

Inkoopstrategie 2023

GR Jeugdhulp Rijnmond



Vastgesteld AB 16 april 2021





Inhoud

Bijlagen	3
Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1: het kader, inhoudelijke ontwikkelingen.....	5
1.1 De regiovisie	5
1.2 Voorbereiding wijziging wetgeving.....	6
1.3 Norm voor Opdrachtgeverschap	9
1.4 Financiële ontwikkelingen in de regio en landelijk	10
1.5 De ontwikkelingen vanuit de transformatie	11
1.6 Uitgangspunt voor administratieve lasten	12
1.7 Consultatie van de aanbieders	13
1.8 Consultatie jeugdigen en ouders	14
Hoofdstuk 2: Werken met 2 inkoopmodellen.....	15
Hoofdstuk 3: samenvatting van de inkoopstrategie.....	16
3.1 De vertaling van de regiovisie naar de inkoopstrategie	16
3.2 Naar een nieuwe benadering van het zorglandschap	18
3.3 Invulling opdrachtgeverschap	20
3.4 De inkoopinstrumenten	23
3.5 De inkoopvorm, de SAS-procedure	24
Hoofdstuk 4: de opbrengsten van de marktanalyse	27
4.1: Pakket alternatief thuis.....	27
4.2: Pakket behandeling met verblijf	30
4.3: Pakket dagbehandeling en -besteding	34
4.4: Pakket specialistische ambulante hulp	36
4.5: Pakket Crisis	38



Bijlagen

Bijlage 1: Rode draden van de marktconsultatie met de aanbieders in december 2020

Bijlage 2: Consultatie van jeugdigen en opvoeders: “Ervaringen met jeugdhulp van opvoeders en jeugd” van bureau JSO

Bijlage 3: Algemene inkoopstrategie regionale jeugdhulp van bureau EHdK

Bijlage 4: Inkoopstrategie per pakket van bureau EHdK





Inleiding

Voor u ligt de inkoopstrategie van 12 gemeenten van de GRJR gebaseerd op de regiovisie. Het bureau EHdK begeleidt de projectgroep bij het tot stand brengen van de inkoopstrategie. Daarbij is er per opdracht van de huidige opdrachtenstructuur een marktanalyse gemaakt, onderzocht wat de belangrijkste lessen zijn die de afgelopen jaren zijn geleerd en het ontwikkelpotentieel bepaald. Voor de algemene inkoopstrategie bepaalt de regiovisie de hoofdlijnen.

De besluitvorming in de AB's van 29 mei, 15 juli en 15 december jl. is uitgangspunt voor deze notitie. De besluiten houden in dat voor de inkoop vanaf 1 januari 2023 opnieuw wordt aanbesteed, dat voor de knip regionaal-lokaal bij de opdrachten D en E twee scenario's worden meegegeven ten behoeve van de regiovisie en dat er binnen de GR wordt gewerkt met 2 inkoopmodellen.

Deze notitie behandelt de inkoopstrategie die de basis vormt voor de uitwerking per opdracht. Omdat de opdrachtenstructuur wijzigt, keren de opdrachten uit de aanbesteding 2018 niet terug in hun huidige vorm. Uiteraard zijn de opbrengsten van de marktanalyse wel relevant omdat de huidige opdrachten de bouwstenen zijn van de nieuwe structuur. De inkoopstrategie past binnen de Norm voor Opdrachtgeverschap die in juni 2020 is aanvaard door de ledenvergadering van de VNG.

De opbouw van de notitie is als volgt. In hoofdstuk 1 worden de kaderstellende documenten besproken: de regiovisie, de wetgeving, de Norm voor Opdrachtgeverschap, de landelijke financiële ontwikkelingen, de transformatie, het uitgangspunt voor de administratieve lasten en de consultatie van respectievelijk de aanbieders en ouders/jeugdigen.

Hoofdstuk 2 bespreekt de situatie dat we in de GRJR vanaf 2023 met twee inkoopmodellen gaan werken.

Hoofdstuk 3 gaat in op de inkoopstrategie: begonnen wordt met een paragraaf met daarin de uitgangspunten, daarna een schets van de nieuwe benadering in een gewijzigde opdrachtenstructuur. Paragraaf 3.3 gaat in op het opdrachtgeverschap en 3.4 over de manier waarop de inkoopinstrumenten worden ingezet.

Hoofdstuk 4 behandelt de opbrengsten van de marktanalyse van de huidige opdrachten.



Hoofdstuk 1: het kader, inhoudelijke ontwikkelingen

1.1 De regiovisie

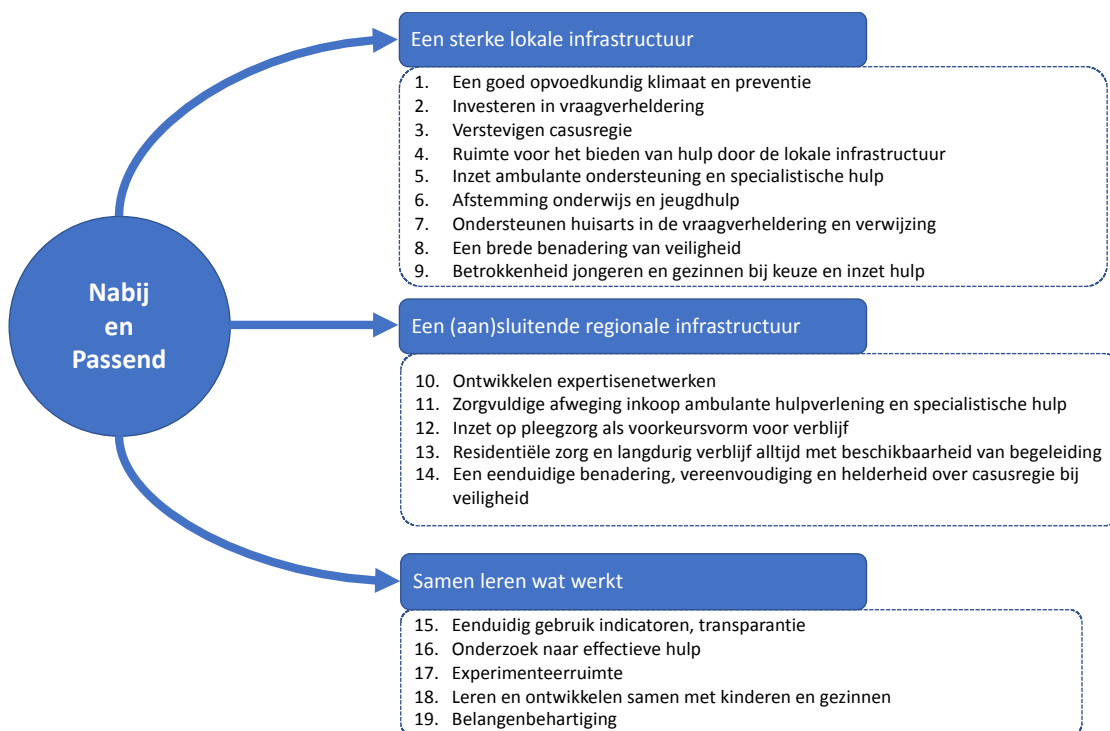
De regiovisie “Nabij en Passend” spreekt uit dat de jeugdigen meer dan voorheen de hulp in de eigen leefomgeving gaan ontvangen. Als dat niet kan, krijgt de jeugdige de hulp buiten de eigen leefomgeving in een situatie die bij voorkeur zoveel mogelijk lijkt op een gewoon gezin (pleeggezin/gezinshuis). Soms vraagt de situatie om ingrijpender hulp in een residentiële setting als de veiligheid in het geding is of voor een specifieke behandeling.

Langs drie lijnen werkt de regiovisie uit hoe de jeugdhulp meer in de eigen leefomgeving plaats vindt:

- Een sterke lokale infrastructuur;
- Een (aan)sluitende regionale infrastructuur;
- Samen leren wat werkt.

De versterking van de lokale infrastructuur bestaat uit 9 bouwstenen. Inkoop van het gehele pakket aan jeugdhulp hiervoor vindt lokaal plaats.

:



Gemeenten en aanbieders spreken o.a. af dat zij hun lokale infrastructuur gaan ontwikkelen langs deze 9 lijnen. Verder spreken zij de ambitie uit dat zij in 2025 daardoor meer vraagstukken in de lokale infrastructuur, met lokale voorzieningen en inzet van consultatie en advies kunnen oplossen. Het resultaat daarvan is: meer kinderen groeien kansrijk, gezond en veilig op door minder hulp, lichtere hulp en beheersing van kosten.



Tot slot spannen aanbieders en gemeenten zich in om de verbinding met de (aan)sluitende regionale infrastructuur te versterken. Met als indicatoren: betere verwijzingen, meer grip op kosten en kwaliteit en een afname van de hindernissen bij afschalen.

De (aan)sluitende regionale infrastructuur speelt een rol als de jeugdhulp in de lokale infrastructuur de ondersteuningsbehoefte niet kan leveren.

De volgende elementen komen aan bod:

- Expertisenetwerken als doorontwikkeling van Zorgbemiddelingstafel;
- Zorgvuldige afweging inkoop ambulante hulpverlening en specialistische hulp;
- Inzet op pleegzorg als voorkeursvorm voor verblijf;
- Residentiële zorg en langdurig verblijf altijd met beschikbaarheid van behandeling;
- Een eenduidige benadering, vereenvoudiging en helderheid over casusregie bij jeugdigen waarbij de veiligheid in het geding is.

De inkoop van ambulante hulp gebeurt op het lokale niveau, behalve als die hulp past bij verblijf of als vanwege behoud van expertise het regionale niveau noodzakelijk is.

Bij verblijf verdient (netwerk)pleegzorg de voorkeur. Residentiële zorg is altijd gekoppeld aan behandeling. De (ambulante) behandeling staat centraal en een bed is daarbij een hulpmiddel. Als behandeling niet meer centraal staat en (netwerk)pleegzorg is niet beschikbaar of niet geschikt, dan kan het bieden van een stabiele woonsituatie een alternatief thuis zijn.

Gemeenten en aanbieders zetten bijvoorbeeld in op toename van de inzet van pleegzorg en gezinshuizen ten opzichte van residentiële zorg. Met als resultaat in 2025 een afname van 30 procent kortdurende residentiële jeugdhulp en een toename van 30 procent van pleegzorg en gezinshuizen. Dit komt terug bij de inkoopstrategie per opdracht.

Gemeenten en aanbieders zijn partners en willen gezamenlijk leren en ontwikkelen. *Samen leren, lerend doen wat werkt* is daarbij het adagium. Concreet betekent dit dat we in de contracten met aanbieders leren en ontwikkelen als belangrijke pijler opnemen.

1.2 Voorbereiding wijziging wetgeving

De Jeugdwet wordt binnen afzienbare termijn gewijzigd, de bedoeling is in het voorjaar van 2021. Het wetsvoorstel zet in op het versterken van opdrachtgeverschap van gemeenten door regionale samenwerking, versterken van de toegang tot jeugdhulp, versterken van het opdrachtnemerschap en goed bestuur van aanbieders en het versterken van inzicht in en toezicht op zorg voor jeugdigen.

De regio Rijnmond voldoet momenteel al aan de voorgenomen wetswijzigingen. Bij de invulling van de keuze welke delen van de opdrachten D en E naar het lokale deel kunnen, is rekening gehouden met deze voorstellen.

Hieronder per onderdeel een opsomming en uitwerking van de belangrijkste aanpassingen op een rij die effect hebben op de inkoop:

- Jeugdhulpregio's worden verplicht om een regiovisie op te stellen. In deze regiovisie geven gemeenten aan hoe zij de strategische doelen willen bereiken door middel van inkoop;
- Gemeenten werken conform de Norm voor Opdrachtgeverschap (NvO);



- Regio's maken heldere keuzes ten behoeve van inkoop. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van keuzemogelijkheden om contractvorm, bekostigingsmodel, toegangs- en leveranciersmanagement te bepalen;
- Naast de regionale inkoop zullen aanbieders ook te maken krijgen met een regionale uitvoeringsorganisatie ten behoeve van de administratieve afwikkeling van o.a. facturen.

De beoogde aanpassingen hebben de intentie om te garanderen dat de benodigde specialistische jeugdhulp geleverd kan blijven worden en waarbij de administratieve lasten naar beneden gaan. De regionale samenwerking zorgt voor een minder aantal inkopende regio's/gemeenten. Dit is voor (zorg)aanbieders prettig (verminderen administratieve lasten) maar helpt ook gemeenten om hun inkoopvolume te bundelen waarmee ze afspraken specifiek voor hun regio kunnen maken met (zorg)aanbieders.

Regionaal en lokaal

Uitgangspunt van de huidige Jeugdwet is dat gemeenten voor een doeltreffende en doelmatige uitvoering van de specialistische jeugdhulp, kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering regionaal samenwerken. In het huidige wettelijk kader ontbreekt het instrumentarium waarmee een collectief van gemeenten kan worden aangesproken op hun gedeelde verantwoordelijkheid voor de continuïteit van deze zorg voor jeugdigen.

Als gevolg van de wetwijzigingen dienen Gemeenten hun opdrachtgeverschap te verstevigen door regionale samenwerking aan te gaan. Er is een noodzaak om tot duurzame, niet-vrijblijvende samenwerking te komen tussen gemeenten met het oog op borging van (zorg)functies, vermindering van bureaucratie en de nodige transformatie van het jeugdzorglandschap.

In het wetsvoorstel voor aanpassing van de Jeugdwet is opgenomen dat gemeenten binnen de jeugdzorgregio's een samenwerkingsverband oprichten voor de organisatie van specialistische jeugdhulp.

Voor een aantal vormen van zorg voor jeugdigen is naast organisatie op regionaal niveau, ook bovenregionale afstemming nodig. Regio's zijn van elkaar afhankelijk voor de beschikbaarheid en continuïteit van deze zorg. Dat vraagt om gezamenlijke keuzes en sturing. Zeker omdat de transformatie van de jeugdhulp (en van het sociaal domein) leidt tot een veranderende vraag. Wat betreft de jeugdhulp gaat het vaak om zeer intensieve, specialistische jeugdhulp, waarbij de problematiek (bijna) altijd meervoudig van aard is. De aanbieders van deze zorg voor jeugdigen bedienen dan ook meerdere jeugdregio's.

