



Inleiding

Ter voorbereiding op de inkoop van jeugdhulp en Wmo 2022 organiseren de acht Achterhoekse gemeenten gesprekstafels waarin marktpartijen inhoudelijke betrokken worden bij de inhoud van de verschillende segmenten. Één van deze segmenten betreft Integrale Ambulante Jeugdhulp en wordt gezamenlijk vormgegeven met zeven gemeenten (Oude IJsselstreek neemt geen deel).

Op 29 oktober vond de eerste gesprekstafel plaats. In totaal 71 unieke aanbieders hebben zich voor deze gesprekstafel aangemeld. De onderwerpen die tijdens deze gesprekstafel centraal stonden zijn o.a.: inhoudelijke uitgangspunten, doelstellingen, randvoorwaarden en externe ontwikkelingen.

In vier parallelsessies zijn deze onderwerpen doorgenomen aan de hand van bijgevoegde presentatie. Dit verslag geeft de besproken onderwerpen en uitkomsten van de vier sessies weer.

De gemeenten nemen de aangedragen punten en input van de vier parallelsessies mee in het verder vormgeven van het bestek en de verdere uitwerking van de inhoud. Daarnaast staat er een volgende bijeenkomst gepland op 26 november 2020 in de ochtend waarin de afbakening en overlap tussen de verschillende segmenten, voorliggend veld en onderwijs centraal staat. Verdere details (over bijvoorbeeld tijdstip) volgen. Opgeven voor deze sessie kan via inkoop@sociaaldomeinachterhoek.nl o.v.v.: 'aanmelding gesprekstafel 26 november'.

Verslag van sessie 1

Gespreksleider Freek Mulder

Inleiding

Gevraagd (en bevestigd) wordt om het versturen van de presentatie naar de aanbieders.

Aanleiding

Geen opmerking

Uitgangspunten algemeen

Inhoudelijke resultaten: hoe komen deze bij de aanbieder?

En wie bepaalt de resultaten?

Wat is de 'couleur locale'? Is er dan daarnaast sprake van een overkoepelend consultantenteam?

Uitgangspunten IAJ

Punten 3, 4 en 5 vergen meer uitleg.

De-medicaliseren:

Waar komt het de-medicaliseren vandaan? Heeft de gemeente nagedacht over het risico dat hieraan verbonden is? Vanuit welke achtergrond is dit geformuleerd? Jeugdzorg gaat bepaalde richting op. Er is sprake van een rechtsongelijkheid tussen de volwassen GGZ en de jeugd GGZ. Aangegeven wordt dat de jeugd recht heeft op dezelfde toegankelijkheid van de GGZ als de volwassen GGZ.

Tevens wordt genoemd dat men de gemeenten begrijpt dat zij niet teveel willen diagnosticeren. Ook omdat veel problemen terug te voeren zijn naar het systeem.

Gewezen wordt op de noodzakelijkheid van een zware deskundige voordeur.

Product-denken:

Er is dus straks geen sprake meer van codes maar van een budget? Het gevaar wordt benoemd bij het loslaten van producten dat er lager wordt ingezet dan nodig.



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

Met wie moet je dan samenwerken; ook met hoog-specialistisch? Zwaardere jeugdzorg moet dan gaan samenwerken met andere partijen? Betekent dit ook dat men zich moet inschrijven bij meerdere segmenten?

Het betekent dus ook een intensievere samenwerking vanuit het gezamenlijk kijken.

Mooi geformuleerd maar hoe komen wij tot meer concretere doelstellingen?

Hoe is de start van de zorg geregeld? Wat betreft aanbieders die werken op grond van 315 berichten door huisartsen. Is daarover al iets uitgewerkt?

Het belang wordt aangehaald van het betrekken/overleggen met praktijkondersteuners maar ook de scholen erbij betrekken. Maar ook het borgen van de privacy wordt benoemd.

Tenslotte wordt nogmaals benadrukt dat het traject van kinderen en volwassenen binnen de GGZ naast elkaar zou moeten lopen zodat bij een kind van 18+ de zorg probleemloos door kan lopen.

Doelstellingen

Andere partij is het eens met de-medicaliseren als onnodige zorg hiermee voorkomen wordt. Juiste hulp moet worden ingezet.

Naar aanleiding van punt 3 : Normaliseren en de-medicaliseren zodat onnodige zorg voorkomen wordt;

Aangegeven wordt dat 98% plaatsvindt op verwijzing van de huisarts.

Er is onduidelijkheid over de ondergrens van perceel 1/ ondersteuning.

Het belang van diagnostiek wordt genoemd om gericht behandeling te kunnen laten plaatsvinden. Onduidelijk welk standpunt de gemeente nu heeft betreft perceel 5/6.

Aangegeven wordt dat product denken toch ook kan worden vastgehouden met parallel het prestatie-denken? Maar ook de vraag: wanneer is iets goed genoeg? SMART formuleren wordt aangehaald.

Waarop is verbetering mogelijk: er valt winst te behalen op doelstellingen!

Het prestatie-denken in vergelijk met product-denken. Eigenlijk zou je ze tegen elkaar moeten kunnen afzetten omdat je een referentiekader nodig hebt. Het nieuwe naast het bestaande uitvoeren.

Want wat is eigenlijk het probleem van de gemeentes? Een aantal aanbieders mist de probleemanalyse. Waar loopt het nu dan spaak? Is het eigenlijk niet gewoon een probleem van de gemeente en niet zozeer het probleem van de aanbieders?

Dienstverlening

Behandeling en logeeropvang ligt ver uit elkaar; brede range. Hoe moet hierbij het segment hoog specialistisch worden gezien.

Ontschotting; dit is dus lastig. De ontschottingsdiscussie wordt als crux voor de toekomst genoemd.

Waarom is er nog in segmenten gedacht? Als voordeel van deze indeling wordt wel genoemd dat er soorten professionals worden benoemd. Maar kun je ook nog segment overschrijdend opereren gezien het feit dat er binnen ieder segment bepaalde bekostiging plaatsvindt.

