch ambulante zorgpartijen die zich tot 72 lokale teams moeten verhouden. Het is ingewikkeld om die aansluiting goed te maken. Als je dat kunt beperken ga je elkaar automatisch sneller vinden in het verhaal van specialistisch regionaal en dat ook lokaal te organiseren. Dit gaat nooit op 72 plekken tegelijk door 8 aanbieders.

Reactie GRJR: dat snappen we. Om de gemeente Voorne-Putten als voorbeeld te nemen. De gemeente Voorne-Putten is deze maand gestart met het IVH-netwerk. Dit is bewust op subregionaal niveau ingericht omdat de gemeente Voorne-Putten anticipeert op wat de GRJR in 2023 met de nieuwe inkoop wil bereiken. De gemeente Voorne-Putten ziet het als kans om dat netwerk verder uit te kunnen breiden met bepaald vormen van ambulante hulp waardoor de specialistische hulp dichterbij de wijkteams en POH's wordt gebracht. We bekijken dat door op Voorne-Putten niveau met elkaar in gesprek te gaan over hoe we die verbinding goed kunnen regelen.

Aanbieders: er wordt gesproken over subregio's, is er al bekend of er meerdere subregio's zijn?

Reactie GRJR: Rijnmond is verdeeld onder 5 subregio's; Rotterdam, BAR, VGPO, CKL en MVS. Deze indeling blijft behouden.

Aanbieders: Dus GRJR regelt het regionaal en verder krijg je dan 5 losse aanbestedingen voor het lokale, zeg ik dat correct?

Reactie GRJR: Dat valt nog niet te voorspellen. De subregio 's vallen waarschijnlijk onder het groene deel, het gele gedeelte is echt lokaal.

Aanbieders: Kunnen jullie wat vertellen over de samenhang/ integrale levering?

Reactie GRJR: Daar kunnen we nog niks over zeggen omdat dat te maken heeft met de ABC-structuur en dat zal duidelijk worden gemaakt in de inkoopdocumenten.

Aanbieders: Kwaliteitstatuut GGZ is niet echt de J&O sector dus graag aandacht daarvoor. Is het forensische genoeg meegenomen?

Reactie GRJR: Dit is buiten de discussie rondom perceel E gehouden. Forensisch is regionaal.

In het programma zijn ook nog de volgende vragen voorgelegd:

- Aan welke cliënten moeten we denken wanneer we spreken van 'schaarste'?
- Welk aanbod valt onder de categorie 'schaarste'?
- Welke doelgroepen we daarbij zeker niet moeten vergeten.

Aanbieders: Je kan zeggen dat autisme/ADHD voor minder dan 1% voorkomt dus het is niet schaars terwijl eetstoornissen 0,1% is en dus wel schaars. Het enkel epidemiologisch benaderen vind ik te kort door de bocht. Het zorglandschap heeft zich al zo ingedeeld in dat wat daadwerkelijk schaars is. Ik denk dat 99% van de kinderen zo goed ingedeeld kunnen worden.

Reactie GRJR: Interessant dat wordt opgemerkt dat het zorglandschap al is ingedeeld naar de ernst/aard van de klachten. De GRJR beoogt met de knip op E maar ook op D om het zorglandschap in beweging te krijgen. Dat doet de GRJR niet omdat zij meent dat de aanbieders kwalitatief slechte zorg leveren maar omdat de GRJR ziet dat kwetsbare gezinnen de hulp die de aanbieders leveren meer in hun eigen leefomgeving willen. De hulp die ambulante geboden wordt, dient in de visie van de GRJR meer naar voren te worden gehaald in de keten. Daar zit ook een grens op, en daarom wil de GRJR in gesprek over wanneer de expertise schaars is en wanneer deze naar de aard van de klachten te ingewikkeld is. Tegelijkertijd wil de GRJR wel die beweging naar voren gaan maken. De vraag aan jullie is hoe we dit op een zorgvuldige manier kunnen doen.

Aanbieders: Voor de niet-crisis situaties is de schaarste zoals die er toch is voor de doelgroep jongeren met psychische hulpverlening, voornamelijk autisme/ADHD, om daar toch een sterke samenwerking te krijgen met de praktijkondersteuners en daar een stuk ambulante hulpverlening voor te organiseren. Daarnaast gaat het steeds belangrijker worden om cliënten in eigen omgeving te stimuleren om zich sterker te ontwikkelen en het welbevinden te bevorderen dooreen deel online coaching en online training aan te bieden. Dan kunnen ze in hun eigen tijd/eigen omgeving/eigen tempo dingen eigen maken. Uiteraard nooit vergeten dat wat er al is gekoesterd moet worden maar daarbij mag, of zelfs moet, de markt in beweging blijven.