De afstemming richt zich op:

- de matching van vraag en aanbod voor de beschikbaarheid en continuïteit van specialistische zorg voor jeugdigen;
- afspraken maken over het organiseren van beschikbaarheid en indien nodig de financiering daarvan;
- de gewenste ontwikkeling van deze vormen van zorg voor jeugdigen. Wat er maximaal bovenregionaal wordt afgestemd, hangt onder meer af van wat er regionaal is of zal worden ingekocht.



Lichtere inkoopprocedure en afschaffen EMVI (Economisch Meest Voordelige Inschrijving)

De regering meent dat de uit de aanbestedingsplicht voortvloeiende lasten bij de inkoop van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning disproportioneel zijn ten opzichte van de ermee behaalde baten. Het is wenselijk dat ook voor de Jeugdhulp gebruik kan worden gemaakt van de SAS-procedure (Sociale en Andere Specifieke diensten), een procedure die veel lichter is dan een Europese aanbesteding, alleen al omdat de tijdrovende en daarmee geld kostende fase van het schrijven (aanbieders) en beoordelen (gemeenten) van offertes daarin ontbreekt.

In de praktijk zorgt de in de Jeugdwet opgenomen verplichting om te gunnen op basis van het EMVI-criterium ervoor dat deze procedures nog niet kunnen worden gebruikt. Met het oog daarop wordt de plicht om op grond van het EMVI-criterium te gunnen met dit wetsvoorstel uit de Jeugdwet en de Wmo 2015 geschrapt. Daarmee geldt het EMVI-criterium, en daarmee de in de praktijk daaruit voortvloeiende plicht om offertes te vragen en te beoordelen, niet meer indien de gemeente kiest voor een invulling van een aanbestedingsprocedure volgens het verlichte regime.

De regel dat niet louter op de laagste prijs mag worden gegund en dat er altijd rekening wordt gehouden met de aangeboden kwaliteit, wordt echter gehandhaafd. Door het stellen van goede (minimum)kwaliteitseisen met daartegenover een reële prijs wordt toch een goede verhouding tussen kwaliteit en prijs bereikt. Ook een selectie van aanbieders indien het aantal gegadigden het aantal aanbieders dat de gemeente wenst te contracteren overschrijdt, draagt hieraan bij.

De gemeenten kunnen de procedure na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel bijvoorbeeld zo invullen, dat alle aanbieders die voldoen aan vooraf bekendgemaakte geschiktheidscriteria of, indien dat tot een te groot aantal aanbieders leidt, de aanbieders die na toepassing van vooraf bekendgemaakte selectiecriteria als beste uit de bus komen, een contract krijgen. Met name indien op de aankondiging een groot aantal gegadigden reageert, terwijl de gemeente slechts een beperkt aantal aanbieders wenst te contracteren, kan een procedure met een ingebouwde selectiefase tot een reductie van de uitvoeringslasten leiden: de aanbieders hoeven zich niet meer in te schrijven en een offerte op te stellen, en de gemeenten hoeven de offertes niet meer te beoordelen.

Bekostiging en tarieven uit de wetswijziging

De gemeenten zijn in het decentrale stelsel verantwoordelijk voor de vormgeving van de jeugdzorg in hun gemeente en dienen te zorgen voor een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van hulp. Bij de inkoop of subsidiëring van dit aanbod verplicht artikel 2.12 van de Jeugdwet de gemeenten nu al om in hun verordening regels op te nemen die een goede prijs-kwaliteitverhouding waarborgen.

Een kostendekkend tarief is daarbij een belangrijke randvoorwaarde. Landelijk gezien is er veel discussie over tarieven. Er zijn signalen van aanbieders dat sommige gemeenten geen of onvoldoende indexatie bieden en sommige aanbieders geven aan dat zij noodgedwongen tarieven met gemeente hebben afgesproken die niet kostendekkend zijn, waardoor risico's ontstaan voor kwaliteit en continuïteit van de zorg.



Gelet op het voorgaande hebben de bewindslieden van VWS en voor Rechtsbescherming in hun brieven van 7 november 2019 en 20 maart 2020 aangekondigd te werken aan een algemene maatregel van bestuur (AMvB) waarmee de in artikel 2.12 van de Jeugdwet al opgenomen plicht om reële prijzen te betalen, nader kan worden ingevuld. Daartoe zullen, in navolging van wat krachtens de Wmo 2015 al in het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 is geregeld, in de AMvB de kostprijs-elementen worden opgenomen waaruit de reële prijs moet worden opgebouwd.

Het streven is om de AMvB per 1 april 2021 te laten ingaan, zodat er met de inkoop voor 2022 rekening mee kan worden gehouden.

Indexatie

Onderdeel van een reëel tarief zijn afspraken over indexatie (loon- en prijsbijstelling). Vanaf 2019 is het (grootste deel van het) jeugdbudget onderdeel van de Algemene Uitkering geworden. Vanaf 2020 genereert dit jeugdbudget ook accres, en vindt er geen aparte loon- en prijsbijstelling vanuit de ministeries van VWS en Financiën meer plaats. De afgelopen periode hebben Rijk en gemeenten overlegd over de wijze waarop gemeenten in deze nieuwe indexatiesystematiek recht kunnen doen aan benodigde loon- en prijsontwikkeling in de Jeugd- (en Wmo-)sector. Beide partijen zijn het erover eens dat verwacht mag worden dat gemeenten goede indexatieafspraken maken met hun aanbieders. Om dit belang te onderstrepen zal de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) jaarlijks in mei (gekoppeld aan de meicirculaire) een bericht op haar site plaatsen met de gehanteerde loon- en prijsbijstellingspercentages in de zorg. Gemeenten krijgen hiermee richting bij de te hanteren indexatiepercentages bij de inkoop van jeugdhulp- en Wmo-aanbieders. Deze afspraak is echter niet bindend voor puur het instrument indexeren. Een gemeente of regio heeft zelf de vrijheid om te bepalen hoe zij indexeren. Zij hoeven niet per se te indexeren zolang ze maar aan kunnen tonen dat tarieven reëel zijn.

1.3 Norm voor Opdrachtgeverschap

De NvO is op 10 juni 2020 in een resolutie vastgesteld door gemeenten in VNG-verband, zowel voor Jeugd als voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang. Gemeenten erkennen hiermee dat op onderdelen regionale en bovenregionale samenwerking essentieel is voor:

- de beschikbaarheid van de benodigde zorgfuncties;
- een zorgvuldige transformatie van het zorglandschap ;
- verminderde bureaucratie.

De afspraken in het kader van de NvO geven daarmee op langere termijn richting aan wat de partijen in een jeugdregio samendoen en hoe dit lokaal en bovenregionaal is verbonden. Hoe invulling aan de samenwerking wordt gegeven, is een gemeentelijke, regionale of bovenregionale aangelegenheid. De NvO bestaat uit acht afspraken:

1. Gemeenten stellen in regionaal verband een regiovisie op die door de verschillende gemeenteraden wordt vastgesteld. De regiovisie komt tot stand in overleg met aanbieders (en met gecertificeerde instellingen en Veilig Thuis), professionals, (vertegenwoordigers van) jongeren en ouders en ketenpartijen;
2. De regiovisie geeft helderheid over hoe gemeenten, ten minste voor de looptijd van deze visie, in regioverband de beschikbaarheid en continuïteit van jeugdfuncties



borgen. Hierbij kan als leidraad de lijst met functies uit de regeling Jeugddoelstelling dienen, die regionaal een eigen invulling kan krijgen. De regiovisie geef ook aan wat de gewenste ontwikkeling van het zorglandschap is;

3. De regiovisie gaat in op de wijze waarop de lokale toegang verbonden is met de gecontracteerde hulp, met de vijf basisfuncties voor lokale teams als leidraad;
4. Regio's kiezen in hun regiovisie een niet-vrijblijvende Governance, met één onderling overeengekomen en gedragen aanspreekpunt dat extern kan optreden namens de regio;
5. Regio's geven in hun regiovisie aan hoe en voor welke functies ze bovenregionaal samenwerken, met als doel dat deze bovenregionale functies beschikbaar blijven;
6. Regio's verplichten zich tot beperking van administratieve lasten door 1) de drie uitvoeringsvarianten consequent toe te passen; 2) bij regionale contractering als gemeente dezelfde contractvoorwaarden en gezamenlijk contractbeheer te hanteren.
7. Gemeenten houden zich aan zorgvuldigheidseisen voor inkoop. Dit betekent dat ze inzetten op tijdige start en afronding van contractering, op meerjarige contracten en op continuïteit van zorg bij aflopende contracten;
8. Regio's hanteren in hun contractering reële tarieven en kunnen rekenen op transparantie van aanbieders in de opbouw van hun tarief.

1.4 Financiële ontwikkelingen in de regio en landelijk

De financiële ontwikkeling van de jeugdhulp in de regio Rijnmond was de afgelopen jaren zorgelijk, keer op keer moest de begroting worden bijgesteld voor hogere uitgaven. Financiële beheersing is daarom een belangrijk punt bij de komende aanbesteding en heeft ook een rol gespeeld bij de voorwaarden voor de tweede verlenging.

In december jl. is het AEF-rapport uitgekomen over de uitgavenontwikkeling van de Jeugdhulp in Nederland, hieronder de belangrijkste conclusies:

- Met name vanaf 2017 geven de gemeenten flink meer uit. In de jaren 2015 en 2016 waren het budget en de uitgaven min of meer in evenwicht.
- De stijgende uitgaven in de jaren 2015-2019 voor individuele maatwerkvoorzieningen zijn het gevolg van (1) een toename van het aantal kinderen dat op jaarbasis jeugdzorg ontvangt (+ 16%) en (2) de kosten per cliënt zijn toegenomen (+ 16%). De stijging van het aantal cliënten in jeugdzorg wordt veroorzaakt door jeugdhulp, in het bijzonder jeugdhulp zonder verblijf. Voor jeugdbescherming namen de cliëntaantallen eerst af, maar nemen ze nu weer licht toe. Het niveau in 2019 lag daarmee nog 2,5% lager dan het niveau van 2015. Het aantal cliënten jeugdreclassering daalde met 20% sinds 2015.
- Opvallende constatering uit het onderzoek is dat de toename in het aantal jeugdigen met name wordt veroorzaakt doordat de uitstroom achterblijft bij de instroom. De instroom is sinds 2015 min of meer constant gebleven. De uitstroom blijft achter, doordat kinderen sinds 2015 steeds langer jeugdhulp ontvangen.
- Relatief meer gezinnen met hogere inkomens maken gebruik van jeugdhulp, met name ambulante jeugdhulp.





In de tabel hieronder zijn de landelijke cijfers van AEF en de cijfers van onze regio te zien.

	2015	2016	2017	2018	2019
Budget gemeenten	3,8 mld.	3,7 mld.	3,6 mld.	3,7 mld.	3,8 mld.*
Uitgaven gemeenten	3,6 mld.	3,8 mld.	4,4/4,7 mld.	4,9/5,2 mld.	5,4/5,6 mld.
Waarvan					
Individuele voorzieningen	3,2 mld.	3,3 mld.	3,9 mld.	4,3 mld.	4,7 mld.
Meerkosten toegang en voorliggend veld	0,4 mld.	0,5/0,6 mld.	0,6/0,8 mld.	0,6/0,9 mld.	0,7/0,9 mld.
Begroting GR	215,6 mln	208,5 mln	188,6 mln	190,6 mln	206,0 mln
Jaarrekening GR	218,0 mln	210,5 mln	204,0 mln	221,9 mln	235,9 mln

De begroting van de GR is tot en met 2017 telkens gebaseerd geweest op de middelen die door het Rijk beschikbaar zijn gesteld. Met ingang van 2018 is de begroting opgehoogd ten opzichte van deze middelen. Daarnaast is met ingang van 2018 voor een bedrag van €8 miljoen jeugdhulp overgeheveld van het regionale naar het lokale niveau¹. Als uitgangspunt voor de beschikbare middelen zou in 2018 en 2019 dus circa €180 miljoen genomen kunnen worden.²

1.5 De ontwikkelingen vanuit de transformatie

Vanuit de drie transformatieopgaven zijn verschillende projecten opgestart, projecten waar diverse doelstellingen op geformuleerd zijn. Het merendeel van deze projecten zijn geïnitieerd vanuit de deelnemende gemeenten. Ook zijn 3 projecten opgestart vanuit de Uitvoeringsorganisatie.

Het opstarten van de projecten is niet zonder slag of stoot gegaan; de projectleiders en procesbegeleiders hebben hun aanvragen ingediend ter goedkeuren en ontvangst van de subsidie. Veel projecten zouden begin 2020 van start gaan, maar de eerste COVID-19-golf heeft voor vertraging gezorgd. Vanuit de projecten worden regelmatig voorgangsrapportages opgesteld. Vanuit de 2^e rapportage, in het najaar 2020, zien we de eerste successen geboekt worden. Zo is één project, Project De Paretoscan, afgerond met een rapport met daarin nieuwe inzichten over de mogelijkheden om het grootverbruik in de jeugdzorg tegen te gaan vanuit het perspectief van de ouders. Een aantal projecten, zoals Project Span uit de subregio CKL, De Familieklas (Schiedam) en Project Pleegzorg+, laten positieve geluiden horen. Daarnaast zijn er ook experimenten met een andere aanpak, zoals het project Verbeteren.

De effecten van de transformatie worden kwantitatief én kwalitatief gemeten. De Monitor transformatie jeugdhulp regio Rijnmond brengt de effecten van de transformatie in beeld. Samen met KPMG werkt de UO aan het opzetten van een monitor, waarbij we driemaandelijkse kwantitatief de effecten van de transformatie in beeld brengen.

Naast het rapporteren op de voortgang over de projecten en het kwantitatief meten door de transformatiemonitor, wordt ook kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de transformatie. In dit onderzoek draait het vooral om de vraag waarom er al dan niet effecten worden gevonden.

¹ MKD, Begeleiding En Onderwijs en ambulante crisisaanbod LVB

² Dit bedrag is indicatief en berekend door van het begrotingsbedrag 2017 de overheveling van ruim €8 miljoen in mindering te brengen.