Afbakening HS bijv. maar niet IAJ; kun je die dan nog wel bieden? Of vanuit segment wonen – diagnostiek?

Gevraagd wordt of dit de definitieve indeling betreft?

Conversietabel

Behandelen 3^e segment maar behandeling uit perceel 1 is een Interventie geworden?



Randvoorwaarden dienstverlening

Gemeente – aanbieder – cliënt.

Waarom moet de gemeente straks voldoen qua regierol? Nu stelt de gemeente vooral voorwaarden voor de aanbieder. Of ligt de regierol vooral bij het kwaliteitssysteem bij gemeenten?

Het resultaat betreft de kwaliteit van het traject maar wie doet wat daarbij? Lumpsum voor prestatie. Gemeentes zullen kritisch moeten blijven kijken naar perverse prikkel bij lumpsum financiering. Er zal een wakend oog moeten zijn betreft minder zorg leveren dan noodzakelijk.

Couleur locale: is er bij iedere gemeente voldoende expertise aanwezig? Is hier afstemming over?

Specialisaties

Hoog-begaafdheidsproblematiek wordt gemist. Het wordt opmerkelijk genoemd dat we praten in diagnoses terwijl we als gemeenten toch juist willen de-medicaliseren?

Nu zijn er bepaalde veel voorkomende diagnoses uitgelicht. Kun je dan niet beter een samenvatting van de de DSM-V maken? Of hanteer gewoon de DSM-V.

De verwachting wordt uitgesproken wat we over 5 jaar geen diagnoses meer hebben; niet meer op die manier werken.

Aangegeven wordt dat emotieregulatie-problematiek niet terug komt terwijl dit een groot deel van de problematiek betreft evenals angststoornissen.

Opgemerkt wordt dat de lichtere problematiek niet wordt teruggezien; meer systemisch betrekken. De zorgboerderij/logeeropvang vraagt wat er dan verandert met wat zij nu doen?

Iets anders: multiculturele probleem/asielzoekers. Wordt gemist in het geheel.

Waarom worden eigenlijk specialisaties benoemd? De indeling wordt niet door een ieder begrepen. Je zou ook kunnen denken aan een indeling individueel – systeem – problemen anders.

Aangegeven wordt dat menig aanbieder druk is geweest met het Moventum onderzoek, daarin ook voorbeelden van indelingen zijn gegeven. Men heeft er echt heel veel tijd aan besteed maar ziet er niets van terug in wat nu wordt gepresenteerd.

Externe ontwikkelingen

Nogmaals wordt opgemerkt waarom er niets is gedaan met de informatie die door aanbieders is aangeleverd middels het Moventum onderzoek. Men heeft nergens de bevestiging gekregen dat er iets is gedaan met deze informatie terwijl er meer dan 100 mensen hebben gereageerd. De wethouder van Berkelland zou het bij navraag zelfs van de tafel hebben geveegd. Zgn. vanwege privacy?

Iedereen is het erover eens dat de complexiteit van de zorg toeneemt. Duidelijk zou moeten worden vanuit welk systeem de hulpvraag is toegenomen; waar zit die hulpvraagtoename in? Meer deskundigheid aan de voorkant inzetten!

Opgemerkt wordt dat er meer aandacht voor multi-probleem gezinnen zou moeten komen maar ook opvang van moeders en kinderen en dan niet zozeer voor jonge moeders maar meer alleenstaande moeders van ook andere leeftijden.

Men ziet deze problematiek toenemen. In verband hiermee wordt gesproken over omklapwoningen.

Complexe problematiek wordt zwaarder als gevolg van terugdringen van verblijf. Hoe gaan we daarmee om?

Als hierdoor meer intensieve zorg en meer specialisme op gebied van ambulante behandeling nodig is dan moet de capaciteit wel op orde zijn/blijven.



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

Opgemerkt wordt dat met de huidige productcodes de problematiek zich inzichtelijk laat maken en dat dit straks niet meer het geval zal zijn.

ZZP-ers bijv. de PMT therapeut willen graag weten in hoeverre het nog mogelijk is om straks als zelfstandige verder te gaan? Juist ook omdat zij ooit bij een grote aanbieder weg zijn gegaan en daar liever niet weer naar terug willen. Graag aandacht hiervoor.

Voordeel van huidige aanbesteding dat er laagdrempelig kan worden ingestoken. Gewezen wordt op gevaar van logheid en stroperigheid.

Qua kosten van de jeugdzorg (overschrijden van budget) wordt aangehaald dat er best wel wat meer aandacht mag komen voor kosten die ouders zelf kunnen betalen. Er lijkt geen ondergrens aan te zitten. Oftewel nader uitzoeken wat we wel of niet moeten vergoeden. Voorheen werd ook veel meer vergoed door Zkv. Het wordt nu ook wel gedaan dat huisartsen/ aanbieders gezien de zorg die men voor het kind wenst sommige vragen terugleggen bij ouders zelf. Zaken waar ouders zich dan maar voor moeten verzekeren..

Planning

Navraag over de datum van 26 november in plaats van 25 november.

Vragen

Meer duidelijkheid graag over de toetreding/ toewijzing van zorg. Hoe wordt dit geregeld? En graag meer duidelijkheid over de regierol van de gemeente.

Verslag sessie 2

Gespreksleider Sandra Droppers

Inleiding

In het kort wordt het proces geschetst. In november worden de uitgangspunten in de colleges besproken, in februari 2021 volgt vervolgens de afronding van het bestek en gaat het ter behandeling naar de colleges.

Aangegeven wordt dat het verslag en de presentatie van vandaag op de website komen.

Aanleiding

De aanleiding voor deze gesprekstafel wordt nader gedeut. In juli is er een marktconsultatie geweest waarbij is aangegeven dat de aanbieders niet goed zijn meegenomen in het proces. Vervolgens is afgesproken om dit in gezamenlijkheid en in dialoog met elkaar vorm te gaan geven. Vandaar de huidige gesprekstafel waarin we onder andere ingaan op de uitgangspunten en de doelstellingen.