Reactie GRJR: Duidelijke punten zoals de inzet van POH en de mogelijkheden als het gaat om E-health. Dit kunnen we als uitwerkingpunten meenemen.

Aanbieders: Er is al een uitvraag gedaan naar schaarste waarbij wij al moesten aangeven welke producten daadwerkelijk schaars waren. Ik zou daarom ook willen aangeven gebruik die documenten om dat verder uit te werken. Hierin is duidelijk het verschil aangegeven tussen schaarste en hoogspecialistische.

4. Sluiting

De voorzitter geeft aan dat er een verslag komt van deze bijeenkomst, waarop inhoudelijk gereageerd kan worden. De planning is verder nog steeds om op 1 november 2021 te publiceren en hopen te contracteren per 1 juli 2022 zodat er voldoende tijd is voor de implementatie. De deelnemers worden bedankt voor hun aanwezigheid en interesse.

De bijeenkomst wordt beëindigd om 13.34 uur.



Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verlag Marktconsultatie

Verlag van sessie B de Knip op D en E (groep 2)

1. Opening

Het voorzitterschap wordt gedeeld door Ellen Wennink en Joan Amersfoort.

Het eerste deel van de sessie gaat over de knip op D, daghulp en het tweede deel van de sessie gaat over de knip op E, ambulante hulp.

2. Deel 1 knip op D, daghulp

Vraag: Wat is volgens de aanbieders cruciaal om met elkaar te organiseren wanneer we de knip in D zetten zoals voorgesteld?

Aanbieders:

- Een van de aanbieders merkt op dat een deel van De Kleine Plantage van regionaal naar lokaal wordt ingekocht en een deel van De Kleine Plantage lokaal wordt ingekocht. Moet daaruit geconcludeerd worden dat een zorgvorm uit twee financieringsstromen wordt gefinancierd?
- Reactie: De kolom rechts zorgt nu voor mijn onduidelijkheid. De GRJR wil beweging richting lokaal creëren door meer activiteiten op de scholen te organiseren. Er zal worden gekeken wanneer iets enkelvoudig is en wanneer iets meervoudig is.
- School vervangende dagbehandeling is vaak hetzelfde als hoogspecialistische dagbehandeling.



Reactie GRJR:

- De doelgroepen moeten verder worden uitgewerkt.
- De verbinding wordt meer gemaakt met de POH's en het wijkteam, zodat er aan de voorkant meer ambulante zorg verleend kan worden.
- In relatie tot het passend onderwijs wordt er rekening gehouden met het grensverkeer en hoe we de OZA's slim kunnen inrichten.

Aanbieders: Zijn de samenwerkingsverbanden (Koers VO) betrokken bij de inrichting van perceel D?

Reactie GRJR: De samenwerkingsverbanden worden dit keer beter betrokken bij de inkoopstrategie dan de vorige keer. Dit gebeurt via de stuurgroep Transformatie en aan de hand van gesprekken op regionaal niveau. Ook is er een programmteam gestart dat nauw met de samenwerkingsverbanden gaat optrekken.

Aanbieders: geven aan in de hoogspecialistische dagbehandeling met hoogcomplexere problematiek drie doelgroepen te hebben: (1) een kind dat naar een lokale school gaat, (2) een kind dat specialistisch onderwijs volgt, (3) een kind dat compleet is vastgelopen en wordt behandeld om ooit weer onderwijs te volgen.

Reactie GRJR: Het is van belang dat de cliënt centraal staat en niet het systeem. De indeling lijkt technisch, maar de bedoeling is dat er meer hulp in de leefwereld van de kinderen wordt georganiseerd, zodat er meer hulp rondom het wijkteams en de POH wordt georganiseerd. En er niet per se teruggegrepen hoeft te worden op een bed.

Aanbieders: Hoe correspondeert de jeugdhulp op school met de schoolvervangende dagbehandeling etc.?

Reactie GRJR: De schoolvervangende dagbehandeling zat in de regionale inkoop, dit verandert omdat Rotterdam met OZA's werkt. Vanuit de inkoop gaan we nog in gesprek of alle gemeenten OZA's gaan invoeren. Ook met de samenwerkingsverbanden wordt dit besproken.

3. Deel 2 knip op E, ambulante hulp

Vragen:

- Wat is volgens de aanbieders cruciaal om met elkaar te organiseren wanneer we de knip in E zetten zoals voorgesteld?
- Aan welke cliënten moeten we denken wanneer we spreken van 'schaarste'?
- Welk aanbod valt onder de categorie 'schaarste'?
- Is er een doelgroep die hierdoor nu niet wordt bereikt en welke is dat?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het aanbod dat lokaal ingekocht wordt, aansluit op het regionale (en andersom)?