Bijkomend doel is dan ook om de kennis die wordt verzameld te bundelen en daarmee bij te dragen aan kennisdelen in de regio.

1.6 Uitgangspunt voor administratieve lasten

Landelijk wordt steeds meer aandacht gevraagd voor het beperken van de administratieve lasten en één van de afspraken uit de NvO is dat de regio's zich hiertoe verplichten. Gebleken is dat de administratieve lasten oplopen door:

- Te veel onnodige regels en eisen (binnen de regio/ ten opzichte van naburige regio's);
- Versnippering van contracten en inkoopschaal;
- Onvoldoende samenwerking tussen gemeenten;
- Te veel of verschillende productomschrijvingen (niet gestandaardiseerd);
- Te veel of verschillende bekostigingsvarianten (met andere vereisten);
- Onnodige monitoringseisen, toename van onnodige sturing en verantwoordingsinformatie;
- Te korte looptijd van contracten.

Het verlagen van administratieve lasten is niet complex, maar wel veel werk. Het hanteren van de uitvoeringsvarianten, het gebruik van standaarden en het hanteren van gelijke contractvoorwaarden zijn een stap in de goede richting om de administratieve lasten te verminderen. Verder kan een regio aan de slag met:

- Het doorlopen van werkprocessen met aanbieders met als doel om onnodige elementen te verwijderen;
- Het vormgeven van alle administratieve processen op basis van de standaard (uniformeren) administratie protocollen (outputgericht, taakgericht, inspanningsgericht) en werkwijzen (Modelbepalingen);
- Het hanteren van landelijke product- en kwaliteitsdefinities (uniforme set aan outcome-criteria, opgesteld door NJi);
- Het betrekken van aanbieders bij het opstellen van KPI's, monitoring en sturingsinformatie;
- Het gezamenlijk inkopen en contracteren op een regionale schaal;
- Het betrekken van mensen uit de backoffice bij het formuleren van de eisen over werkwijzen;
- Het regionaliseren van de backoffice.

Daarnaast kondigde de minister van VWS, samen met de bonden FNV en CNV, branchevereniging Jeugdzorg Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aan een einde te willen maken aan tijdschrijven en daarmee de administratieve lasten voor werknemers, werkgevers en gemeenten terug te dringen. Hiertoe is op 11 juni jongstleden het convenant stoppen met tijdschrijven in de jeugdzorg ondertekend. In het convenant zijn de volgende afspraken opgenomen: Jeugdzorg Nederland en de vakbonden (FNV/CNV) spreken af om in nieuwe Cao's geen verplichting tot vermijdbaar tijdschrijven meer op te nemen. Daarnaast spreekt de VNG af dat gemeenten in nieuwe inkoopcontracten met aanbieders geen vermijdbaar tijdschrijven meer op zullen leggen. Verder worden goede voorbeelden van werken zonder tijdschrijven geïnventariseerd en actief gedeeld door de convenantspartijen om anderen te inspireren tot actie. Ook is VWS in samenspraak met de convenantspartijen een programma gestart voor het vereenvoudigen van het aantal productcodes met een genormeerde tijd.



1.7 Consultatie van de aanbieders

Op 7, 14 en 15 december hebben zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde aanbieders gesproken in een marktconsultatie, zie ook bijlage 1 voor de samenvatting. De rode draad uit deze consultaties:

- **Neem belemmeringen voor transformatie weg**
Schotten in het zorglandschap en budgetplafonds zorgen voor minder transformatie en integraliteit. Maak 1 opdracht voor de markt in plaats van versnipperingen in percelen. Minder aandacht voor het systeem, meer voor de inhoud.
Organiseer flexibiliteit als de vraag fluctueert, hoogspecialistische kennis bouw je niet zomaar op.
De ontwikkelopdracht ligt breder dan alleen de jeugdzorgketen: huisartsen, rechters en dergelijke maken ook onderdeel uit van de opdracht.
- **Verschuiving van regionaal naar lokaal**
Het verschuiven van eenvoudige problematiek is een goede beweging. Houd oog voor specialisme, zoals LVB-bedden of forensische zorg. Specialisme organiseren naar integraliteit vereist meestal een regionale schaal. Complexe hulp evenals specifieke of schaarse zorg hoort regionaal.
Casusregie naar het lokale veld: houd het eenvoudig voor ouders, zorg voor een aanspreekpunt. Het lokale team is de 'verbindingsofficier' die het totale traject in de gaten houdt en dus ook naar lokale inzet kan grijpen wanneer dat nodig is.
- **Voor uitstroom uit alternatief thuis (C) zijn de gemeenten nodig**
Van de jongeren die deze zorg ontvangen stroomt zo'n 70 tot 80% uit naar Wmo. Voor deze jongeren is niet voldoende woonruimte beschikbaar. Hiervoor is de inzet van de gemeenten cruciaal. Het lukt aanbieders niet alleen om dit te bewerkstelligen.
- **Brede integraliteit is nodig**
Er is soms meer nodig dan alleen jeugdhulp. Denk hierbij aan onderwijs, maar ook hulp aan ouders, zoals bijvoorbeeld bij schuldenproblematiek.
- **Integrale toegang voor crisis**
GGZ Delfland, Parnassia, JBRR/CIT en Enver (gesteund door Yulius) hebben een verbeterplan ingestuurd³. Hier wordt aan gerefereerd tijdens de marktconsultatie.
De inkoop per expertise organiseren wordt niet gesteund. Het huidige systeem van een hoofdaanbieder en een paar onderaannemers werkt goed, omdat zij op elkaar zijn aangewezen bij het uitvoeren van de opdracht.
Triage zou door CIT uitgevoerd moeten worden. Het belang hierbij is dat er één ingang is met daarachter een brede expertise.
- **Integraal triageteam**
Hoogwaardige integrale triage aan de voorkant is cruciaal. Diagnostiek en expertisenetwerk sneller in het lokale veld inzetten.
Direct inzetten van hoogspecialistische zorg wanneer dat nodig is en dus niet onnodig wachten.

³ De werkprocessen worden op elkaar af gestemd, maar een echt integrale toegang voor crisis heeft ook 1 locatie en 1 organisatie. Daar voorziet het verbeterplan niet in.



1.8 Consultatie jeugdigen en ouders

Het bureau JSO heeft in opdracht van de GR een consultatie gedaan bij een aantal jeugdigen en hun ouders/verzorgers in onze regio, zie bijlage 2. Daarbij zijn de volgende vragen gesteld:

- Wat vind je belangrijk om te vertellen, gelet op jouw ervaring met jeugdhulp?
- Jeugdhulp passend en nabij. Jeugdhulp moet passen in het gewone leven, moet eenvoudig en toegankelijk zijn. Wat betekent dat voor jou?
- Hulp: het liefst thuis in een gezinssituatie of zo dicht mogelijk bij huis. Alleen residentieel indien noodzakelijk. Waarom is dit wel/niet belangrijk?
- Er zijn veel partijen in de jeugdhulp. Bijvoorbeeld lokale jeugdhulp, CJG, onderwijs, welzijn, schuldhulp. Hoe is jouw ervaring met samenwerkende hulpverleners?

De adviezen die voortkomen uit de consultatie zijn:

- Versterken de toegang, eerste contact is cruciaal;
- Beperk het aantal contactpersonen en doorverwijzingen;
- Verleen de hulp zoveel mogelijk in een informele vorm;
- Sluit qua taalgebruik aan op de leefwereld, wees vernieuwend met je communicatie;
- Werk aan contact maken en een vertrouwensband, coachingsvaardigheden zijn essentieel;
- Breng doorlooptijden en bureaucratie terug.



Hoofdstuk 2: Werken met 2 inkoopmodellen

Het AB van 15 december jl. heeft besloten dat er vanaf 1 januari 2023 met twee inkoopmodellen voor de specialistische jeugdhulp wordt gewerkt. De gemeenten Maassluis, Vlaardingen en Schiedam (hierna: MVS) gaan daarbij werken met een model waarin MVS de jeugdhulp taakgericht inkoop, als één integrale opdracht met populatiebesteding. Daar wordt een leerproces/-systeem aan gekoppeld. MVS krijgt ruimte om op alle opdrachten (op dit moment A t/m F) zelf in te kopen, crisishulp en crisisbedden zijn nog onderdeel van gesprek. De subsidiëring van JBRR en VTRR verloopt geheel via de GR. Hiermee is de knip voor de subregio MVS in principe geplaatst. De inkoopperiode bedraagt ten minste 5 jaar. Bij het bepalen van de inkooptermijnen en verlengingstermijnen zorgen we (de GRJR, inclusief MVS) ervoor parallel hierin op te trekken, zodat er een aantal momenten zijn waarop de contracten tegelijk zouden kunnen aflopen ingeval we beslissen gezamenlijk voor een model te gaan. MVS en GRJR spreken af om met elkaar in overleg te treden voordat besloten wordt tot verlenging van contracten zowel in MVS als in de GRJR. Elke gemeente beslist uiteraard zelf over al dan niet verlenging van de lokale contracten.

Binnen de GRJR hebben de 15 gemeenten een gezamenlijk belang dat zorgcontinuïteit en een passend aanbod van jeugdhulp voor alle deelnemende gemeenten goed geregeld is. Deelnemende gemeenten spannen zich er in de voorbereiding van de inkoopprocedures voor in dat de randvoorwaarden van de aanbesteding zo zijn ingericht dat zo min mogelijk ongewenste effecten uitgaan van het hanteren van twee inkoopssystemen, zodanig dat deze de continuïteit van zorg niet in de weg staan. Beide inkoopregimes worden hiertoe zoveel als mogelijk op elkaar afgestemd. Verder hanteren de GRJR en MVS reële kostprijzen voor de inkoop van hun opdrachten. In de hele regio hanteren we zoveel mogelijk dezelfde vergelijkbare monitorings- en verantwoordingsafspraken, zodat aanbieders en jeugdigen zo weinig mogelijk hinder ondervinden van het werken met twee modellen.

Om de voor- en nadelen van beide inkoop-/bestedingsmodellen gedurende langere tijd goed te monitoren, blijven de 12 gemeenten (niet zijnde MVS) eenduidig volgens het model uit de inkoopstrategie werken.



Hoofdstuk 3: samenvatting van de inkoopstrategie

3.1 De vertaling van de regiovisie naar de inkoopstrategie

De regiovisie is het gemeenschappelijke kader van de GRJR voor de inkoopstrategie. In deze paragraaf is de regiovisie vertaald naar 4 uitgangspunten. In bijlage 3 is een uitgebreide beschrijving van de inkoopstrategie te vinden.

Uitgangspunt 1: Centrale doelstelling van de inkoopstrategie is om jeugdigen beter en meer in de eigen leefomgeving jeugdhulp te bieden.

De kernopgave van de regiovisie is vanzelfsprekend ook dé opdracht voor de inkoopstrategie. In Nederland worden relatief veel jeugdigen uit huis geplaatst en het is bekend dat uit huis plaatsen een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de jeugdige, zelfs als de buitenwereld meent dat de jeugdige wordt verwaarloosd. Het feit dat de biologische ouder niet langer de opvoeder is, heeft altijd vergaande consequenties. Daarom dient alles op alles gezet te worden om de jeugdige in zijn eigen leefomgeving te helpen, tenzij de veiligheid en gezondheid van de jeugdige natuurlijk echt gevaar loopt.

Uitgangspunt 2: Bij de keuze van het niveau waarop wordt ingekocht, wordt uitgegaan van het adagium "lokaal, tenzij".

In de regiovisie is beschreven dat de lokale infrastructuur wordt versterkt o.a. door de inzet van ambulante ondersteuning en specialistische hulp. Dit heeft vooral consequenties voor de jeugdhulp die nu wordt verstrekt uit de opdrachten D (Daghulp) en E (Ambulante hulpverlening). Een substantieel deel van deze opdrachten zal verschuiven van het regionale niveau van inkoop naar het lokale niveau. Het is van belang om scherp te bepalen waar de knip regionaal-lokaal wordt gezet om te zorgen dat de lokale infrastructuur wordt versterkt en er tegelijkertijd geen gaten vallen in het zorglandschap.

Daarom geldt bij dat de hulp van de huidige opdrachten D en E lokaal wordt ingekocht:

- Tenzij de hulp niet levensvatbaar is vanwege de vereiste schaalgrootte of de schaarse expertise;
- Tenzij de hulp is gekoppeld aan verblijf;
- Tenzij de hulp is gekoppeld aan specialistische kennis en het (op termijn) borgen van die kennis van belang is.

Hierdoor kan meer hulp op het lokale niveau worden gebundeld en de sturing erop in één hand worden gelegd.

Uitgangspunt 3: De regionaal ingekochte hulp is vooral aanvullend op de lokale infrastructuur.

De versterking van de lokale infrastructuur betekent een ingrijpende verandering van de rol van de regionaal ingekochte aanbieders. De regie op de ondersteuning komt nu vooral lokaal te liggen en daarbij ook de sturing op de samenhang van de hulp. Dat is een wijziging ten opzichte van de lopende contracten waarin de aanbieder tot het volgende is verplicht:



Het leveren van alle benodigde jeugdhulp, voor zover die deel uitmaakt van het betreffende perceel, voor een jeugdige door één opdrachtnemer die ervoor zorgt dat de hulp en ondersteuning goed op elkaar zijn afgestemd, op elkaar aansluiten en rekening houden met de relevante aspecten van jeugdige, opvoeders en omgeving van de jeugdige. Opdrachtgever (GRJR) bewaakt de samenhang en effectiviteit van de hulpverlening tijdens de uitvoering daarvan.

De regiovisie spreekt de ambitie uit om vanuit de lokale infrastructuur de sturing te pakken op passende en samenhangende jeugdhulp door de casusregie stevig in te vullen met meer inzet van lokale hulp. De lokale infrastructuur stuurt op de schakeling en verbinding tussen generalistische basiszorg en specialistische jeugdhulp.