Uitgangspunten algemeen

Op de sheets staan de uitgangspunten die we geformuleerd hebben. Zijn deze compleet, worden er uitgangspunten gemist?

- Aangegeven wordt dat het eerste uitgangspunt het aangaan van een duurzame relatie op basis van vertrouwen en partnerschap een mooi uitgangspunt is. Na de marktconsultatie overheerste er een gevoel van wij-zij. Door dit uitgangspunt wordt de gezamenlijke verantwoordelijkheid nogmaals gedeut.
- Geadviseerd wordt om het vertrouwen/partnerschap ook in de selectieleidraad op te nemen.
- Ook is men benieuwd naar de concretisering hiervan want dat werd met name gemist in de voorbereiding.



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

- Tevens wordt de vraag gesteld in hoeverre we hieraan toekomen omdat in november al besluitvorming plaats vindt. Door intensiever samen te werken is er ook meer tijd nodig.
- Ten aanzien van punt 5: gemeenten sturen op inhoudelijke resultaten, aanbieder verantwoordelijk voor het “hoe” wordt aangegeven dat het in de praktijk lastig is de resultaten te meten. Het blijkt lastig om de resultaten smart te formuleren, wat wordt er precies mee bedoeld? Het leidt dan tot discussies bij de toegang en de aanbieders. Geadviseerd wordt om ervaring op te halen bij gemeenten die hier ook mee werken of hebben gewerkt. Het risico is groot dat deze exercitie in de regio Achterhoek wordt uitgevoerd terwijl er geen rekening wordt gehouden met de leerervaringen die bij andere gemeenten hebben plaatsgevonden. Als voorbeeld wordt IJsselland genoemd.
- Van belang is om tevens de definities goed uit te schrijven aan de voorkant (bijvoorbeeld wat verstaan we onder partnerschap). Daarbij is het ook van belang wie wat doet. Waar is de aanbieder voor verantwoordelijk? Van belang is ook om te kijken naar het regievraagstuk.

Uitgangspunten IAJ

- Aangegeven wordt dat dit mooie uitgangspunten zijn.
- De uitdaging zit hem in de uitwerking/vertaling naar de praktijk. De uitgangspunten dienen in detail uitgewerkt te worden om het werkbaar te maken. Van belang is de concrete uitwerking daarvan.
- Ten aanzien van punt 7: handelend binnen het beschikbaar budget wordt aangegeven dat hier ook een uitdaging in zit. De brancheorganisaties luiden de noodklok omdat bij de financiering van de Jeugdhulp veel organisaties het water aan de lippen staat. De vraag is hoe we dat dan gaan doen?
- Aangegeven wordt dat bij de gemeente Rheden dezelfde spelregels worden gehanteerd. Zij zijn ook overgegaan naar lumpsum financiering. Wellicht kan deze ervaring ook meegenomen worden? Ook wordt gewezen op Centraal Gelderland om daar informatie op te halen.
- De vraag wordt gesteld wie de regie heeft in het op- en afschalen. Hierdoor kunnen discussies ontstaan. Wie is de eigenaar van het proces om tot het resultaat te komen. Aangegeven wordt dat de gemeente het “wat” bepaald en de aanbieders verantwoordelijk zijn voor het “hoe”. Van belang is om tussentijds te blijven kijken hoe het vormgegeven wordt zodat niet achteraf bij de beoordeling van het resultaat discussies ontstaan. De aanbieders verzoeken om mandaat om het op hun eigen manier op de pakken, vanuit de bedoeling. Vanuit autonomie en vertrouwen ga je hiermee aan de slag.
- In de regio Haaglanden is ook gestart met een nieuwe aanbesteding. Hier is getracht om alles geheel te ontschotten. Wellicht kunnen we daar van leren.
- Van belang is om per doelgroep te bepalen wat normaliseren is. Bij de LVB doelgroep is de definitie weer anders dan bij GGZ. Van belang om goede definities te hanteren. Ook jeugd- en opvoedhulp dient goed beschreven te worden. Hier kunnen verschillende beelden over bestaan.
- Geadviseerd wordt om ook bij andere regio's te kijken hoe het proces daar is verlopen. Want voor de nieuwe inkoop per 2022 is het voor diverse aanbieders erop of eronder. Als de gemeenten na twee jaar concluderen dat het niet heeft gewerkt dan hebben verschillende aanbieders hun praktijk al moeten sluiten. We moeten voorkomen dat het een kaalslag in de zorg wordt. Veelal wordt aangegeven dat het aanbod de vraag bepaald. Er zijn echter ook veel wachlijsten. Welke zorgaanbieders zijn nodig om de hulp te kunnen bieden.
- Wat wordt verstaan over het loslaten van het product-denken. Aangegeven wordt dat de gemeente het “wat” bepaald en de aanbieder het “hoe”. De aanbieder heeft de vrijheid welk aanbod hij inzet zolang het resultaat wordt behaald.
- Ten aanzien van punt 6: aansluiting en afstemming met het voorliggend veld wordt de opmerking gemaakt dat het van belang is om tot transformatie te kunnen komen er ingezet



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

dient te worden op preventie. Aangegeven wordt dat het van belang is om het voorliggend veld te definiëren. Er is al veel ervaring opgedaan in de basis GGZ. En ook op het afschalen van zorg op school. De opmerking wordt gemaakt dat er in de basis GGZ veel preventie is verdwenen, het is van belang om het voorliggend veld in kaart te brengen.

- Het is van belang om de verbinding tussen onderwijs, jeugdzorg en jeugd GGZ efficiënter en effectiever op te gaan pakken. Onderwijs is een belangrijke vindplaats van zorg. In groep 1 en 2 zie je al jeugdigen waar problemen mee zijn. Om dit meteen in het begin op te gaan pakken voorkom je zwaardere zorg op latere leeftijd. Elkaar leren kennen is van wezenlijk belang.
- Ook van belang om de verbinding met de huisarts aan de voordeur te organiseren. Gemeenten zetten hier reeds op in door de POH jeugd.
- Geadviseerd wordt om ook de verbinding te leggen met de andere segmenten
- Ook lijnen naar de Wlz zijn van belang.
- Ten aanzien van de verbinding naar het voorliggend veld en de samenwerking met de scholen wordt aangegeven dat hier nog een themasessie over wordt georganiseerd. De data staan vermeld in een sheet dat later aan bod komt.

