

Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verslag Marktconsultatie

Dialoog 4 oktober 2021

PLENAIRE GEDEELTE

Deelnemers: Fortagroep/TJJ, GGZ Delfland, Impegno, Yes We Can Clinics, 's Heeren Loo, Yulius, Timon, Enver ASVZ, Pameijer, Prokino, Viersprong, Jeugdformaat, iHUB/Horizon, Parnassia, Middin

Gespreksleider: Erwin Jacobs

1. Opening

Erwin Jacobs opent de bijeenkomst om 12.56 uur. De informatie ter voorbereiding van de marktconsultatie is aan alle aanbieders toegestuurd. Jacobs schetst de planning van de aanbesteding voor de komende maanden. 1 november is de deadline voor publicatie van de documenten. Daarbij zijn er drie aandachtspunten: opdrachtverlening, aanpassingen in het arrangementenmodel en monitoring, sturing en bekostiging. Medio december hoopt GRJR de aanbiedingen te ontvangen. In de tussentijd is er voldoende tijd om vragen te stellen en te beantwoorden. Tot half januari worden de aanbiedingen beoordeeld, waarna de selectie zal plaatsvinden. Dan volgt de dialoofase die uitmondt in de definitieve voorstellen, waarna halverwege 2022 de definitieve gunning wordt gedaan. In de tweede helft van 2022 start de implementatie.

Opdrachtstructuur

In eerdere consultaties is besproken dat er gewerkt gaat worden met systeemaanbieders, prestatieaanbieders en flexaanbieders. De systeem- en prestatieaanbieders gaan in principe het gehele palet van de jeugdzorg verzorgen. De schil van flexibele aanbieders is bedoeld om de capaciteit te vergroten.

- De systeemaanbieders moeten de huidige percelen A t/m F kunnen leveren. Daarbij is het toegestaan om bepaalde dienstverlening door middel van onderaanneming aan te bieden. Dit onderaannemerschap kan worden geregeld met de prestatieaanbieders, zodat een cliënt altijd een integraal proces aangeboden kan worden. GRJR gaat afstappen van budgetplafonds, omdat die de organisatie van de jeugdzorg belemmerden.
- Prestatieaanbieders bieden specialistische hulp die elders niet geboden kan worden. Vooralsnog is alleen forensische jeugdhulp als prestatieaanbod geformuleerd. Indien nodig kan dit aanbod vandaag aangevuld worden.
- Flexaanbieders zijn bedoeld voor aanvullende capaciteit. Zij hoeven niet het integrale pakket aan te bieden.

Gesloten jeugdhulp wordt uitgesloten van de aanbesteding vanwege het extra budget dat het kabinet tot en met 2023 beschikbaar heeft gesteld.

Aanpassing arrangementenmodel

GRJR heeft besloten om het arrangementenmodel in stand te houden, maar enkele verbeteringen door te voeren naar aanleiding van de aanbevelingen in het rapport-Geurts. Aan KPMG is onafhankelijk advies gevraagd over deze aanpassingen en de gevolgen die deze wijzigingen opleveren voor de tarieven.

Monitoring/sturen/arrangeren

- Het afstappen van de budgetplafonds is spannend, omdat die het sturingsmechanisme vormen. Met het opheffen ervan zijn dus nieuwe instrumenten nodig om te beoordelen of de zorg efficiënt en effectief is. Op casus-, aanbieders-, en landschapsniveau moet hierover nagedacht worden om de zorgkosten in de hand te houden.
- Uit onderzoek van KPMG bleek dat niet alle aanbieders duidelijk inzicht in de tarieven konden geven. Om dat te verbeteren, moet de administratie soms anders ingericht worden.
- Het arrangementenmodel wordt star gevonden en wordt nu veel flexibeler aanpasbaar op wat de cliënt vraagt.
- Er wordt ingezet op versterken van het arrangeren. Wat werkt goed en waarvan kan een standaard gemaakt worden?

In drie subgroepen gaan deelnemers in gesprek over deze drie onderwerpen.

- Opdrachtenstructuur en integraliteit
- Aanpassingen arrangementenmodel
- Monitoren, sturen en arrangeren



Instellingen kunnen inschrijven voor zowel het systeemaanbod als het prestatieaanbod. De combinatie systeem- of prestatieaanbod met flexibel aanbod is niet mogelijk.

Op de vraag of een systeemaanbieder altijd een onderaannemer moet hebben, antwoordt Jacobs dat een systeemaanbieder altijd de percelen A t/m F in zijn pakket moet hebben. GRJR geeft er de voorkeur aan dat systeempartijen zoveel mogelijk zelf kunnen leveren. Geen enkele aanbieder heeft echter alle zorg in huis, dus voor bepaalde specialismen zal de systeemaanbieder dit via onderaannemerschap moeten organiseren. Als in de praktijk blijkt dat de systeemaanbieder een bepaalde vorm van zorg alsnog niet kan leveren, wordt de casus teruggestuurd naar GRJR om vervolgens een flexaanbieder in te zetten. Dit is om wachtlijsten bij de systeemaanbieders te voorkomen. Als de opdracht rechtstreeks door GRJR aan een flexaanbieder wordt gegeven, is deze verantwoordelijk voor de cliënt. Als een systeemaanbieder zorg inkoop via een onderaannemer, blijft de verantwoordelijkheid voor de cliënt bij de systeemaanbieder liggen.