De hulp van de regionale aanbieders krijgt een ander karakter. De lokale casusregie stelt ten opzichte van de huidige situatie een specifiekere ondersteuningsvraag aan de regionale aanbieder. De regionale aanbieder vult aan op de lokale hulp en heeft geen verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het totale pakket, maar wel op het deel dat de aanbieder zelf levert. De regionale aanbieder dient zo goed mogelijk in te spelen op de lokaal gestelde ondersteuningsvraag en goed aan te sluiten op de hulp die lokaal wordt verstrekt

Uitgangspunt 4: De regionale hulp is samenhangend en continuïteit van plaats en behandelaar voor de jeugdige is maximaal. Bij medische verwijzingen altijd check door aanbieder of probleem bredere oorzaak heeft dan bij de Jeugdige zelf.

Integraliteit bij de verlening van jeugdhulp is van belang voor cliënten met meervoudige problematiek zoals multiprobleemgezinnen, cliënten in Jeugdzorg Plus en cliënten met forensische problematiek. De integraliteit bij de verwijzing wordt geborgd bij de lokale toegang die verwijst naar aanbod en verantwoordelijk is voor de inzet van maatwerk.

De regionale aanbieder wordt gevraagd om goed en flexibel in te spelen op de lokale ondersteuningsvraag en aan te sluiten op de lokaal verstrekte ondersteuning. Ook het leggen van een goede verbinding met de casusregie is onderdeel van de regionale opdracht. Tegelijkertijd dient de regionale hulp op zichzelf wel samenhangend te zijn en is continuïteit van plaats (bij verblijf) en behandelaar van groot belang.

Regionale aanbieders dienen, vooral bij verwijzingen door huisartsen en medisch specialisten, altijd goed te checken of het enkel om een kindgerelateerd probleem gaat of dat het probleem breder ligt⁴. In alle gevallen is het vereist dat men gezinsgericht werkt in samenwerking met de lokale infrastructuur.

⁴ Bij verwijzing vanuit lokale toegang of GI wordt verondersteld dat deze check al is gedaan.



In de figuur hieronder wordt de relatie gevisualiseerd tussen de 3 kernpunten van de regiovisie en de uitwerking daarvan in de inkoopstrategie.



3.2 Naar een nieuwe benadering van het zorglandschap

De huidige opdrachtenstructuur bestaat uit de opdrachten A tot en met F, waarbij de opdrachten B en C ook nog 4 respectievelijk 3 percelen kennen. Omdat bij al deze eenheden separaat is gegund is het zorglandschap opgeknipt in 11 stukken. Destijds is dit gedaan om te komen tot opdrachten die behapbaar waren voor de aanbieders, zeker in combinatie met de eis om te kunnen leveren voor alle drie de domeinen (GGZ, J&O en LVB).

Dit opknippen van het zorglandschap blijkt in de praktijk belemmerend voor de transformatie, omdat een jeugdige nu eenmaal niet in een vakje van het zorglandschap blijft zitten maar vaak verschillende vormen van hulp nodig heeft. Als er bijvoorbeeld afgeschaald wordt van hulp met verblijf naar ambulante hulp kan dat niet altijd bij dezelfde aanbieder.

Dit besef is voor de stuurgroep inkoop aanleiding geweest om na te denken over een aanpassing van de opdrachtenstructuur.

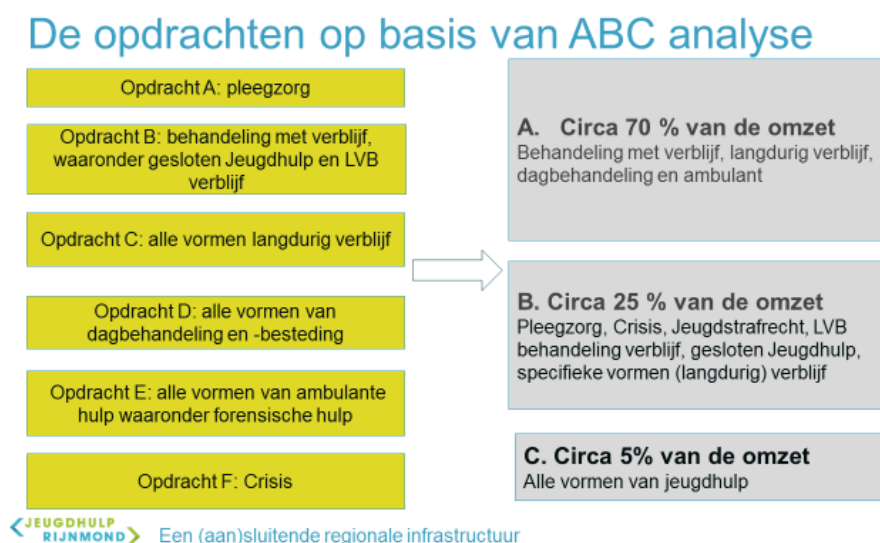
Er wordt nu gekozen voor een ordening van de opdrachten veel meer geënt op de kenmerken van de aanbieders. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen 3 categorieën aanbieders:

- A: systeemaanbieders die in staat zijn een brede opdracht uit te voeren en daarbij als strategisch partner van de GRJR te fungeren bij de vormgeving van de transformatie;
- B: prestatieaanbieders die leveren op 1 of meer percelen van specifiek omschreven hulp;
- C: flexpartijen die desgevraagd extra volume kunnen leveren waar nodig.





In onderstaande figuur is dit schematisch weergegeven:



Toelichting op categorie A

De A-aanbieders voeren een brede opdracht uit, waarbinnen men gemakkelijk kan schakelen tussen hulpaanbod met of zonder bed, afhankelijk van wat de jeugdige nodig heeft. Hierdoor kan er goed worden getransformeerd, omdat er ook nieuwe vormen van hulp mogelijk zijn, bijvoorbeeld hulp met af en toe verblijf. Door het gelijktijdig flexibiliseren van het arrangementenmodel kan de bekostiging gemakkelijk wijzigingen in de hulpverlening volgen. Gedacht wordt aan 5-7 aanbieders in deze categorie. De A-aanbieders zullen enerzijds geselecteerd worden op basis van een aantal kenmerken van de aanbieders en anderzijds op hun plan waarmee een aantal vooraf bekende doelstellingen behaald dienen te worden. Uiteraard is er in deze opdracht de gebruikelijke relatie opdrachtgever-opdrachtnemer tussen GRJR en de aanbieders. Daarnaast dienen de aanbieders in staat en bereid te zijn om strategische partners van de GRJR te zijn. Dit houdt in dat men zich individueel en als collectief de verantwoordelijkheid voelt en neemt voor het welslagen van de transformatie en voor een vitaal zorglandschap. Pro-activiteit en de wil om samen te werken zijn daarbij belangrijke eigenschappen.

Aanbieders hoeven niet langer zelf de hulp te organiseren over de drie domeinen heen (GGZ, J&O en LVB), maar zorgen door onderling afspraken te maken voor de hulp die de jeugdige nodig heeft.

Toelichting op categorie B

In deze categorie bevinden zich de hulpvormen die te specifiek zijn om onder te brengen in de brede opdracht van categorie A. Voor een dekkend zorglandschap is de aanvulling vanuit categorie B een must.

Opdracht B bestaat uit 5 percelen en aanbieders kunnen inschrijven op 1 of meer percelen, ook A-aanbieders kunnen zich inschrijven en (bij toewijzing) leveren in deze opdracht.

De relatie tussen de GRJR en de aanbieders in deze categorie focust zich volledig op die van opdrachtgever en -nemer.





Ook met deze aanbieders zal een ontwikkeltraject worden ingegaan om de uitvoering van deze opdrachten op een hoger plan te tillen.

Toelichting op categorie C

Vanuit deze opdracht wordt gezorgd voor extra flexibiliteit in het zorglandschap. Van de aanbieders in de opdrachten A en B zal ook de nodige flexibiliteit worden gevraagd maar als de vraag naar jeugdhulp onvoorzien hoger is, kunnen de flexpartijen uit deze categorie voor aanvullend aanbod zorgen zodat wachtlijsten binnen de perken blijven.

Effecten van de nieuwe opdrachtenstructuur

In de nieuwe opdrachtenstructuur krijgen de aanbieders een opdracht die veel beter past bij hun positie in het zorglandschap. De A-aanbieders krijgen een brede opdracht en met hen zullen afspraken gemaakt worden om binnen die opdracht te transformeren en daar zijn de randvoorwaarden nu ook voor aanwezig. Hierdoor kunnen meer jongeren in de thuissituatie worden geholpen, bijvoorbeeld omdat alleen al een bed beschikbaar houden al de noodzakelijke rust geeft om de hulpverlening thuis te doen slagen. Op de A-aanbieders kan gezien hun statuut ook een breder appél worden gedaan: actief meedenken aan het oplossen van knelpunten in het zorglandschap, domeinoverstijgend samenwerken zodat ze ook integrale hulp kunnen leveren, kortom strategisch partner zijn van de GRJR.

Met de B-aanbieders wordt gestuurd op hun bijdrage aan het zorglandschap, zij leveren een onmisbaar onderdeel van de jeugdhulp dat niet altijd door A-aanbieders geleverd kan worden. Het worden ook wel prestatie-aanbieders genoemd omdat de prestaties op een relatief smal maar onmisbaar onderdeel centraal staan in de relatie met de GRJR. Ook met hen zal een ontwikkeltraject worden doorlopen om de uitvoering van hun opdrachten op een hoger plan te tillen.

Bij de C-aanbieders staat de flexibiliteit van levering centraal, zoals boven beschreven.

3.3 Invulling opdrachtgeverschap

Inhoud van de opdracht

Integraliteit wordt in beginsel geborgd bij de lokale toegang en niet bij regionaal ingekochte zorg. Vanuit de lokale toegang kunnen ook verbindingen worden gelegd met andere domeinen zoals de participatiewet, de Wmo, verslavingszorg, schuldhulpverlening en dergelijke.

De aanbieders zijn verantwoordelijk om gezamenlijk (ieder vanuit eigen expertise) zorg te bieden aan de jeugdigen waarbij indien nodig er geïntegreerd wordt gewerkt vanuit de 3 domeinen (GGZ, J&O en LVB). Van regionale zorgaanbieders wordt niet verwacht dat zij het hele palet aan zorg zelf kunnen aanbieden, maar dat de integratie door samenwerking tot stand wordt gebracht.

De vorm waarin men samenwerkt hierin is vrij, dit kan middels onderaannemerschap of andere samenwerkingsstructuren.

Wel wordt van alle aanbieders gevraagd naar het gehele systeem te kijken wanneer de jeugdige in hulp is. Dit betekent dat er breed naar de jeugdige en het gezin wordt gekeken en dat er wordt gesignaleerd of er hulp nodig is uit overige domeinen

Resumerend betekent dit van aanbieders dat zij op meerdere niveaus van integraliteit werken:

- Bij de *levering* van zorg elke aanbieder vanuit eigen expertise, en samenwerking tussen aanbieders om integraal maatwerk te kunnen leveren aan jeugdige;





- Bij het *signaleren* van zorg wordt gevraagd op integraal niveau te werken waarbij meer de verbindingen met wijkteam, overige domeinen, overige verwijzers, lokale specialistische aanbieders wordt gelegd.

Sturing en monitoring, leveranciersmanagement

De regionaal in te kopen jeugdhulp kenmerkt zich door een grote mate van complexiteit en specialisaties die noodzakelijk zijn om de juiste hulp te leveren. Het zijn geen 'potloden en pennen' die ingekocht worden maar complexe zorg en hulpverleningstrajecten waarbij de opdrachtgever op voorhand niet kan specificeren wat noodzakelijk is. Deze expertise zit immers deels bij de specialistisch opdrachtnemer. Een klassieke inkoopmethode waarbij vooraf exact wordt gespecificeerd wat we willen en een aanbieder die dit gaat leveren, zal niet leiden tot de gewenste transformatie in het jeugdzorglandschap.

Hoe sturen we op dit proces?

Om sturing te geven aan dit proces is het noodzakelijk dat vanuit de vastgestelde visie bepaald wordt hoe sturing gegeven wordt aan dit proces. Hierbij zal de sturing gericht moeten zijn op het behalen van de vastgestelde beleidsdoelen die zijn verankerd in de regiovisie.

Sturing vanuit impact

Om sturing te geven aan de uitvoering van de complexe jeugdhulpverlening is het de vraag of sturing vanuit 'klassieke' indicatoren toereikend is en leidt tot het gewenste resultaat? In de regiovisie wordt het factorenmodel al aangehaald en vanuit de gemeente Rotterdam wordt hier op het terrein van welzijn en preventie al mee geëxperimenteerd. Het factorenmodel is er op gericht om vanuit impact de sturing op de aanbieders vorm te geven. Vanuit impact 'terug redeneren' naar welke factoren een rol spelen en wat er nodig is om die te beïnvloeden. Hierbij moet niet op basis van 'onderbuik'gevoelens beoordeeld worden wat echt werkt maar zal op basis van een wetenschappelijke onderbouwing de impact moeten worden geobjectiveerd. Dit vraagt een sterke focus op leren en verbeteren, waarbij met wetenschappelijk onderzoek beoordeeld kan worden wat werkt en wat niet. Je stuurt dan veel meer op het leren en verbeteren dan uitsluitend op throughput-/output-indicatoren.

Een dergelijke benadering sluit goed aan bij de ambities uit de regiovisie en zorgt er ook voor dat de sturing wordt ingericht in lijn met de beleidsdoelen. Deze methodiek zou mogelijk erg bruikbaar kunnen zijn voor de sturing op de nieuwe inkoop na 2023.

Bekostiging

Bekostiging is een (sturings)instrument dat ingericht moeten worden in lijn met de beleidsdoelen en gekozen sturingsfilosofie. Als gekozen wordt voor de sturing gericht op 'leren & verbeteren' zal ook de bekostiging in lijn moeten worden gebracht op deze sturingsfilosofie. Hoe dit er dan precies uit zal zien en welke consequenties dit heeft is in deze fase lastig te bepalen.

Uitwerking en verdieping

De bovenstaande verkenning over de inrichting van de sturing en bekostiging is vooralsnog een erg interessante denkrichting die verdere verdieping en concretisering vereist. Het lijkt erop dat dit een oplossing kan zijn voor het realiseren van de gewenste verbeteringen in de jeugdhulp. Uitwerking en concretisering is wenselijk zodat per categorie van de ABC-analyse bepaald kan worden hoe de sturing en bekostiging vormgegeven kan worden.