Doelstellingen

Er zijn 10 doelstellingen beschreven. Hoe kunnen we de doelstellingen worden vertaald naar meetbare afspraken. Welke knelpunten zien we in de praktijk?

- Van belang is om helder te zijn, hoe gaan we het vormgeven?
- Ten aanzien van punt 4: alle jeugdigen met een hulpvraag krijgen tijdig passende hulp aangeboden en hebben geen last van wachtlijsten wordt aangegeven dat dit lastig te realiseren is als we toegaan naar minder aanbieders maar wel hetzelfde aantal jeugdigen in jeugdzorg behouden.
- We zien de wachtlijsten landelijk als probleem. Het is overigens wel een doelstelling dat makkelijk te definiëren is. Aangegeven wordt dat dit erg scherp omschreven is, wij zien het als een ideaalplaatje, wij zijn er ons van bewust dat het lastig te realiseren is.
- Voorgesteld wordt om voorkomen van uithuisplaatsing expliciet op te nemen als doelstelling. Dit wellicht onder normaliseren. In de jeugdhulp zie je dikwijls dat een jeugdige in meerdere instellingen verblijft. Hier moet een oplossing voor komen. Zo wordt het geld iedere keer rondgepompt. Verbinding tussen de sectoren is van belang.
- Bij ontlasten thuissituatie wordt tussen haakjes aangegeven dat dit geldt bij logeren. Maar er zijn ook andere vormen mogelijk om de thuissituatie te ontlasten. Kijk niet alleen naar logeren maar ook naar andere terreinen.
- Kijk systematisch naar de gehele omgeving. Geef ontschotten ruimte.
- Ten aanzien van punt 8: stimuleren van uitstroom wordt opgemerkt dat dan ook goed naar de huisvestingsproblematiek dient te worden gekeken. Uitstroom stagneert vaak omdat er geen goede huisvesting beschikbaar is.

Dienstverlening

Als gemeenten zijn we verantwoordelijk voor een dekkend zorglandschap. Op basis daarvan hebben we een onderverdeling gemaakt. Is deze clustering correct? Welke eisen zouden we moeten stellen?

- Aangegeven wordt dat de uitsplitsing interventies en behandeling verwarrend is. Interventies kunnen op alle segmenten ingezet worden. Kan er geen uitsplitsing komen tussen basis GGZ en specialistische GGZ?
- Er zit ook een overlap tussen persoonlijke verzorging en begeleiding. Dit roept twijfel op. Haal de punten bij dienstverlening weg en begrensvet het niet.
- Behandeling kan ook voor minder complexe zaken nodig zijn.
- Het verschil tussen behandeling en begeleiding valt weg bij deze indeling. Dit loopt vaak door elkaar.



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

- Als aanbieders het hoe bepalen, dan is het uitgaan van bewezen interventies daarin een belemmering.
- Van belang is om integraal te werken, waarom dan deze onderverdeling? Dan ga je weer toe naar het product denken.
- Om te beoordelen of er sprake is van een dekkend zorglandschap kun je ook uitgaan van profielen voor het te behalen resultaat. Zo kun je de schotten loslaten. Voorbeelden hiervan zijn West Friesland, Amsterdam.
Er worden zo'n 10 tot 12 profielen beschreven waarin alle aspecten van zorg worden meegenomen. Van lichte problematiek op het gebied van GGZ tot de zwaardere problematiek.

Conversietabel

Op de sheet staat een concept conversietabel, dit op verzoek van diverse zorgaanbieders. Deze is in ontwikkeling maar geeft enigszins zicht op de denkrichting.

Randvoorwaarden dienstverlening

Op het toegezonden informatieblad staan de randvoorwaarden genoemd. Ontbreken hier zaken die wel opgenomen zouden moeten worden? Zijn er punten die verheldering behoeven?

- Tijdens de marktconsultatie is reeds aangegeven dat het voor basis GGZ erg lastig is om vervoer te regelen. Er komen nieuwe zaken op de aanbieder af terwijl zij hier op dit moment niet voor verantwoordelijk zijn. Verantwoordelijkheid ligt of bij de ouders of wanneer zij dit niet kunnen regelen bij de gemeente.
- Punt 8 op afroep beschikbaar heeft een nadere duiding nodig. Bij crisiszorg en dergelijke is dit goed om te benoemen maar is dit bij alle zorg nodig? Is geen algemeen goed.
- Bij punt 2 staat aangegeven dat de regie op het proces en de casus bij de gemeente ligt. Hoe moeten we dat zien met de eerdere doelstelling dat de gemeente het "wat" bepaald en de aanbieder het "hoe". Wie bepaald uiteindelijk of iets klaar is?
- Hebben aanbieders autonomie in het op- en afschalen? En wie bepaald of het klaar is?
- Ook aandacht voor het vervoer, dit is voor aanbieders niet te doen. Kunnen we niet toe naar een systematiek die vergelijkbaar is met het leerlingenvervoer? .
- Bij punt 9 wordt aangegeven dat dit soms schuurt. Wat is voor de gemeente en wat is voor het onderwijs? Wie is waarvoor verantwoordelijk? Doordat dit niet duidelijk is komt men moeilijk tot samenwerking. Dit dient goed uitgewerkt te worden. Vaak gebeurt het dat men naar elkaar wijst.
- Misschien kan er een principeafpraak worden gemaakt dat als je er met elkaar niet uitkomt de zorg wel ingezet wordt als dat nodig is. Partijen blijven in gesprek maar de discussie over de financiering wordt achter de schermen gevoerd. Dit ook vertalen in het contract, want met terugwerkende kracht betalen kan nu niet.
- Bestaat er een mogelijkheid om een team op afroep in te stellen? Dit team bestaat uit verschillende disciplines en weet precies wat er geboden moet worden.
- Punten 11 tot en met 14 niet alleen koppelen aan logeren. Is voor alle zorg noodzakelijk.