Aanbieders: geven aan als J&O-aanbieder niet te weten wat er in de kwaliteitsstatuut GGZ staat. Het schema en de doelgroepen zijn nu daarop gebaseerd.

Reactie GRJR: De J&O doelgroepen worden beter zichtbaar gemaakt.

Aanbieders: geven aan dat niet-hoogcomplexere cliënten die aan een psychiater zijn gekoppeld die voor lange tijd medicatie krijgen niet naar lokaal kunnen worden afgeschaald. Als dat zou kunnen moet dat drempelloos, zodat dit niet ingewikkeld wordt gemaakt vanwege het contract. Het uitgangspunt moet Vanuit de cliëntstromen inrichten en rekening houden met onvoorspelbaarheid en de SGGZ-problematiek. Het kwaliteitsstatuut is nog geen gemeengoed in de GGZ en wordt pas juli 2022 ingericht bij een van de aanbieders.



Reactie GRJR: In samenwerking met de POH's en huisartsen moet het op- en afschalen beter ingericht worden, zodat cliënten in hun eigen leefomgeving worden geholpen. Er moeten nog afspraken gemaakt worden over o.a. de bekostiging en de organisatie. De GRJR wil transformeren en ambulantisieren en heeft daarom het kwaliteitsstatuut als uitgangspunt genomen. Ook wordt er gekeken naar de zorgvraagbekostiging.

Aanbieders hebben behoefte aan een duidelijke definitie van laagcomplex en hoogcomplex en of er meerdere categorieën nodig zijn. Ook willen zij weten aan de hand waarvan we die gaan meten. We zouden bij de inrichting kunnen kiezen voor *stepped care of matched care*. Voor *matched care* is er aan de voorkant de juiste expertise nodig, zodat aan de voorkant al de juiste triage plaatsvindt.

Reactie GRJR: De bestekken moeten nog worden geschreven. We nemen dit mee in de uitwerking. Het is de bedoeling dat het wijkteam en POH's, meer samenwerken met een SPAN- en FACT-team. Het team moet zelf goed de inschatting kunnen maken, zodat er goede triage plaatsvindt. De schakelmomenten van op- en afschalen zijn kwetsbare momenten waarbij er goed gekeken moet worden wat er nodig is voor een cliënt, het op- en afschalen moet soepel verlopen en de indicatie moet goed gesteld worden. Er moeten zo min mogelijk schakelmomenten voor de cliënt zijn.

Aanbieders: Hoe wordt het op- en afschalen georganiseerd, zonder dat de cliënt steeds een ander gezicht ziet?

Reactie GRJR:

- De cliënt wil graag dat de hulp in de leefomgeving geboden wordt en dat er ook in coronatijd bv. minder reisbeweging is. Dit werd in de vorige groep aangegeven hoe zien jullie dat? De ervaring met E-health werkt voor heel veel cliënten wel, omdat zij een veilige privé plek in huis kunnen creëren, maar dat geldt niet voor elke cliënt. Ook de wens om dichtbij huis geholpen te worden, verschilt per cliënt. De cliënt moet in elke besluitvorming meegenomen worden. Bij het op- en afschalen zal iets administratief geregeld moeten worden, zodat er geen ander facturatiesysteem hoeft worden ingezet en er geen nieuwe dossiers aangemaakt hoeven te worden.
- De partij die de vervolgzorg biedt moet worden betrokken bij de evaluatie. Hetzelfde geldt voor opschalen. Daarvoor is meer duidelijkheid nodig. Bij de wijkteams is per gemeente het aanbod soms onduidelijk. Daarnaast is het kennisniveau, het beleid en de bereikbaarheid verschillend. Er is heel veel diversiteit, daar kan je als zorgaanbieder niet goed mee overweg, zeker de backoffice kan daar niet mee overweg.
- Genoemde quick wins zijn zorgen voor beveiligde mailverkeer met alle wijkteams en zorgen voor één contactpersoon die een update ontvangt met betrekking tot de stand van zaken over de behandeling.

4. Sluiting

De deelnemers worden bedankt voor hun aanwezigheid en interesse. De voorzitter geeft aan dat er een verslag wordt gemaakt. De input wordt meegenomen in de uitwerking van de bestekken. Ook wordt er gekeken naar de bekostigingssystematiek en wordt er gewerkt aan een verdere uitwerking van de regiovisie. De regiovisie wordt ingebed bij de gemeenten. Volgens planning zal per 1 november 2021 het inkoopdocument worden gepubliceerd. Per 1 juli 2022 hopen we jullie te contracteren.