Voor de nieuwe regionale inkoop wordt gestuurd op de beschikbaarheid van het (hoog specialistische) aanbod. De regio werkt in partnerschap samen met aanbieders om de doelstellingen voor de transformatie van de jeugdhulp te bereiken. Aan de hand van de ABC-analyse wordt onderscheid gemaakt tussen systeemaanbieders (A), prestatieaanbieders (B) en flex-aanbieders (C). De regio wenst te sturen op de gewenste ontwikkeling van het zorgveld. Door middel van het prestatieproces wordt gericht op organisatieniveau gestuurd op de doelstellingen. Bij de inkoopprocedure wordt van systeemaanbieders gevraagd een plan aan te leveren waarin zij beschrijven hoe zij (inhoudelijk) de gestelde doelstellingen kunnen bereiken en welke informatie zij hiervoor moeten aanleveren. Tijdens de SAS-procedure werkt de regio gezamenlijk met aanbieders passende KPI's uit waarop kan worden gestuurd. Daarbij zal ook aandacht zijn voor een strakke monitoring van de financiën.

Vasthouden aan resultaatgericht werken

Voor de nieuwe inkoopstrategie wordt vastgehouden aan het resultaatgericht werken. Dit betekent dat er blijvend wordt gewerkt met doelen en resultaten wanneer er zorg wordt ingezet. Over het algemeen blijven de huidige KPI's in gebruik: doelrealisatie, wachttijden, cliënttevredenheid en uitval. De te behalen doelen en resultaten per nieuwe opdracht worden gedifferentieerd vormgegeven in de inkoopstrategie per nieuwe opdracht.

Op meerdere niveaus wordt gestuurd op het realiseren van doelen:

- Op casusniveau wordt op doelen gestuurd van de te behalen resultaten per cliënt
- Op organisatieniveau worden doelstellingen geformuleerd op de resultaten die cliënt-overstijgend c.q. per opdracht dienen te worden behaald. Hiervoor worden prestatieplannen opgevraagd bij de aanbieders.

Brede integrale teams werken met regionale expertise samen

De lokale infrastructuur wordt versterkt door te werken met brede, integrale teams die kunnen schakelen met regionale expertise. Hierdoor wordt de werking van de toegang verbeterd omdat er een inhoudelijk sterkere triage kan plaatsvinden. De vormgeving en uitwerking van de integrale teams is lokaal, maar in het inkoopdocument wordt de werking van de toegang beschreven en dienen de aanbieders zich hieraan te conformeren. Verder is een belangrijk punt dat er een krachtige casusregie wordt neergezet. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor JBRR, die immers complexe cases regisseert met gedwongen hulp.

Het borgen van beschikbaarheid van expertise zal zo veel mogelijk gekoppeld worden aan hulp, onder andere de FACT- en SPAN-teams. Daarnaast wordt het ZBT doorontwikkeld tot een expertteam.

De vraagverheldering van de lokale teams dient als een huis te staan, voor specifieke vragen kunnen de systeemaanbieders worden geraadpleegd.

Daarnaast wordt het huidige Zorgbemiddelingsteam (ZBT) doorontwikkeld naar een volwaardig expertteam. Het vormt daarmee de toegang naar de regionaal ingekochte Jeugdhulp. Dit team bestaat uit onafhankelijke experts van jeugdhulpaanbieders uit alle jeugdhulpdomeinen (J&O, GGZ, LVB).

Het expertteam heeft vier rollen: leidt toe naar regionale hulp, heeft een advies en consultatie functie bij vragen over complexe casuïstiek (anders dan advies en consultatie dat wordt ingezet bij lokale teams!) in de regio, heeft een monitor- en regiefunctie en kijkt waar afschaling in de opdracht mogelijk is.



De verdere uitwerking van het expertteam wordt door het regionale programmateam in de regioagenda opgepakt.

3.4 De inkoopinstrumenten

Bij de inkoop worden vier instrumenten onderscheiden, te weten leveranciersmanagement, toegang, contracten en bekostiging. In deze paragraaf worden deze instrumenten kort langsgelopen. Het leveranciersmanagement is in hoofdstuk 3.3 al besproken .

Toegang

Voor de toegang zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- De toegang is een lokale aangelegenheid, vormgeving per gemeente verschilt;
- De lokale toegang en infrastructuur wordt versterkt met expertise vanuit specialistische aanbieders;
- In de toegang wordt breed integraal (jeugdhulp, Wmo, participatie, schuldhulp, Zvw, onderwijs) gekeken naar de jeugdige, gezin en netwerk. De toegang verwijst integraal naar gewenst in te zetten aanbod en is verantwoordelijk voor de inzet van maatwerk;
- De lokale toegang en regionale toegang tot hulp sluiten goed aan op elkaar aan en er zijn heldere afspraken tot op welk niveau jeugdigen in het lokale veld worden geholpen en vanaf welk niveau jeugdigen worden verwezen naar regionale jeugdhulp;
- De lokale toegang is verantwoordelijk voor de inzet van maatwerk en houdt de regie op instroom, doorstroom en uitstroom;
- Het streven is dat de administratieve processen en manier van verwijzing (casusregie) vanuit alle gemeenten naar regionale jeugdhulp wordt geüniformeerd. Een uniforme werkwijze voorkomt onnodige administratieve lasten.

Contracten

Er worden drie opdrachten op de markt gezet:

1. Opdracht *systemeaanbieders*: Om te kunnen inschrijven op deze opdracht wordt van deze partijen verwacht dat zij de opdracht in de volle breedte kunnen bieden. Er wordt gestuurd op gelijksoortige doelstellingen en KPI's.
2. Opdracht *prestatieaanbieders*: In deze opdracht is er sprake van aparte percelen per expertise met ieder zijn eigen doelstellingen en KPI's. Aanbieders kunnen zich per perceel inschrijven.
3. Opdracht *flex-aanbieders*: Aanbieders die doorgaans via discretionaire routes worden ingezet of actief zijn in andere regio's kunnen zich hierop inschrijven. Het is niet mogelijk je als aanbieder in te schrijven op zowel opdracht 1 en 3.

Er is differentiatie mogelijk in de termijnen van de contracten. De termijn is afhankelijk van de ontwikkelopgave en inkoopdoelen. Zo kunnen voor opdrachten waar grote transformatieopgaven spelen – zoals de afbouw van verblijf – voor een langdurig contract worden gekozen om zo aanbieders meer financiële zekerheid te geven. De regio wenst zo veel mogelijk de verschillende contracten op elkaar af te stemmen (ingangsdatum en einddatum). Er wordt gestreefd naar het afsluiten van langdurige contracten met een looptijd van 5-7 jaar, waarbij gewaarborgd is dat het mogelijk is om per 1-1-2028 weer over te gaan tot 1 inkoopmodel in de regio. Dit om zo goed mogelijk in gezamenlijkheid en partnerschap met



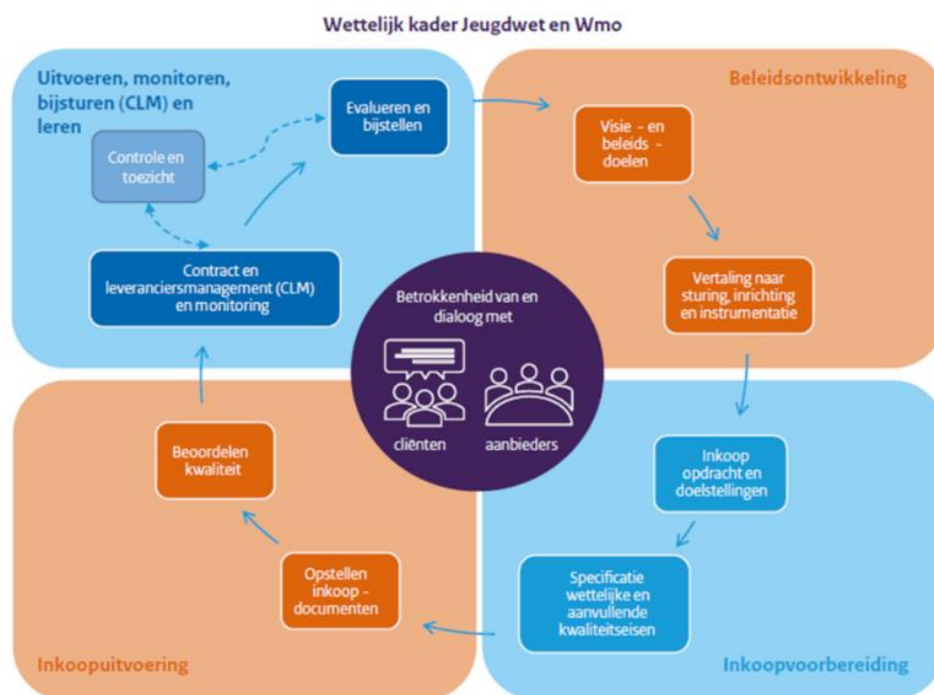
zorgaanbieders te werken aan het realiseren van de doelstellingen en transformatie van het veld.

De subregio's maken onderling afspraken met elkaar over de ingang van de lokale en regionale contracten. Het uitgangspunt is om zoveel mogelijk de contracten gelijktijdig met elkaar af te sluiten. Voor de afstemming over de ingang van lokale en regionale contracten wordt de regionale inkoopagenda aangehouden. Wanneer er partijen zowel lokaal als regionaal zijn gecontracteerd worden heldere afspraken gemaakt over de toegang tot de regionale zorg (wanneer mogen deze aanbieders opschalen en wanneer niet).

Bekostiging

In de vorige paragraaf is uiteengezet hoe op dit moment de sturing, monitoring en bekostiging verder wordt uitgewerkt.

3.5 De inkoopvorm, de SAS-procedure



In de fase van inkoopvoorbereiding bepalen we op welke wijze we gaan inkopen, welke procedure we gaan hanteren.

Voor het realiseren van zorg in het sociaal domein maken gemeenten op dit moment vaak de keuze tussen twee inkoopprocedures voor het inkopen van zorg. Of een zogenoemde open house procedure, of een reguliere Europese aanbestedingsprocedure. De eerste is procedureel relatief eenvoudig. Het is echter lastig om uitsluitend de best presterende partijen te selecteren, waardoor vaak een groot aantal instellingen wordt gecontracteerd hetgeen de sturing en de samenwerking bemoeilijkt. De tweede, een reguliere Europese aanbestedingsprocedure, biedt die mogelijkheid wel maar wordt procedureel doorgaans omslachtiger ingericht, met een verplicht voorgeschreven vergelijking van offertes op basis van een uitgebreide gunningssystematiek.

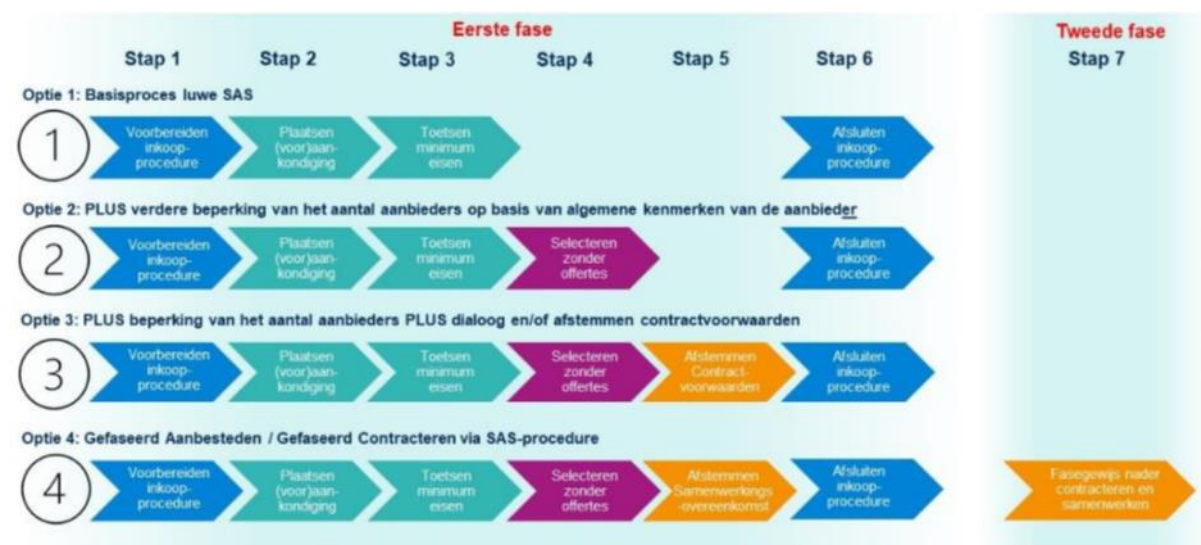


De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil het mogelijk maken om zonder een uitgebreide gunningsprocedure toch uitsluitend die partijen te contracteren die het best in staat zijn om – in partnerschap met gemeenten en elkaar – de beste zorg te leveren. Hiertoe wordt op dit moment de Jeugdwet en de Wmo 2015 zodanig gewijzigd dat een gunningssystematiek niet langer verplicht is bij aanbesteden in het sociaal domein. Zo wordt het voor gemeenten mogelijk om aanbestedingsprocedures in het sociaal domein te doen op basis van karakteristieken en kwaliteiten van aanbieders, zonder deze aanbieders onnodig te belasten met het uitbrengen van een uitgebreide aanbieding.

Specifiek voor sociale en andere specifieke diensten (bekend als ‘SAS-diensten’) boven de Europese aanbestedingsdrempel, kan worden gekozen voor een vereenvoudigde (grotendeels door onszelf ingerichte) aanbestedingsprocedure voor sociale en andere specifieke diensten (deze procedure is bekend als ‘SAS-procedure zonder offerte’).

Voor de SAS-procedure geldt slechts een deel van de regels uit de aanbestedingsrichtlijn. Deze procedure valt daarmee onder het zogenaamde verlicht regime. De SAS-procedure biedt gemeenten veel ruimte om de procedure naar eigen inzicht in te richten. Zo is er veel ruimte voor dialoog met de markt, is de gemeente niet gehouden aan de Europese standaardtermijnen en de regels over gunningscriteria. Ook is het niet verplicht geschiktheidseisen te stellen of uitsluitingsgronden toe te passen.