Specialisaties

Op deze sheet staat een lijst met specialisaties om te kunnen beoordelen of er sprake is van een dekkend zorglandschap. Deze is niet limitatief. Missen we specialisaties?

- Gevolgen Corona op de thuissituatie.
- Angstproblematiek en dwang
- Trauma toevoegen.
- Goed dat (v)chtscheiding wordt meegenomen.
- Rouwverwerking/trauma.



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

- Kinderen van ouders met LVB.
- We moeten flexibel met tijdgebonden specialisaties om kunnen gaan. Niet in hokjes denken.
- Overgewicht (eetstoornis, verslaving).
- Gedragsstoornissen apart vermelden (zonder combinatie).

Externe ontwikkelingen

In vele gesprekken wordt geconstateerd dat er een verandering is van problematiek. Op welke wijze moeten wij hier rekening mee houden? Is er een stijging in bepaalde zorgvragen? Krijgen aanbieders al andere populaties/ doelgroepen? Welke ontwikkelingen zijn er in het veld? Zijn er nieuwe initiatieven? Waar loopt men tegenaan?

- Bij binnenkomst is er al sprake van zwaardere zorg. Ook is er meer en meer sprake van uitgestelde zorg waardoor de zorgzwaarte groter is.
- Ook ziet men een verschuiving in leeftijd. Bij jongere kinderen loopt het vaker uit de hand. Ook ziet men dat er vaker aangemodderd wordt en dit leidt tot zwaardere problematiek.
- Een belangrijke ontwikkeling is Infant Mental Health. Dit wordt al ingezet op peuter/dreumes leeftijd.
- Op dit moment zijn er een aantal coöperaties die proberen aanbieders binnen te halen. De angst bestaat dat dit heel veel geld gaat kosten en dat dit geld naar de coöperatie gaat en niet bestemd is voor de jeugd. Waar staan we? Wat moeten we op korte termijn doen? Aanbieders willen het liefst hulp verlenen.

Toegelicht wordt dat er reeds lange tijd sprake is van samenwerking op informeel niveau. Dit kan bestaan door bij elkaar in de keuken te kijken, studiegroepen bijwonen, overleg over op- en afschalen van de zorg, etc. Getracht wordt om dit te gaan formaliseren, dat zijn de voornaamste uitgangspunten om samen te gaan werken. Getracht wordt om winst te behalen uit de samenwerking, niet op financieel maar op inhoudelijk gebied. Er kan zo veel kwaliteit gebundeld worden. Zo kan de transformatie ook verder opgepakt en uitgewerkt worden. De ene coöperatie is de andere niet. Het is een methodiek om mee te werken.

Planning

De planning voor de gesprekstafel IAJ wordt doorgenomen. Er zijn ook andere algemene gesprekstafels gepland, deze staan op sociaal domein Achterhoek. De gesprekstafel van 25 november wordt verschoven naar 26 november. De aanbieders vragen om tijden te vermelden bij de diverse gesprekstafels. Zo kunnen zij wat gericht plannen in de agenda.

Vragen

Hoe verloopt het verdere proces? Wat wordt er gedaan met hetgeen in de gesprekstafel is besproken?

Mochten aanbieders nabranders of stukken willen delen dan kunnen ze dit sturen naar inkoop@sociaaldomeinachterhoek.nl

Verslag sessie 3

Gespreksleider Renate Hartman

Inleiding

Geen opmerking

Aanleiding

Geen opmerking



Uitgangspunten algemeen

Geen opmerking

Uitgangspunten IAJ

Wat wordt bedoeld met loslaten product denken? Hiermee wordt bedoeld dat de gemeente meer gaat sturen op resultaten en het HOE aan de zorgaanbieder zal overlaten. Dat is voor consultants moeilijk om los te laten. Als gemeente zullen we dit moet gaan leren en hierbij hebben we zorgaanbieders nodig. Daarnaast is er vertrouwen nodig aan beide kanten om dit los te laten over te laten nemen.

Regie bij hulpverleners lijkt wel een uitdagende doelstelling. Hoe gaat de gemeente regie voeren in dit grote landschap. De regierol willen we als gemeente niet loslaten, ook niet op casus niveau.

Doelstellingen

Zijn dit de juiste doelstellingen en hoe kunnen we de resultaten meetbaar maken?

- Iedereen heeft een kwaliteitssysteem.
- Aangegeven werd dat doelen en resultaten met de inwoner worden bepaald en om het half jaar worden er nieuwe plannen gemaakt en deze worden gezamenlijk met gemeenten geëvalueerd. De zorgaanbieder is hier heel open in, waarbij het belangrijk is om de privacy in te acht nemen. Meten van resultaten op cliëntniveau. Samengevat: Periodiek voortgang evalueren, samen met gemeenten. Niet alleen op het eind.
- Met doelrealisatie en cliënttevredenheid zijn ervaringen elders. Effectief meten aan het eind van een traject, zijn de doelen ook bereikt?
- Met behandelingseffect loop je snel het risico dat je appels met peren gaat vergelijken. Er zijn meerdere meetinstrumenten in de markt, maar hoe vindt de interpretatie plaats en de duiding. De gemeente zal zo concreet mogelijk aan moeten geven wat ze willen.
- ROM wordt gebruikt in de GGZ, maar dat is niet voor elke zorgvorm geschikt. ROM toepassen voor lichte vorm van begeleiding is overkill. Vragenlijst van GGNet wordt als voorbeeld genoemd.
- Met de consultant zal er vooral op casus niveau resultaat worden gemeten, met het CLM op organisatieniveau.
- Er zijn vragenlijsten ten aanzien van doelrealisatie en cliëntervaring.
- Suggestie wordt gedaan dat de gemeenten ook zelf de cliënt aan het eind van het traject bevragen op een identieke manier.
- Zorgaanbieders lopen aan tegen cliënten die binnen komen met enkelvoudige vraag, wat later Multiproblematiek blijkt.
- Waar loop je nu tegen aan met partnerschap? In de praktijk gaat het nu heel verschillend bij de verschillende gemeenten. Als er meer gezamenlijk wordt opgetrokken dan zal er ook een eenduidige procesregie bij de gemeente moeten zijn, bij bv een tussenevaluatie en eindevaluatie. De gemeente wordt vaak uitgenodigd, maar sluit vaak niet aan bij de verschillende evaluatiemomenten.
- Metingen: Er zijn goede ervaringen met het UMCU. Daar worden aan het eind en tussentijds metingen uitgevoerd. Zij hebben meetinstrumenten ontwikkeld voor tevredenheid en effectiviteit van de behandeling.
- Ook voor autisme zijn er dergelijke metingen wetenschappelijk aangetoond. Bij autisme zijn er 11 behandelmethodieken geselecteerd waarbij wetenschappelijke effectiviteit aangetoond. Betere samenwerking tussen wetenschap en zorg wordt geadviseerd. De lijst met methodieken wordt opgestuurd.
- Meten is heel mooi, maar het meten moet niet leidend zijn voor de zorgverlening. Er zullen gesprekstafels georganiseerd worden om dit samen uit te werken.