Opsplitsing in deelsessies

Wijzigingen in het arrangementenmodel en de gevolgen daarvan op de tarievenstructuur (sessie B)

De sessie wordt verzorgd door Peter van Osch van de GRJR en Danny Smolders en Martijn Faber van KPMG. In deze sessie worden de aanpassingen in het arrangementenmodel besproken. Deze aanpassingen beperken zich tot de regionaal georganiseerde zorg.

A - pleegzorg

Wijziging van inzet van R1 (ondersteuning), R2 (behandeling) en R3 (begeleiding) in combinatie met pleegzorg.

In de nieuwe opdracht A kan alleen ondersteuningselement 1 in trede T1 worden aangeboden, omdat de cliënt alleen vervangende opvoeding nodig heeft. Omdat er met de cliënt normaal gesproken verder niets aan de hand is, gaat het puur om het bieden van een stabiele opvoedsituatie. De duur kan variëren van tijdelijk tot langdurig, afhankelijk van de thuissituatie en/of mogelijkheden van de ouders om de opvoeding zelf weer op te pakken. Er kan echter een situatie ontstaan waarin behalve pleegzorg ook zorg vanuit het resultaatgebied hulp nodig is. De systeemaanbieder kan dit aanbieden vanuit de resultaatgebieden R1, 2 en 3. De flexaanbieder kan ingezet worden indien er een wachttijd is bij de systeemaanbieder en de nodige hulp en ondersteuning nodig is om de continuïteit van de pleegzorg te borgen. Een aanbieder van pleegzorg kan ook als flexaanbieder gecontracteerd worden.

Opbrengst sessie 1:

- Diverse aanbieders geven aan heel blij te zijn met deze aanpassing. Wel heeft men moeite met de tekst dat met de jeugdigen in pleegzorg over het algemeen niet veel aan de hand is. Met een pleegkind is per definitie iets aan de hand, omdat het niet kan thuis wonen. Er is dan ook altijd een ondersteunende hulpbehoefte. Met de huidige tekst zouden buitenstaanders een verkeerd beeld van de pleegzorg kunnen krijgen.

- Pluryn vraagt naar de route die een kind doorloopt als het bij een systeemaanbieder op de wachtlijst staat en een flexaanbieder tijdelijk hulp gaat leveren. KPMG legt uit dat de systeemaanbieder de pleegzorg zelf kan leveren of een onderaannemer hiervoor inzet. Als dit niet lukt, kan tijdelijke zorg door een flexaanbieder worden aangeboden. Op de vraag van Timon wanneer het rechtstreeks gaat en wanneer via de systeemaanbieder, antwoordt KPMG dat de flexaanbieder nooit via onderaanneming wordt ingezet. Als de systeemaanbieder een cliënt binnenkrijgt, levert die zelf de benodigde zorg, eventueel via onderaanneming. Lukt dat niet, dan wordt de casus teruggegeven en gaat GRJR zelf rechtstreeks zorg bij een flexaanbieder inkopen.
- De tekst “een aanbieder van pleegzorg kan ook als flexaanbieder gecontracteerd worden” is verwarrend. Systeemaanbieders dienen zelf per casus te bepalen welk percentage van de zorg zij kunnen leveren. Als het merendeel zelf geleverd kan worden, dan kan de rest via een onderaannemer worden geregeld. Als de systeemaanbieder echter 80% van de zorg niet zelf kan leveren, wordt de casus bij voorkeur teruggegeven, zodat deze bij een flexaanbieder neergelegd kan worden. Het is wel mogelijk dat een aanbieder als onderaannemer voor een systeemaanbieder werkt en los daarvan ook als flexaanbieder.
- 's Heeren Loo vraagt of een systeemaanbieder bijvoorbeeld via een flexaanbieder kan uitwijken naar christelijke zorg als de cliënt daarom vraagt. KPMG antwoordt dat dit inderdaad een situatie is die kan voorkomen.
- GRJR heeft lang nagedacht over de plek waar pleegzorg kan worden neergelegd en heeft hiervoor gekozen om de afschaling van verblijfszorg gemakkelijker te kunnen regelen.
- Afgesproken wordt dat de tekst op basis van bovenstaande punten wordt aangescherpt.