Vier opties voor vereenvoudigde SAS-inkoop zonder offerte



De bovenstaande figuur geeft de vier opties voor de SAS-inkoop zonder offerte schematisch weer. Iedere optie is gericht op een bepaalde, typische situatie van gemeenten waar zij mee te maken hebben bij de inkoop.

a. SAS zonder offerte optie 1 (hierna: SAS 1) is het meest eenvoudige (basis-)proces. SAS 1 is vooral geschikt in een zorglandschap met weinig aanbieders en weinig noodzaak (of prioriteit) voor maatwerk en vernieuwing;

b. SAS optie 2 (hierna: SAS 2) is een eenvoudig SAS-proces gericht op selectie. Dit is vooral aan de orde in een zorglandschap met veel aanbieders waar de gemeente noodzaak of wens heeft om het aantal zorgaanbieders te beperken door een selectie uit te voeren;



- c. SAS optie 3 (hierna: SAS 3) is een eenvoudig SAS-proces waarin een dialoofase wordt opgenomen. Dit is vooral aan de orde in een zorglandschap met veel aanbieders, waar de gemeente de noodzaak of wens heeft om in nadere dialoog met aanbieders tot contractafstemming te komen, en daarbij transitie en innovatie de ruimte te geven;
- d. SAS optie 4 (hierna: SAS 4) is een eenvoudig SAS-proces waarbij contracteren en nadere dialoog in verschillende fasen worden ondergebracht. In basis is dit proces vergelijkbaar met SAS 3, maar de afstemming met zorgaanbieders is onderdeel van een langlopend contract.

Deze vier opties worden allemaal administratief luv ingevuld. Hierbij kan de gemeente meer aandacht besteden aan gesprekken met zorgaanbieders die over inhoud gaan dan over procedures.

Ieder van de vier opties is gedefinieerd binnen de in de Aanbestedingswet 2012 opgenomen procedure voor SAS-diensten boven het drempelbedrag van € 750.000,- exclusief btw. Voor dergelijke diensten is de enige wettelijke verplichting om een (voor)aankondiging te doen aan het begin en een bekendmaking van gunning te doen aan het einde van de inkoopprocedure. De Europese wetgever heeft verder niet ingevuld hoe de SAS-procedure er tussen die twee publicatiemomenten concreet uit moet zien. De Aanbestedingswet 2012 bevat slechts een beperkt aantal voorschriften over de concrete invulling van de procedure. Weinig voorgeschreven invulling betekent ook veel vrijheidsgraden voor de gemeente om zelf een SAS-inkoopprocedure te 'bedenken'.

Gekoppeld aan de A,B,C analyse is het voor de hand liggend dat er gekozen wordt voor een SAS 3 of 4 proces bij de inkoop van A systeemaanbieders; Bij de inkoop van B kan gedacht worden aan SAS 2 of 3. Bij de C aanbieders past de SAS 1 en/of 2 het best.

3.6 Het vervolg op de inkoopstrategie

Op het moment van opstellen van deze notitie is de projectgroep inkoop nog doende informatie te verzamelen in verband met de knip in de specialistische ambulante hulp (huidige opdracht E). In april zal op basis van deze informatie een voorstel worden besproken in de stuurgroep.

Verder wordt momenteel gewerkt aan een opzet voor de sturing en bekostiging, zoals al is beschreven in paragraaf 3.3.

Het vervolgproces ziet er verder in grote lijnen als volgt uit:

- Schrijven bestekken: april tot en met oktober
- Uitvoeringstoets: mei
- Bouwstenen voor de tarieven: in juli in AB
- Start aanbesteding: 1 november 2021
- Selectie aanbieders medio januari 2022
- Ontwikkeltraject met aanbieders: medio januari – eind maart 2022
- Eventuele kort gedingen: februari t/m april 2022
- Verwerking ontwikkeltraject in contracten: april en mei 2022
- Ondertekening contracten: uiterlijk 30 juni 2022





Hoofdstuk 4: de opbrengsten van de marktanalyse

De huidige opdrachten zijn geanalyseerd en leiden per opdracht tot geleerde lessen, ontwikkelpotentieel en inkoopdoelstellingen. Omdat de opdrachten in de aanbesteding voor 2023 in een andere structuur terugkomen, worden de huidige opdrachten hieronder verder aangeduid als pakketten om verwarring met de nieuwe opdrachtstructuur te voorkomen. De opbrengsten van de marktanalyse voor deze pakketten zijn onverminderd relevant. In bijlage 4 kunt u een uitgebreide beschrijving vinden van de opbrengsten van de marktanalyse per opdracht.

4.1: Pakket alternatief thuis

Beschrijving van het pakket

De regiovisie “Nabij en Passend” spreekt uit dat de problemen zoveel mogelijk in de gewone leefomgeving en samen met jongeren en gezinnen moeten worden opgelost. Maar soms komt het voor dat de thuissituatie geen veilige of passende woonomgeving vormt voor een jeugdigen. Dan is het noodzakelijk dat hier een alternatief wordt toegepast. Dit kan zowel kortdurend als langdurend zijn. Dit betreft de inzet van pleegzorg, gezinshuizen en training zelfstandig wonen. Het streven is om het alternatief zoveel mogelijk in de oorspronkelijke woonomgeving van een jongere te realiseren.

Belangrijkste ontwikkelingen en uitdagingen

Het streven is om de hulp zo veel mogelijk de hulp in de eigen context van het kind te organiseren en uithuisplaatsingen te voorkomen. Wanneer uithuisplaatsingen toch noodzakelijk blijkt wordt de voorkeur gegeven aan het eerst verkennen van mogelijkheden van netwerk- en of deeltijdpleegzorg voordat wordt overgegaan op een gehele uithuisplaatsing (voltijdpleegzorg). Een laatste optie is gezinshuisaanbod.

Bij de plaatsing en matching is het van belang dat jeugdigen instappen op het juiste niveau. Voor jeugdigen met zwaardere problematiek is reguliere pleegzorg bijvoorbeeld mogelijk minder passend en is een gezinshuis passender. In de toegang wordt een goede inschatting gemaakt van wat het meest passende aanbod voor de jeugdige is.

In de huidige situatie is een tekort aan pleegouders in de regio. Regionaal is een wervingscampagne gestart om het aantal pleegouders in de regio te vergroten. De grootste uitdaging voor de komende periode is voldoende en passend aanbod te creëren om de ontwikkelingen en ambitie waar te maken.

Belangrijkste knelpunten/lessons learned

Voor het pakket alternatief thuis zijn een aantal knelpunten geconstateerd:

- Er is een tekort aan pleegzorg en gezinshuishoudens (gekwificeerd) in de regio;
- Er is een tekort aan (kwalitatief goed) gezinshuisaanbod en huisvesting;
- Vanwege het tekort wordt de match gemaakt op basis van beschikbaarheid. Hierdoor krijgt de jeugdige niet altijd een direct passende woonplek;
- De ouders worden te weinig ondersteund door de pleegzorgaanbieder. Hierdoor is eerder sprake van uitval uit het pleeggezin en opname in een verblijfsvoorziening;



- De inzet van ambulante zorg voor de jeugdige is onvoldoende (tijdig) beschikbaar;
- Vanwege het tekort en wachtlijsten, waardoor overbruggingszorg niet altijd beschikbaar is;
- Niet altijd wordt integraal gekeken naar de problematiek in het gezin;
- De regievoering over de jeugdige in pleegzorg is onvoldoende scherp ;
- Wanneer een jeugdige 18 jaar wordt, is er niet altijd direct passende hulp vanuit de Wmo beschikbaar.

Inkoopdoelstellingen

Voor het pakket alternatief thuis zijn de volgende inkoopdoelstellingen geformuleerd:

- In de toegang wordt gestreefd naar 0-uit huisplaatsingen. Bij voorkeur wordt (meer) netwerkpleegzorg of pleegzorg ingezet om uithuisplaatsingen te voorkomen;
- Er wordt gestreefd naar zo min mogelijk onnodige overplaatsingen en het voorkomen van mismatches. Bij plaatsing wordt direct een passende en duurzame plek voor de jeugdige gevonden;
- In de regio is het aantal pleegouders vergroot;
- In de regio wordt het aantal gezinshuishoudens vergroot;
- In de regio is sprake van meer gedifferentieerd kwalitatief goed aanbod van gezinshuis- en kamertraining;
- In de regio is sprake van meer gedifferentieerd passend aanbod voor pleegzorg (broertjes en zusjes samen en 12+);
- Waar nodig kan snel passende ambulante hulp aan de jeugdige in pleegzorg worden geboden om escalatie en uitval te voorkomen;
- De toegang maakt gebruik van integrale diagnostiek in het biologische gezin;
- Het wijkteam voert de casusregie op de jeugdige. Het wijkteam maakt gebruik van het toekomstplan dat wordt opgesteld voor de jeugdige;
- Ouders worden optimaal ondersteund in hun rol als pleegouder (ondersteuning in de brede zin van extra hulp, pedagogische hulp en huishoudelijke hulp);
- Wanneer de jeugdige 18 jaar wordt, wordt indien nodig passend (woon)aanbod vanuit Wmo ingezet.

Inzet inkoopinstrumenten

Leveranciersmanagement

- Voor alternatief thuis aanbod (pleegzorg, gezinshuizen en kamertrainingen) wordt een beperkt aantal aanbieders gecontracteerd;
- Deze aanbieders concurreren niet met elkaar en zorg voor genoeg verscheidenheid in het aanbod (passend aanbod voor zowel jeugdigen als pleegouders). De aanbieder pakt op eigen expertise een kind op;
- Pleegzorgaanbieders werken met elkaar samen voor de werving van nieuwe pleegouders. De regio heeft een actieve regierol bij de werving van nieuwe pleegouders;
- Van aanbieders wordt gevraagd inzet te leveren om te voorkomen dat een kind uit moet worden geplaatst door bijvoorbeeld gezintherapie al eerder in te zetten wanneer een kind in beeld is (bij ambulante partijen)
- Van aanbieders wordt gevraagd ambulante hulp in te kunnen zetten indien nodig en passende ondersteuning aan ouders te bieden. Dit kunnen aanbieders zelf leveren of





hiervoor samenwerken met ambulante partijen. Hiervoor wordt samengewerkt met het lokale veld;

- Gestuurd wordt op vergroting en differentiatie van het pleegzorg aanbod (meer broertjes en zusjes samen, aanbod van 12 jaar en ouder) en vergroting en differentiatie van kwalitatief goed gezinsaanbod.

Toegang

- Alle betrokken partijen streven naar voorkomen van uithuisplaatsingen. De toegang, inclusief de GI's, verkennen eerst alle andere denkbare mogelijkheden in eigen context van de jeugdige;
- De regio maakt afspraken met de GI's over de afweging wanneer een kind wel of niet uit huis wordt geplaatst en over op- en afschalen van hulp die wordt ingezet;
- Indien een uithuisplaatsing toch noodzakelijk is, krijgt de jeugdige direct een duurzame passende woonplek, en stroomt direct in op het juiste niveau (netwerk-deeltijdpleegzorg, voltijdpleegzorg of gezinshuis)
- Namens de pleegzorgaanbieders maakt 1 aanbieder de match en blijft verantwoordelijk voor het kind tot dat deze is geplaatst;
- Vanuit de toegang wordt actief case management gevoerd waar wordt gekeken wanneer de thuissituatie van de jeugdige weer veilig is en deze eventueel weer naar huis kan. Voor jeugdigen vanaf 16,5 jaar werkt de toegang met een toekomstplan voor een goede uitstroom richting Wmo of eigen huis.

Bekostiging

- Het arrangementenmodel wordt doorontwikkeld met de invoering van tredes voor alternatief thuis. Hierbij is de laagste trede netwerk-deeltijdpleegzorg en de hoogste trede gezinshuis;
- De wens is binnen het pakket in het arrangementenmodel een trede toe te voegen voor de inzet van ambulante ondersteuning aan de jeugdige;
- In de bekostiging wordt het aantrekkelijk gemaakt om pleegzorg in te zetten voordat duurdere vormen van hulp worden ingezet.
- Mogelijk toewerken naar een aparte bekostiging voor de werving van pleegouders waarbij de regio regie voert over het budget en de voortgang.

Contract

- Meerjarig contract (3-5 jaar met kans op verlening) met strakke kwaliteits- en toetredingseisen;
- In de pleegzorgcontracten wordt vastgelegd dat aanbieders niet concurreren op de markt en wordt samengewerkt bij het voeren van campagne voor de werving van pleegouders

Belangrijkste wijzigingen

Er wordt gestreefd om de hulp zo veel mogelijk in de eigen context van de jeugdige te organiseren. Wanneer het echt noodzakelijk blijkt te zijn, wordt nadrukkelijk meer ingezet op de mogelijkheden van netwerk- en of deeltijdpleegzorg dan voorheen. Daarnaast is, ten opzichte van voorgaande periode, meer aandacht voor de juiste matching om uitval te voorkomen. De toegang speelt hier een essentiële rol en vanuit de wijkteams wordt de casusregie gevoerd. Tot slot wordt middels dit pakket gezocht naar gedifferentieerd aanbod.





4.2: Pakket behandeling met verblijf

Korte beschrijving van het pakket

De regiovisie “Nabij en Passend” spreekt uit dat van alle vormen van verblijf (pleegzorg, residentieel en langdurig verblijf) pleegzorg de beste optie is. Nog steeds geldt daar dat alleen pleegzorg aan de orde is, als ambulante inspanningen in het oorspronkelijke gezin niet het gewenste resultaat hebben. Pleegzorg is de ‘second best’ optie. Het is ons streven om bij de inzet van pleegzorg rekening te houden met de identiteit van het kind.

Bij de inzet van pleegzorg is een aantal noties van belang. Pleegzorg is echter niet in alle gevallen haalbaar en toereikend voor de specifieke zorgvraag. Residentiele zorg inclusief behandeling zijn soms noodzakelijk.

Residentiële zorg

Residentiële zorg is altijd gekoppeld aan ondersteuning, dat is ons nieuwe uitgangspunt voor verblijf. We draaien het om: het gaat niet om een bed, maar het is behandeling met de mogelijkheid om iemand tijdelijk op te nemen. Die behandeling moet altijd beschikbaar zijn. Ook buiten kantooruren. Gezien de tijdelijkheid en gegeven dat jeugdigen maar kort worden opgenomen is de casusregisseur van het lokaal team intensief betrokken. Belangrijk daarbij is de band met de school waar mogelijk te behouden.