Dienstverlening

- We willen aansluiting met het voorliggend veld, zien jullie mogelijkheden of wat nodig is om dat te kunnen? Samenwerking getracht met welzijn, onderwijs, milieu educatie. Veel energie in gestoken maar zij hebben daar geen budget en geen personeel voor. Lastig om tot samenwerking te komen en samen te brengen met voordeel voor de cliënt.
- Zorgaanbieders willen graag met elkaar de samenwerking aangaan. Bijvoorbeeld via een samenwerkingsverband met ook voorliggend veld en onderwijs. Voor casuïstiek, intervisie en beleidsmatig overleg.
- Vaak weten zorgaanbieders van elkaar niet en ook niet van het voorliggend veld wat er precies wordt gedaan, wat er aanwezig is en waar je naartoe kan. Suggestie wordt gedaan om ook regionaal een soort tafel tussen voorliggend veld en aanbieders in te richten, gefaciliteerd door de gemeenten
- Samenwerking wordt versterkt door elkaar te kennen. Suggestie om consultants en zorgaanbieders met een bepaald aandachtsveld aan elkaar te koppelen. Door minder aanbieders kun je elkaar makkelijker vinden. Onderwijs moet ook betrokken worden. Wens om gemakkelijk andere expertise in te kunnen vliegen. Soms lastig om tot samenwerking te komen met voorliggend veld (te weinig personeel) en met behandelaren.
- Grijs gebied tussen Jeugdwet en Passend onderwijs (bij gedeeltelijke ontheffing leerplicht) is vaak een probleem: wie betaalt wat? Mogelijkheid tot ontschotten door dit onderdeel te maken van lumpsum

Vragen en opmerkingen over de vormen van dienstverlening:

- Waar valt bv EMDR onder, misschien ook andere therapieën die je soms even kort wilt inzetten.
- Indeling interventies en behandeling is verwarrend: wat is het verschil binnen de GGZ. Naast consultatie en advies.
- Ook in Perceel 5 en 6 wordt er gebruik gemaakt van interventies die allemaal bewezen zijn vanuit het NJI.
- Aangegeven wordt dat bij behandeling het vermoeden van een DSM stoornis moet bestaan, de GGZ zorgaanbieder kan daar iets over zeggen.
- De gemeenten geven aan dat het verschil tussen verschillende soorten behandeling kan worden weergegeven dat de zorgaanbieder zich moet zich verhouden aan de eisen van beroepsgroep en van de verschillende wetgevingen.
- Hoe zit het met verantwoordelijkheden?, Elke hulpverlener is verantwoordelijk voor eigen handelen. Daarnaast zijn er verantwoordelijkheden tussen organisaties, afspraken over de casusregie kun je in een gezamenlijk plan vastleggen. Proces en inhoud scheiden, zowel gemeenten als aanbieder moeten gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen en hier inhoud aan geven.
- GGZ: procesregie bij gemeente, casusregie bij aanbieder. Casusregie kan verschuiven n.a.v. verschuiven grootste/bovenliggend probleem.
- Regie bij gemeente, anders kan je "Een integraal samenhangend, overzichtelijk en dekkend geheel van ambulante jeugdhulp met een systeemgerichte benadering" niet waarborgen.
- Proces en de inhoud kun je prima scheiden en moet je niet vanuit uitzonderingssituaties reageren
- Jeugdhulp gerelateerd aan onderwijs, mooi om te ontschotten. Hoe gaan we dit vormgeven?
- Wij kunnen als hulpverleners niet bepalen wat er in het onderwijs gebeurt. Overleg en samenwerking met onderwijs kan heel prima plaatsvinden.
- Door te snijden in behandeling of behandelingsduur i.v.m. kosten komen cliënten eerder terug of hebben later zwaardere problematiek.
- De gemeenten geven aan dat het aan de zorgaanbieders is om te bepalen of de ondersteuning individueel of in groep ingezet moet worden. Dagbehandeling is onderdeel van ondersteuning.
- Vervoer moet niet de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders worden.



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

- Vervoer moet er echt uit, zeker met verplichting om dit dan in gehele regio te moeten organiseren.
- Misschien is het helderder als vervoer verder wordt uitgesplitst wanneer wel en wanneer niet. Niet elke organisatie leent zich daarvoor.
- Leerlingenvervoer verbeteren/uitbreiden.

Scheidslijn met Hoog Specialistisch.

- Met een hoog risico zou niet onder de IAJ moeten vallen. Het gaat dat om complexe cliënten met grote risico's waarbij de infrastructuur nodig is om aan deze hoge complexiteit en risico's te kunnen voldoen in de zorgverlening. De gemeenten zijn aan het zoeken naar de scheidslijn. Daarnaast is er vaak een relatie met crisis en dwang.