De bijeenkomst wordt na 42 minuten beëindigd.



Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verslag Marktconsultatie

Verslag van sessie B ontwikkelopgave Ambulante Jeugdhulp van 24 juni 2021 (groep 1)

1. Opening

Het voorzitterschap wordt gedeeld door Maaïke Roestenberg en Sylke Krikke en geopend om 13.30.

Aan de hand van een presentatie (inmiddels via Negometrix gedeeld met de deelnemers) wordt door Maaïke toegelicht wat de ontwikkelopgave inhoudt. In ontwikkelopgave E wordt hoogcomplex problematiek en laagcomplex zorgaanbod waarbij het aanbod niet schaars is regionaal ingekocht en lokaal georganiseerd. De afgelopen jaren heeft er een groot gat gezeten tussen het lokaal ingekocht aanbod en het regionaal ingekocht aanbod waardoor o.a. het open afschalen minder makkelijk ging. Met de ontwikkelopgave proberen we zoveel mogelijk te realiseren dat de aansluiting op de lokale situatie verbeterd. Aan de hand van de factsheet is geïllustreerd wat lokaal gepositioneerd gaat worden. De ontwikkelopgave staat nog niet zwart wit vast, dit moeten we samen ontwikkelen.

Voorafgaande vragen/opmerkingen van deelnemers

Aanbieders: Het doel hierachter is specialismen naar de voorkant, lokaal organiseren. Door deze harde knip te zetten is het nu erg zwart/wit neergezet. Terwijl als we een dubbeling hebben in het aanbod wat je lokaal kan contracteren en regionaal kan afschalen voorkom je dat de jeugdige ongewild overgedragen moet worden.

Reactie GRJR: Begrijpen we het goed dat u het groene gedeelte in de factsheet, de ontwikkelopgave, ook in de lokale contracten terug zou willen zien?

Aanbieders: Ja, dat je de mogelijkheid hebt in beide contracten om dat stuk op te kunnen pakken.

Aanbieders : Als ik het goed begrijp blijft de ontwikkelopgave dus regionaal ingekocht dus ook al gaan we afschalen naar lokaal organiseren maar blijft het op dezelfde administratieve voorwaarden en bekostigingssystematiek van het 'groen/blauwe' contract.

Reactie GRJR: Ja, dat klopt.

Aanbieders: Als de contracten dan lokaal worden gesloten, hoop ik dat jullie enig invloed kunnen uitoefenen dat dan wel de administratieve werken en bekostigingssystematiek op elkaar aansluiten. Het moet van twee kanten komen. Een van de problemen nu is dat de lokale inrichting op de 72 verschillende teams anders is georganiseerd. Het wordt heel ingewikkeld als je elke keer moet kijken hoe je je daarop aanpast. Ik hoop dus ook dat dit gesprek van 2 kanten gevoerd kan worden.

Reactie GRJR: Zoals het hier wordt beschreven, is dat inderdaad de ontwikkelopgave. We hebben het voornemen dat het zoveel mogelijk op lokaal aansluit. En het is een wederkerig principe dus zowel van de kant van opdrachtgever als opdrachtnemer.

Aanbieders: Het kan lokaal druk worden. Hoe er samenhang wordt gecreëerd tussen alles wat je wilt afschalen en de verschillende vormen van ambulante hulp is een belangrijk vraagstuk. Is er een goed dekkend landschap en werkt het geheel goed samen? Ontwikkelopgave gaat nu alleen om de knip, maar het gaat er ook om hoe je het straks beter met elkaar gaat organiseren.

Reactie GRJR: We moeten inderdaad kijken hoe we dit met elkaar zo goed mogelijk gaan doen.

2. De ontwikkelopgave, Ambulante Jeugdhulp

Vraag: Wat verstaan jullie concreet onder lokaal positioneren?

Aanbieders:

- Dan moet je het hebben over regievoering. Dus op het moment dat de specialist erin zit, of blauw of groen, wat is dan de positie van lokaal. Dit moet worden geconcretiseerd.
- Het moet helder zijn wat de taken en verantwoordelijkheden lokaal zijn
- Er moet voldoende aanbod/keus zijn in de leefomgeving van het kind om het lokaal te maken en anders heb je het niet meer over lokaal. Verder moet de aansluiting naadloos zijn en de uniformiteit lokaal daarbij is erg belangrijk. En moet er één casemanager/casusregisseur zijn die is verbonden aan het wijkteam om als een soort huisarts alles om het kind heen te regelen.