Het streven is om de residentiële zorg geografisch zoveel mogelijk in de oorspronkelijke buurt te realiseren. De mate waarin dat haalbaar is, is afhankelijk van de afweging tussen volume en kwaliteit & kosten.

Om residentiële zorg zo kort mogelijk te laten duren is het van belang dat er in de capaciteit voldoende mogelijkheden zijn om door te stromen (af te schalen) en dat de financiering gericht is op een kortdurende opname. Hiervoor is nodig dat zo snel mogelijk na start van de residentiële zorg een perspectiefbepaling plaatsvindt: is het perspectief terugkeer in de gewone thuissituatie of moet een nieuwe thuissituatie worden gevonden?

Langdurig verblijf

Langdurig verblijf is voor jongeren voor wie een gezinscontext niet meer passend is. Langdurig verblijf is gericht op de toekomst van een jongere en op diens zelfstandigheid. De inspanning is gericht op het voorbereiden van de jongere op de volwassen toekomst.

Waar nodig moet behandeling ingezet kunnen worden in langdurig verblijf. We voorkomen daarmee dat jongeren uitvallen uit langdurig verblijf en terugvallen in een residentiële opname doordat behandeling niet beschikbaar is.

Belangrijkste knelpunten/lessons learned

Bij behandeling en verblijf worden de volgende knelpunten geconstateerd:

- Aanbieders hebben het pakket om integraal zorg te leveren, maar dit komt onvoldoende van de grond en gezamenlijke verantwoordelijkheid mist. Hierdoor krijgen jeugdigen niet altijd de meest passende zorg.
- Instroom lijkt niet beïnvloedbaar en is hoog.
- In de toegang wordt nog niet altijd naar het gehele gezin gekeken.
- Verblijf in pakket B neemt toe. De doorstroom en uitstroom komt onvoldoende op gang. Mede doordat uitstroommogelijkheden voor woonplekken, ambulante ondersteuning of aanbod 18-/18+ niet (tijdig) beschikbaar is.
- 40% van de jeugdigen in dit pakket is ouder dan 18 jaar en maakt gebruik van de verlengde jeugdwet. Door tekort aan huisvesting en tekort aan passend aanbod vanuit Wmo en WLZ stromen deze jeugdigen niet uit.





- Ontbreken van regie op het hulpverleningsproces aan de jeugdige: hierdoor komt uitstroom komt onvoldoende op gang (onderwijs, ambulante)
- Geen beschikbare plekken in de pakketten A en C, en lange wachttijden in E. Dit bemoeilijkt de uitstroom uit B.
- Aanbod voor LVB mist.

Belangrijkste ontwikkelingen en uitdagingen

Bij de huidige uitvoering van dit segment zien we nog teveel intramurale plaatsingen en zijn er te weinig bewegingen en innovatieve oplossingen die de zorg via een extramurale wijze kunnen bieden.

Om intramurale oplossingen slechts in te hoeven zetten als het echt niet anders kan moeten alternatieve voldoende voorhanden zijn. Daarna dient er vanuit de toegang ook actief te worden gestuurd op de inzet van deze alternatieven.

Gezamenlijk met aanbieders zal deze beweging gecreëerd moeten worden. Hierbij is het noodzakelijk om een balans te vinden in het:

- a. Normeren van beschikbare intramurale verblijf en behandelplaatsen;
- b. Het inkopen van alternatieven voor extramurale zorg;
- c. Creëren van blijvende innovatie tijdens de contractperiode.

Inkoopdoelstellingen

- In de regio wordt toegewerkt naar minder kinderen in behandeling met verblijf (beweging naar 0). Hiervoor worden concrete afspraken gemaakt met aanbieders over de afbouw van bedden.
- Gezamenlijkheid van aanbieders om tot maatwerk te komen voor de jeugdige en het gezin.
- De toegang maakt gebruik van een integrale diagnostiek bij het inzetten van zorg voor de jeugdige (en gezin).
- Er is voldoende passend aanbod en capaciteit.
- Er wordt gestuurd op snelle doorstroom en afschaling door middel van het voeren van (meer) regie op de jongere gedurende de behandeling.
- Het aanbod van intensieve ambulante alternatieven wordt vergroot.
- De jeugdigen worden op tijd voorbereid op hun toekomst en mogelijkheden van ondersteuning na hun 18e jaar vanuit de Wmo of de WLZ of indien mogelijk toewerken richting zelfstandigheid.

Inzet inkoopinstrumenten

Leveranciersmanagement

Voor behandeling met verblijf wordt een beperkt aantal aanbieders met voldoende dekkend aanbod (waaronder voldoende LVB) geselecteerd in januari 2022:

- De aanbieders nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid om maatwerk voor jeugdigen met multicomplexe problematiek te leveren, de bestaande opnameverplichting wordt gehandhaafd.
- De regio maakt afspraken met deze aanbieders over de afbouw van bedden en de ontwikkeling van meer ambulante alternatieven. Hiervoor voert de regio een analyse uit voor het minimaal aantal benodigde bedden in de regio. Daarnaast worden vanaf





januari 2022 gesprekken met de geselecteerde aanbieders gevoerd over hoe deze doelstelling te bereiken.

- Aan de geselecteerde aanbieders wordt gevraagd gezamenlijk een concreet plan te schrijven voor de afbouw van bedden en de doorontwikkeling van ambulante trajecten, per aanbieder worden maatwerkafspraken gemaakt.
- Vanuit leveranciersmanagement wordt gestuurd op de afbouw van bedden en afname van gemiddeld verblijfsduur.
- Belangrijkste KPI's voor dit segment zijn een afname van de gemiddelde ligduur en de verhouding ambulante/ bed (steeds meer ambulante ten opzichte van bed in het aanbod).
- De regio maakt afspraken met aanbieders hoe dit te realiseren. Dit wordt ook meetbaar vastgelegd (in aantallen en met een tijdsindicatie).
- Wanneer een jeugdige 16,5 jaar of ouder is, wordt er een toekomstplan opgesteld.
- De regio verkent met Wmo, woningbouwcorporaties wat er nodig is voor het beschikbaar stellen van aanvullend aanbod wanneer een jeugdige 18 jaar wordt.

Toegang

- De toegang (lokale teams en GI's) zijn verantwoordelijk voor de plaatsing van een jeugdige in behandeling met verblijf. In de toegang wordt eerst gekeken naar alternatieve (en/of hybride) ambulante trajecten voordat behandeling met verblijf wordt ingezet. Hierover worden ook afspraken gemaakt met de lokale teams en GI's.
- Indien behandeling met verblijf noodzakelijk is voor een jeugdige wordt deze besproken in het Zorg Bemiddelings Team (ZBT). Binnen het ZBT vindt casuïstiekbespreking plaats en wordt gekeken welke aanbieder het best de casus kan oppakken.
- Momenteel is het ZBT onderdeel van de GI. Het ZBT wordt doorontwikkeld naar een volwaardig expertteam. Het vormt daarmee hét routeringspunt naar de regionaal ingekochte zorg. Wanneer er een vermoeden is dat behandeling met verblijf noodzakelijk is, wordt dit eerst besproken in het (onafhankelijke) expertteam. Daar wordt gekeken wat voor hulp er moet worden ingezet. Dit team bestaat uit onafhankelijke experts van aanbieders. De wijkteammedewerker sluit gezamenlijk met het gezin aan in het expertteam en gezamenlijk wordt een plan voor het gezin gemaakt. Het lokale team kan aanvullend nog lokale hulp inzetten
- Het expertteam heeft drie rollen: leidt toe naar regionale hulp, heeft een monitor- en regiefunctie en kijkt waar afschaling in het pakket mogelijk is.
- De casusregisseur voert regie en stelt een toekomstplan op in samenwerking met jeugdige en aanbieder zodat een jeugdige een passende vervolgplek in de Wmo of WLZ krijgt wanneer de jeugdige 18 is of wanneer mogelijk wordt toegewerkt naar zelfstandigheid.
- Indien de situatie van de jeugdige wijzigt en vraagt om een verandering van verblijf wordt de casus opnieuw besproken in het expertteam en wordt bekeken wat de best passende hulp op dat moment is.

Bekostiging

- Met aanbieders worden afspraken gemaakt over mogelijkheden van de ombouw van bedden naar ambulante alternatieven. Bijvoorbeeld dat het budget achter de afbouw van bedden wordt omgezet in een budget voor ambulante alternatieven.
- In de regio wordt een 0-meting uitgevoerd van het aantal bedden in de regio. Hierbij wordt inzicht verkregen in het minimaal aantal benodigde bedden in de regio.
- Van aanbieders wordt gevraagd dat zij gezamenlijk een plan te schrijven hoe zij de ontwikkeling van de afbouw van bedden naar ontwikkelen van ambulante alternatieven





kunnen realiseren. Op basis van de 0-meting en het plan worden bindende afspraken gemaakt over het volume en de capaciteit en afbouw in de regio.

- Mogelijke denkrichtingen zijn; trajectbekostiging voor ambulante alternatieven en afrekening op basis van realisatie voor de bedden.

Contract

- Er worden meerjarige contracten afgesloten (5-7 jaar).
- Er wordt aan gedacht om zowel verblijfsaanbieders als aanbieders met ambulante alternatieven gezamenlijk in een contract op te nemen (maken een gezamenlijk plan voor afbouw bedden richting ambulante alternatieven).
- In het contract wordt als voorwaarde opgenomen dat bedden worden afgebouwd. In 2025 dient er een afname van 30 procent van de kortdurende residentiele jeugdhulp te zijn gerealiseerd.
- In de contracten wordt opgenomen dat aanbieders deelnemen aan het expertteam.
- In contracten wordt opgenomen dat een aanbieder verplicht is de cliënt op te nemen.

Belangrijkste uitdagingen/kritische succesfactoren

De belangrijkste uitdagingen voor de inkoopstrategie is een balans te vinden tussen de drie elementen:

- a. Normeren van beschikbare intramurale verblijf en behandelplaatsen;
- b. Het inkopen van alternatieven voor intramurale zorg;
- c. Creëren van blijvende innovatie tijdens de contractperiode.

Alleen het creëren van een aanbod is echter niet voldoende voor succes. Ook vanuit de GRJR en de deelnemende gemeenten worden randvoorwaarden gesteld om dit succesvol te laten verlopen. Kritische succesfactoren zijn hierbij:

- a. Actief toezien op nakomen contractuele afspraken
- b. Actieve en intensieve dialoog met aanbieders om innovatie te creëren in het aanbod
- c. De toegang dient actief te sturen op alternatieve inzet van extramurale zorg. Hierbij speelt het (doorontwikkelde) ZBT naar een expertteam een cruciale rol.
- d. Grootste deel van de verwijzingen vindt plaats vanuit de GI. De GI dient zich te conformeren aan de regiovisie en de overeengekomen inkoopdoelen en dit te vertalen naar de eigen uitvoeringspraktijk.



4.3: Pakket dagbehandeling en -besteding

Korte beschrijving van het pakket

De regiovisie “Nabij en Passend” spreekt uit dat de jeugdigen meer dan voorheen de hulp in de eigen omgeving gaan ontvangen. Om dit doel te bereiken willen gemeenten en aanbieders de lokale infrastructuur gaan ontwikkelen. Dit met de ambitie om vanaf 2023 daardoor meer vraagstukken met lokale voorzieningen en inzet van consultatie en advies te kunnen oplossen. Dit vraagt een inspanning om de verbinding met de (aan)sluitende regionale infrastructuur te versterken. Het resultaat daarvan is: meer kinderen groeien kansrijk, gezond en veilig op door passender hulp, en beheersing van kosten.

Soms lukt het een jeugdige niet om mee te komen in het gewone of bijzondere onderwijssysteem. Voor deze jeugdigen zijn specialistische voorzieningen waar zij overdag of tijdens dagdelen worden opgevangen. Daarnaast zijn er ook dagbehandelingsprogramma's beschikbaar voor jonge kinderen met gedragsproblematiek waarvan nog niet bekend is wat er met hen aan de hand is. Daarnaast wordt ook (verpleegkundige) zorg geleverd voor kinderen met een medisch probleem.

Belangrijkste ontwikkelingen

Het aanbod waar bij dit pakket gebruik van wordt gemaakt is: verpleegkundig kinderdagverblijf, dagbehandeling observatiediagnostiek en dagbehandeling specifieke doelgroepen. Voor deze vormen van dagbehandeling is de ontwikkelopgave tweeledig:

- Samenhang organiseren tussen regionale dagbehandeling en dagprogramma's in het lokale veld en het onderwijs. Met samenwerkingsverbanden Passend Onderwijs in gesprek over de verbinding tussen onderwijs en jeugdhulp. Met extra aandacht voor beschikbaarheid van plekken in het (speciaal) onderwijs, waarbij ambulantisering van dagbehandeling richting onderwijs onderzocht wordt.
- Dagprogramma's inzetten ter voorkoming van en als afschaling voor behandeling met verblijf.

Dit moet uiteindelijk leiden tot een dekkend aanbod van specialistische vormen van dagbehandeling. De regionale aanbieder wordt gevraagd om goed, tijdig en flexibel in te spelen op de lokale ondersteuningsvraag van jeugdige en gezin en aan te sluiten op de lokaal verstrekte ondersteuning. Ook het leggen van een goede verbinding met de casusregie is onderdeel van het regionale pakket. Tegelijkertijd dient de regionale hulp op zichzelf wel samenhangend te zijn en is continuïteit van plaats en behandelaar van groot belang.

Belangrijkste knelpunten/lessons learned

Bij dagbehandeling worden de volgende knelpunten geconstateerd:

- Uitstroom vanuit dagbehandeling richting speciaal onderwijs komt moeizaam op gang
- Gemiddelde kosten per cliënt zijn de afgelopen jaren sterk gestegen
- Er is een exponentiele groei in het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van lokale jeugdhulp in een KDC.