Conversietabel

Geen opmerking

Randvoorwaarden Dienstverlening

Geen opmerking

Specialisaties

Het doel van de lijst is om te toetsen of wij zoveel mogelijk sub specialismen hebben gecontracteerd om te komen tot een dekkend zorgaanbod. Welke subspecialismen missen jullie?

- EMDR en andere therapieën,
- Preventie.
- Trauma
- KOPP groepen en lotgenoten
- Angststoornissen
- Systeemproblematiek
- Zorgmijders (niet begrepen/ handelingsverlegenheid)
- Nazorg
- Drugsproblematiek.
- Leefstijl coaching
- Rouw na overlijden
- Hoogbegaafdheid
- Ga uit van DMS stoornissen
- Vermijdingsproblematiek
- Pest ervaringen
- Overig psychosociaal
- Traumaverwerking
- Preventie en nazorg, in combinatie met Multiproblematiek (Dubbeldiagnose bijv)

Externe ontwikkelingen

Welke externe ontwikkelingen zien jullie?

- Jongeren die moeilijk kunnen communiceren wat de hulpvraag is.
- Zorgmijders
- Explosieve groei van 17 en 18 jarigen in de GGZ, begint vaak op 15- 16 jaar. De complexiteit vaak groot, ook tussen de verschillende wetten. Ook in combinatie met drugs. Dit zou een apart speerpunt moeten zijn.
- Preventie: het belang van een gezonde leefstijl: dat dwingt tot positief gedrag.
- We willen terug naar normaal; er is teveel stress bij kinderen en jongeren: meer naar de voorkant om dit te voorkomen dat behandeling nodig is. Betrek specialisten daarbij.



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

- Zwaardere ondersteuning op een eerder moment inzetten: behandelaar mee laten kijken. Kinderen worden te snel in een hokje gestopt waardoor de leraar niet meer durft te handelen.
- Beter iets te zwaar inschatten aanvankelijk dan andersom en betrek behandelaars daarbij. Terug naar minder zware zorg werkt beter dan andersom.
- Veel aanmeldingen rondom genderproblematiek.
- Groepsbegeleiding is afgenomen, er wordt meer individueel vanuit een zwaarder spectrum.
- Veel meer met angst stoornissen.
- Scholen worden als snel handelingsverlegen en snel in hokjes gedrukt. Niet meer normaal om mensen elkaar gewoon aan te spreken. Samenwerken met scholen op basis van kennisoverdracht en mogelijk ook training/advies van de docenten.

Planning

Geen opmerking

Vragen

Geen opmerking

Verslag sessie 4

Gespreksleider Resie Kraaijvanger

Inleiding

Geen opmerking

Aanleiding

Geen opmerking

Uitgangspunten algemeen

Geen opmerking

Uitgangspunten IAJ

2. Een integraal samenhangend, overzichtelijk en dekkend geheel van ambulante jeugdhulp met een systeemgerichte benadering

De regio verwacht dat door meer samenwerkingen in het veld, er zo breed en integraal mogelijk kan en wordt ingeschreven door de aanbieders. Indien er afgeschaald dient te worden naar andere zorg, dan verwacht de regio dat de betreffende aanbieder samenwerkt met andere aanbieders in het veld. Note: een dekkend aanbod is leidend, dus specialisten in bepaalde zorg zijn ook nodig.

Daarnaast wordt de vraag gesteld dat, naast een inhoudelijk integraal aanbod, er ook sprake is geweest van een regionaal aanbod; geldt dit nog steeds? Intern binnen de regio is hier nog geen duidelijkheid over, dit ligt ter besluitvorming op de bestuurstafel. Bij een volgende sessie zal de regio hierop terugkomen.

3. Op- en afschaling wordt vergemakkelijkt

Er wordt de vraag gesteld hoe de regio dit uitgangspunt ziet. Met de nieuwe aanbesteding streeft de regio ernaar om niet meer met producten te werken, maar met een aantal diensten. We gaan bijvoorbeeld van 20 producten naar 3 tot 4 diensten voor het segment IAJ. De gemeente beschrijft straks het 'wat' en de aanbieder is verantwoordelijk voor het 'hoe'. Op cliëntniveau dient er bekeken te worden wat er nodig is en kan men op- of afschalen indien nodig. Daarnaast is de verwachting



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

dat met de nieuwe aanbesteding er meer samenwerking in het veld gaat plaatsvinden en dus ook aanbieders onderling elkaar sneller weten te vinden.

7. Handelend binnen beschikbaar budget

Binnen het segment IAJ is het streven om te gaan werken met een lumpsumbedrag op basis van aantal cliënten en doorlooptijd. Deze budgetten worden bijvoorbeeld gebaseerd op de historie van aantal cliënten, maar ook het verwachte marktaandeel per aanbieder. Het uiteindelijke budget wordt bepaald in de onderhandelingsfase. De aanbieder legt middels een inschrijving een financieel aanbod neer waarna vervolgens het gesprek over gevoerd wordt. Hoe dit precies eruit komt te zien, wordt op het moment verder uitgewerkt binnen de regio.

Er wordt daarnaast de vraag gesteld hoe het lumpsumbedrag zich verhoudt tot het werken met hoofd- en onderaannemers of tussen hoofdaannemers. Wanneer een cliënt van aanbieder 1 naar aanbieder 2 gaat en er is sprake van een hoofdaannemer en onderaannemer, dan wordt dit bekostigd uit hetzelfde lumpsumbedrag. Indien de cliënt van de ene hoofdaannemer naar de andere hoofdaannemer gaat, dan zijn er twee verschillende lumpsumbedragen van toepassing.

De vraag of je als hoofdaannemer ook tegelijkertijd onderaannemer mag zijn bij een andere hoofdaannemer, moet nog verder onderzocht worden of dit mogelijk is. Hetzelfde geldt voor de vraag of je als onderaannemer bij meerdere hoofdaannemers aangesloten kan zijn. Bij een volgende sessie zal de regio hierop terugkomen.