Reactie GRJR: samenvattend zou het dus mooi zijn als de regionale aanbieder een soort consultatiefunctie kan vervullen voor de lokale partners. En het andere punt is dan hoe je rekening houdt met de regievoering en wat de rol is van de andere partij. De rol van een casusregisseur dan belangrijk in het geheel.

Aanbieders: Ik hoop dat in de aanbesteding niet in detail wordt beschreven wat lokaal positioneren is. Dit moet je samen met elkaar verkennen, maar niet op 10 minuten afstand moet er een kantoor zijn in wijk X. Een ambulante team is bij voorbaat altijd lokaal want die werkt op huisbezoek dus dat is er al. Laten we dan vooral kijken naar het doel van het lokaal positioneren. Dus voor mij is lokaal positioneren dat je dicht bij de jeugdige staat.

Vraag: Welke mogelijkheden en kansen zien jullie om meer lokaal te positioneren?

Aanbieders:

- Een goed voorbeeld van de verbinding tussen lokaal en regionaal hulp is SPAN.
- Er zijn allerlei voorbeelden waarbij het goed is gegaan. Er zijn ook transformatieprojecten die dit soort zaken opleveren of een aantal gemeenten waarbij het aardig gaat. Er zijn verschillen in de regio. Daarom zou ik zeggen leer van wat heeft gewerkt in de afgelopen 3,5 jaar.

Vraag: Welk type doelgroepen/ dienstverlening gaat het dan als je het hebt over deze kansen?

Aanbieders:

- De ondersteuning m.b.t. mantelzorgers. De omgeving op lokaal niveau en de mensen in de directe omgeving, familie/vrienden/buren, om hen meer in het hulpverleningsproces te betrekken. Dus de overdracht van de regionale expertise om daarbij in mediatieve context de kennis/ervaring over te brengen.
- Wij werken samen met Stichting JIJ, zowel aan de voor- als achterkant. Dit is een stichting die helpt bij eetstoornissen. Hierdoor kun je dus veel sneller lokaal afschalen. Dit zijn wel stichtingen die een kleine vergoeding vragen van bijvoorbeeld 25,- om je in te schrijven. Lokaal ingericht maar buiten de op deze manier gefinancierde zorg.

Reactie GRJR: Zo zijn er meer lokale partijen waar je wellicht geen zicht op hebt omdat je bovenlokaal georganiseerd bent, maar wel ontzettend kunnen helpen bij het afschalen.

Vraag: Welke risico's zien jullie in het verschuiven van het lokaal positioneren van de dienstverlening?

Aanbieders:

- Alle individuele gemeenten zijn verantwoordelijk voor een dekkend zorglandschap voor de jeugdigen, dit is een mooi streven maar het risico is dat de GR daar straks niet meer over gaat.
- Het is belangrijk om als regionale aanbieder mee te kunnen denken met lokale gemeenten/wijkteams voor een dekkend zorglandschap. -Voor mij ligt dat plat in de aantallen. Als je 13 aanbieders specialistisch ambulante hulp laat geven en alle 13 vraagt om zich tot de lokale teams te verhouden dan passen de aantallen niet meer.
- Hoe verhoudt de knip zich tot de lokale wijkteams/lokaal ingekocht hulp? Daar is ook het een en ander nodig qua uitvoering en kan een risico inzitten.

Reactie GRJR: daar zijn inderdaad de 15 individuele gemeenten verantwoordelijk voor.

Aanbieders: Jeugd met een beperking en basis ggz is lokaal, specialistisch is regionaal en wat doe je met een jongeren die onder beide valt? Dit kan onduidelijk zijn.

Reactie GRJR: zodra hier discussie over is, moet dit in een overleg worden besproken.

Aanbieders: De ene gemeente heeft PxQ en de ander een arrangementenmodel. Uit ervaring is dat erg lastig en zonde om dit weer in een PxQ te gieten. Ik hoop dat de gemeenten meegaan in het arrangementenmodel.

Reactie GRJR: Laat vooral je stem horen bij de lokale marktconsultaties.

Overige vragen

Aanbieders: Wordt er rekening gehouden met de doelgroep vluchtelingen?

Reactie GRJR: de doelgroep vluchtelingen is onderdeel van de jeugdhulp, maar er wordt niet expliciet aandacht besteed aan ieder afzonderlijke doelgroep.

3. Sluiting

De voorzitter geeft aan dat er een verslag komt van deze bijeenkomst, waarop inhoudelijk gereageerd kan worden. De deelnemers worden bedankt voor hun aanwezigheid en interesse.

De bijeenkomst wordt beëindigd om 14.30 uur.