Inzet inkoopinstrumenten

Om onze ontwikkelopgave vorm te geven, zetten we de volgende instrumenten in:

- Er worden kaders en richtlijnen voor de inzet van alle vormen van dagbehandeling opgesteld. Dit op basis van een regionale doelgroep definitie. Die doelgroep definitie vormt het uitgangspunt voor de lokale toegang bij de inzet van dagbehandeling, ook voor het deel dat lokaal is ingekocht.
- Er worden afspraken gemaakt met de samenwerkingsverbanden passend onderwijs over de uitstroom vanuit dagbehandeling naar onderwijs of voorveld. Dit wordt regionaal afgestemd, maar lokaal uitgevoerd. Het expertteam ontwikkelt door naar expertisenetwerk inclusief onderwijsexpertise, waardoor een breed advies ontstaat met brede uitstroommogelijkheden inclusief het onderwijs⁵.
- (Hoog)specialistische vormen van dagbehandeling blijven beschikbaar in de regio, zonder wachttijd. Hiervoor wordt een duidelijke afbakening gemaakt tussen vormen van dagbehandeling die lokaal worden georganiseerd en ingekocht en de vormen die regionaal worden georganiseerd en ingekocht. Ook het verpleegkundig kinderdagverblijf blijft regionaal ingekocht.

Belangrijkste wijzigingen

De regiovisie spreekt de ambitie uit om vanuit de lokale infrastructuur de sturing te pakken op passende en samenhangende jeugdhulp door de casusregie stevig in te vullen met meer inzet van lokale hulp. De lokale infrastructuur stuurt op de schakeling en verbinding tussen generalistische basiszorg en specialistische jeugdhulp. De rol van de regionale jeugdhulp krijgt dus meer een aanvullend karakter, meer het beschikbaar houden van specialistische functies. Een substantieel deel van de dag- en ambulante jeugdhulp verschuift dus van het regionale naar het lokale niveau. Dit heeft niet alleen consequenties voor de onderlinge afspraken over casusregie, maar ook voor de definitieve van integrale hulp. Integraliteit van jeugdhulp (GGZ, LVB en J&O-hulp) is van belang voor cliënten met meervoudige problematiek zoals multiprobleemgezinnen, cliënten in Jeugdzorg Plus en cliënten met forensische problematiek. De integraliteit in het brede sociale domein wordt geborgd bij de lokale toegang, die verwijst naar aanbod en verantwoordelijk is voor de inzet van maatwerk. Specialistische jeugdhulp is verantwoordelijk voor integraliteit in geval van dubbele diagnose.

⁵ Het onderwijs wordt alleen bij het ZBT betrokken, als er sprake is van plaatsing op scholen met een regionale functie. Focus van lokale casusregisseur ligt dan op verbinding met scholen in lokale netwerk.



4.4: Pakket specialistische ambulante hulp

Korte beschrijving van het pakket

De regiovisie “Nabij en Passend” spreekt uit dat de jeugdigen meer dan voorheen de hulp in de eigen omgeving gaan ontvangen. Om dit doel te bereiken willen gemeenten en aanbieders de lokale infrastructuur gaan ontwikkelen. Dit met de ambitie om vanaf 2023 daardoor meer vraagstukken met lokale voorzieningen en inzet van consultatie en advies te kunnen oplossen. Dit vraagt een inspanning om de verbinding met de (aan)sluitende regionale infrastructuur te versterken. Het resultaat daarvan is: meer kinderen groeien kansrijk, gezond en veilig op door passender hulp en beheersing van kosten.

Uitgangspunt is dat specialistische ambulante hulp dicht bij de jeugdige en het gezin georganiseerd gaat worden. Voor sommige jeugdigen is de problematiek dermate specialistisch dat deze vormen van ambulante hulp door de schaarste en benodigde expertise niet lokaal kunnen worden geboden. Die laatstgenoemde hoog-complexe jeugdhulp is onderdeel van dit pakket.

Belangrijkste ontwikkelingen

Op het moment van schrijven van deze notitie, wordt nog gesproken met aanbieders om feiten boven tafel te krijgen voor de afweging welk deel van dit pakket op het lokale niveau zal worden ingekocht. Voor deze hoog-specialistische ambulante hulp is de volgende ontwikkelopgave omschreven:

- Meer grip op volume van hulpvragen bij de lokale toegang door inzet praktijkondersteuners voor huisartsen
- Sturen op de-medicalisatie door onder andere preventieve inzet van schoolmaatschappelijk werk
- Samenhang organiseren tussen specialistische ambulante inzet in het regionale en het lokale veld. Waarbij de specialistische regionale zorg zoveel mogelijk lokaal georganiseerd wordt. Hiertoe wordt eveneens het organiseren van consultatie en advies voor de lokale teams gerekend.
- Schaarse inzet van multidisciplinaire ambulante teams (zoals FACT, MST, MDFT) blijft regionaal
- PM aanvullen

Doel is de gemiddelde behandelduur verkorten en opvoeding normaliseren, zodat vooral de zwaardere hulpvragen bij de specialistische jeugdhulp terecht komen.

Belangrijkste knelpunten/lessons learned

Bij hoog-specialistische ambulante hulp worden de volgende knelpunten geconstateerd:

- Voor specialistische GGZ zijn wachtlijsten. Er lijkt onderbesteding in basis-GGZ te bestaan en overbesteding en stijging in specialistische GGZ.
- De kosten van specialistische GGZ-aanbod stijgen onevenredig hard ten opzichte van het volume.
- In veel gemeenten worden de indicaties standaard voor een jaar afgegeven.
- Integrale casusregie is niet voor alle casussen relevant.
- Geen grip op inzet van kinderartsen als het gaat om controle van medicatie





- Onvoldoende beschikbare data en managementinformatie, niet genoeg zicht op doelgroepen en verbruik van zorg

Inzet inkoopinstrumenten

Om onze ontwikkelopgave vorm te geven, zetten we de volgende instrumenten in:

- Er wordt regionaal een afbakening beschreven tussen de (hoog)specialistische ambulante hulp, die lokaal of regionaal ingekocht gaat worden.
- Op basis van een regionaal informatiemanagement-plan realiseren we een beter cijfermatig inzicht in de verschillende doelgroepen en inzet van zorg. Hiervoor worden ook afspraken gemaakt met aanbieders.

Belangrijkste wijzigingen

De regiovisie spreekt de ambitie uit om vanuit de lokale infrastructuur de sturing te pakken op passende en samenhangende jeugdhulp door de casusregie stevig in te vullen met meer inzet van lokale hulp. De lokale infrastructuur stuurt op de schakeling en verbinding tussen generalistische basiszorg en specialistische jeugdhulp. De rol van de regionale jeugdhulp krijgt dus meer een aanvullend karakter, meer het beschikbaar houden van specialistische functies naast consultatie en advies. Een substantieel deel van de dag- en ambulante jeugdhulp verschuift dus van het regionale naar het lokale niveau. Dit heeft niet alleen consequenties voor de onderlinge afspraken over casusregie, maar ook voor de definitieve van integrale hulp. Integraliteit van jeugdhulp (GGZ, LVB en J&O-hulp) is van belang voor cliënten met meervoudige problematiek zoals multiprobleemgezinnen, cliënten in Jeugdzorg Plus en cliënten met forensische problematiek. De integraliteit in het brede sociale domein wordt geborgd bij de lokale toegang, die verwijst naar aanbod en verantwoordelijk is voor de inzet van maatwerk. Specialistische jeugdhulp is verantwoordelijk voor integraliteit in geval van dubbele diagnose.



4.5: Pakket Crisis

Beschrijving van het pakket

Het pakket Crisis betreft de inkoop van ongeplande hulp aan alle jeugdigen die te maken krijgen met een urgente crisissituatie en die binnen 24 uur hulp nodig hebben. Eén integrale toegang voor snelle en passende verwijzingen voor de crisishulpverlening is van cruciaal belang binnen dit pakket. De crisishulpverlening is per definitie kortdurend en kan bestaan uit intensieve begeleiding in de thuissituatie, tijdelijk verblijf in het eigen netwerk of pleeggezin (crisispleegzorg) of crisisopvang/opname in een instelling. Belangrijkste doelstellingen voor het pakket crisis zijn een snelle inzet van hulp, korte duur van de crisishulp en een uitstroom richting, bij voorkeur, ambulante vormen van hulpverlening.

Belangrijkste ontwikkelingen

Momenteel is het pakket voor het leveren van de regionale crisishulpverlening belegd in perceel F waar Enver voor is gegund. De voorwaarde voor het inzetten van crisishulp is een beoordeling en verwijzing van een crisismelding. In de huidige situatie wordt dit voor jeugdzorgvragen uitgevoerd door het CrisisInterventieTeam (CIT) via JBRR óf in geval van GGZ-vragen door de Acute Dienst (AD) van GGZ Delfland, Parnassia Groep of Yulius. De beoordeling van crisismeldingen door de Acute Diensten GGZ valt buiten de aanbesteding en wordt middels subsidie gefinancierd.

De betrokken partners hebben een gezamenlijk advies opgesteld voor de doorontwikkeling van de crisishulp na 2020. Het verbeterplan richt zich met name op één integrale toegang waarin pedagogische hulp en GGZ-hulp wordt gebundeld. Het verbeterplan sluit aan op de richting voor crisis zoals beschreven in de regiovisie paragraaf 3.4.4. Dit vormt dan ook de basis voor de inkoopstrategie van het pakket crisis.

Belangrijkste knelpunten/lessons learned

Vanuit de analyse van de huidige situatie van crisishulp worden een aantal knelpunten geconstateerd waaruit ontwikkelopgaven voortkomen voor het nieuwe pakket.

Ten eerste wordt geconstateerd dat bij het behandelen van een crisismelding een multidisciplinaire beoordeling mist. De intake is nu gescheiden georganiseerd, waarbij er verschillen bestaan tussen het perspectief van het CIT en de Acute GGZ – er ontbreekt momenteel een integraal team dat de triage uitvoert. Het is van belang dat er een gezamenlijke triage aan de voorkant plaats gaat vinden met een multidisciplinaire beoordeling (voorbeeld: CIT Haaglanden). Daarbij heeft men voor ogen dat de opdrachtnemer(s) van crisis een ‘eerste hulp’ functie in de regio gaat vervullen.

Momenteel kost de organisatie van een crisisplaatsing veel tijd (er moet veel worden rondgebeld) en een eenduidig proces ontbreekt (er bestaan veel verschillende ‘routes’ die nu kunnen worden bewandeld na een crisismelding). Echter het uitgangspunt is dat de crisishulp snel beschikbaar is. Het ontwikkelen van richtlijnen/protocol (voorbeeld GGZ) voor het inzetten van crisishulp na een crisismelding kan een goede bijdrage leveren aan het stroomlijnen van het proces.

Daarnaast verloopt de samenwerking tussen het CIT en de aanbieders bij crisisplaatsingen nog niet altijd soepel (er is bijvoorbeeld discussie over inzet van passende zorg). Om die reden is het van belang dat de samenwerking tussen het CIT en de aanbieders wordt bevorderd, bijvoorbeeld door participatie van aanbieders bij de triage.





Een laatste knelpunt is de uitstroom naar vervolghulp. Het uitgangspunt is dat crisishulp van korte duur is. Als gevolg van de wachtlijsten bij de overige pakketten (perceel B en E) verloopt de uitstroom moeizaam; dit verhoogt de druk op de capaciteit van de crisis bedden. Er is een daling van het aantal jeugdigen in crisishulp waar te nemen, maar de duur van de plaatsingen neemt toe, mogelijk is dit een gevolg van de wachtlijsten bij de overige pakketten. Het realiseren van voldoende uitstroom uit perceel B en E om uitstroom uit Crisis te kunnen opvangen is dan ook een ontwikkelopgave die in pakket B en E meegenomen zal moeten worden.

Inzet inkoopinstrumenten

Leveranciersmanagement

In de regio wordt één aanbieder of consortium verantwoordelijk voor het leveren van crisishulp. Die aanbieder of dat consortium levert brede expertise op het gebied van GGZ, J&O en LVB. Spoedhulp vervalt binnen dit pakket, voor (alle) vormen van ambulante hulpverlening waaronder het leveren van crisishulp aan de eigen cliënten in crisissituaties worden aanvullende afspraken gemaakt met de gecontracteerde aanbieders van het perceel voor ambulante hulpverlening. Vanuit leveranciersmanagement zal gestuurd worden op het snel inzetten van (ambulante) crisishulp, afschaling en uitstroom

Toegang

In de regio komt één integrale toegang c.q. meldpunt met één telefoonnummer voor het melden van crisissituaties. Het huidige CIT vormt zowel de toegang voor crisissen in de GGZ, J&O en LVB. Het verbeterplan van betrokken partijen vormt het vertrekpunt voor de afspraken in de regio over deze integrale toegang. Momenteel is het CIT georganiseerd bij het JBRR. Er wordt verkend in hoeverre het CIT hiervan onderdeel blijft uitmaken of zelfstandig wordt gepositioneerd in de regio. Het CIT voert de triage uit: indien een cliënt nog niet in behandeling is wordt binnen 24 uur een geschikte plek bij een van de crisishulpaanbieders in de regio gezocht. Indien een cliënt al in behandeling is neemt het CIT contact op met de aanbieder waar de desbetreffende jongere in zorg is en kijkt samen met deze aanbieder wat de best passende hulp voor de cliënt is.

Bekostiging

Voor de bekostiging van het minimaal aantal beschikbare crisisbedden wordt gekozen voor beschikbaarheidsfinanciering. Voor de ambulante crisishulp wordt de huidige manier van financiering voortgezet (P*Q financiering naar aanleiding van gebruik). Voor het CIT wordt verkend wat de best passende bekostiging is. Een logische optie lijkt beschikbaarheidsfinanciering.

Contract

Er wordt een langdurig contact afgesloten waarbij er twee opties mogelijk zijn;

- 1 contract waarbij het CIT wordt geïntegreerd in het pakket van de crisishulp
- 2 contracten waarbij het CIT en de crisishulp apart worden gecontracteerd.

Belangrijkste wijzigingen

Er wordt toegewerkt naar één integrale toegang voor crisis waar zowel pedagogische hulp als GGZ-hulp is gebundeld. De crisishulpverlening wordt geleverd door één aanbieder of consortium waarbij brede expertise is vertegenwoordigd. De spoedhulp voor cliënten die al in





behandeling zijn maakt geen onderdeel meer uit van dit pakket, maar is onderdeel van het pakket voor ambulante hulpverlening.