Doelstellingen

Vanuit de deelnemers is er het voorstel om de volgende doelstellingen toe te voegen:

- Doelstelling ten aanzien van kosten (financieel); belangrijk om een financiële doelstelling op te nemen aangezien het hier om maatschappelijk geld gaat en er belang is om de zorg betaalbaar te houden.
- Doelstelling ten behoeve van het verminderen van administratieve lasten; dit is tevens opgenomen als uitgangspunt in de totale aanbesteding. Neemt niet weg dat door meer samenwerkingen met onderaannemers, de administratieve last voor hoofdaannemers toeneemt. De regio is zich hiervan bewust.

Daarnaast wordt de vraag gesteld of de regio duidelijk heeft hoe straks de toegang wordt geregeld ten aanzien van hoofdaannemer en onderaannemers. De Achterhoek heeft straks zeven toegangen met ieder een eigen werkwijze. We moeten daar goed naar kijken om te zorgen dat iedereen op dezelfde wijze cliënten toewijst. De route moet eenduidig zijn. Dit geldt ook voor het proces met de huisartsen. Er dient gekeken te worden naar hoe om te gaan met huisartsen wanneer zij verwijzen naar niet-gecontracteerde aanbieders. Dit wordt op het moment juridisch onderzocht.

Dienstverlening

Ondersteuning – Logeren

Vraag vanuit de deelnemers of logeren als één dienst wordt gezien of dat hier nog verder onderscheid in wordt gemaakt. Tijdens de onderhandeling tussen gemeente en aanbieder zal duidelijk zijn wat voor type dienst de aanbieder aanbiedt.

Interventies – Bewezen interventies NJI

Door de deelnemers wordt de zorg uitgesproken dat doordat NJI interventies brede hulpvragen betreffen er minder gekwalificeerde aanbieders mogelijk interventies aanbieden met mindere kwaliteit. Er wordt dan ook het voorstel gedaan dat de uit te voeren interventies evidence based dienen te zijn.



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

Daarnaast wordt aangegeven dat er weinig zicht is op wanneer iets behandeling is of begeleiding. Dit geldt ook voor interventie ten opzichte van behandeling. Er is behoefte naar meer helderheid hierin.

Conversietabel

Geen opmerking

Randvoorwaarden dienstverlening

Wij willen als regio zo min mogelijk op het 'hoe' zitten, maar willen wel zorgen dat de kwaliteit goed is en geen aanbieders contracteren die niet aan het door het veld gestelde normen voldoen. Welke randvoorwaarden moeten we stellen om de kwaliteit te borgen en doelstellingen te halen?

Een van de deelnemers geeft aan dat de randvoorwaarde 'de aanbieder is verantwoordelijk voor vervoer als cliënt niet kan regelen' niet passend is voor de GGZ. De Regio geeft aan dat deze randvoorwaarde niet in het toegestuurd informatieblad had moeten staan. Dit hangt samen met het regionaal/lokaal contracteren.

Daarnaast wordt de vraag gesteld of de gestelde kwaliteitseisen bij de randvoorwaarden of elders terugkomen. Deze eisen komen bij de algemene kwaliteitseisen terug. De regio werkt aan een algemeen kwaliteitskader voor de Achterhoek.

Tot slot wordt er om een uitleg gevraagd bij punt 8: 'Indien de jeugdige het nodig heeft, is de aanbieder op afroep beschikbaar binnen én buiten kantooruren'. Indien de zorg ook buiten kantooruren plaats dient te vinden, dient de aanbieder dit te organiseren. Dit zit nu in het huidige perceel 1. Een van de deelnemers doet het voorstel om verschil te maken in crisisdienst en 'je moet bereikbaar zijn'. Dit zijn twee andere dingen en er is behoefte dat hier beter onderscheid in gemaakt wordt. De regio geeft aan dat de crisisproducten onder segment Hoog Specialistisch vallen en niet IAJ.

Specialisaties

Vanuit de deelnemers wordt het voorstel gedaan om de volgende specialisaties toe te voegen aan de huidige lijst:

- Adoptieproblematiek (anders dan hechtingsproblematiek);
- Comorbiditeit (combinatie van problematiek);
- Persoonlijkheidsstoornissen komen niet echt voor bij kinderen. Voorstel om dit 'problematiek ten aanzien van persoonlijkheid' te noemen;
- Angststoornissen;
- Trauma;
- Rouw en verlies;
- Dwangstoornis;
- IMH aanbod;
- 0-4 jaar;
- Thuisbegeleiding (gespecialiseerde gezinszorg).

Externe Ontwikkelingen

De deelnemers zien op het moment de volgende ontwikkelingen in de markt:

- Ontschotting in het sociaal domein; steeds meer samenwerken en uit het 'hokjes-denken';
- Laatste tijd veel nadruk op de eerste 1000 dagen;



Verslag gesprekstafel IAJ | 29-10-2020

- Brede gezinsbenadering: ongeveer 50-60% van het totale jeugdzorg budget gaat naar een beperkt aantal gezinnen. Het zou interessant zijn om daar op in te zoomen en te kijken of het beter en goedkoper kan;
- Segmentbenadering: inzoomen op de segmenten; inzicht in waar het meeste geld naartoe gaat en wat voor resultaat dit oplevert.

Afgesproken dat de deelnemers nog nadenken over relevante ontwikkelingen en dit naderhand op de mail zetten.

Planning

De deelnemers geven aan dat het fijn is dat de data nu wat eerder van tevoren bekend zijn. Er wordt gevraagd dat wanneer tijden ook al bekend zijn, dat dit ook online kan komen. Daarnaast geeft een van de deelnemers aan dat het wenselijk is dat er meer afstemming komt tussen de verschillende gesprekstafels. Vandaag zijn er bijvoorbeeld een aantal op dezelfde dag en dat is een uitdaging in de agenda. De regio begrijpt dit en neemt die mee in het vervolg.

Vragen

Geen opmerking