Opbrengst sessie 2:

- Horizon neemt aan dat pleegzorg gecombineerd kan worden met behandeling en vraagt of dit ook geldt voor specialistische behandeling. Geantwoord wordt dat R1 en R2 lokaal zouden worden, maar dat hierover nog niet definitief is besloten. Men zich kan voorstellen dat deze toch ook regionaal worden.
- Horizon stelt dat pleegouders soms extra ondersteuning nodig hebben om een breakdown te voorkomen, zoals huishoudelijke hulp of logeeropvang. Geadviseerd wordt om de definitie wat ruim te houden, zodat de pleegzorgorganisatie meer mogelijkheden heeft om aanvullende begeleiding in te zetten. Geantwoord wordt dat dit onder R3 zou moeten vallen en dat dit aspect ter bespreking voorgelegd zal worden.

Opbrengst sessie 3:

- Jeugdformaat merkt op dat pleegzorg niet geschikt is om op- en af te schalen. Capaciteit zou daarom geen criterium mogen zijn.
- William Schrikker merkt op dat “langdurig” ongedefinieerd is. Vaak blijven kinderen tot 23 jaar in pleegzorg. Men moet dus niet denken dat de grens bij 18 jaar ligt, want dat is vaak niet zo. Geantwoord wordt dat in de huidige tekst staat dat bij voorkeur bij 18 jaar de keuze wordt voorgelegd aan de jeugdige. Dit wordt niet gewijzigd.

B – behandeling met verblijf



Het huidige perceel B2 (gesloten jeugdzorg plus) maakt geen onderdeel uit van de aanbesteding, maar wordt separaat gecontracteerd.



Opbrengst sessie 1:

- De vraag of het de intentie is om dit perceel later wel op te nemen wordt doorgespeeld naar sessie A.

Opbrengst sessie 2:

- Op de vraag of dit perceel apart wordt gecontracteerd omdat het bovenregionaal wordt opgepakt, wordt geantwoord dat voor gesloten jeugdzorg SPUK-gelden beschikbaar zijn gesteld. Daar moet de inkoop mee samenhangen. Dat is een complex geheel en GRJR wilde dit inkoopproces niet vertragen. Daarom is besloten om het uit te sluiten van de rest van de jeugdzorg.

Opbrengst sessie 3:

- Gevraagd wordt of B1 en B3 afzonderlijk behouden blijven bij behandeling met open verblijf. Daarop wordt geantwoord dat perceel B1 nu eigenlijk leeg is. Binnen B3 moeten de aanbieders alle niveaus kunnen aanbieden. Dat blijft onveranderd.
- Op de vraag of het zo blijft dat er voor alle subpercelen aparte productcodes zijn, wordt geantwoord dat dit niet verandert.

C – langdurig verblijf

In de huidige opdracht kunnen R1 en R2 niet worden toegevoegd aan arrangement C, langdurig verblijf. Voor langdurig verblijf met intensievere woonzorg is er dus geen passend arrangement. Bovendien was er behoefte aan de mogelijkheid voor behandeling op de verblijfslocatie. Opdracht C is ook bedoeld voor jeugdigen met een psychische of psychiatrisch aandoening die vervangende opvoeding nodig hebben, al dan niet met behandeling. De combinatie van treden is gewijzigd, zodat een logische opeenvolging van woonmogelijkheden ontstaat die “meegroeit” met de leeftijd van de jeugdige. De oude opdracht C2 (begeleid zelfstandig wonen) komt daarmee te vervallen.

Opbrengst sessie 1:

- Gevraagd wordt waarom er onderscheid wordt gemaakt tussen C1 en C3 als de systeemaanbieders de zorg voor het gehele perceel moeten kunnen leveren. Het wordt als probleem ervaren dat zorgaanbieders resultaatgericht moeten inkopen, maar vervolgens productgericht moeten leveren. Als een kind wat langer verblijf nodig heeft, is het aan de aanbieder om dit te bepalen, maar als er een groot verschil is tussen de tarieven voor C1 en C3, heeft dat wel flinke financiële gevolgen.
- Timon stelt dat de zorgaanbieder kinderen niet wil verplaatsen omdat de zorg in een ander subperceel valt. Het moet gaan om het resultaat en niet om het geleverde product. Geantwoord wordt dat de training voor zelfstandig wonen aan beide percelen zal worden toegevoegd. Geconcludeerd wordt dat C1 en C3 in de praktijk niet zo strikt gescheiden zijn. De wens om gewoon één C-perceel te hebben wordt meegenomen in de verdere ontwikkeling van de aanpassing. Wel moet nog even gekeken worden wat de gevolgen hiervan zijn voor de flexaanbieders.
- Een aandachtspunt is de vraag of pleegzorg goed ingevoerd kan worden als mogelijk ondersteuningselement. Hier zal nog naar gekeken worden.

Opbrengst sessie 2:

- Op de vraag of het systeem betrokken kan worden bij de beoordeling van de mogelijkheden voor later, wordt geantwoord dat dit de bedoeling is. Het is erop gericht de jeugdige richting zelfstandigheid te brengen. Er moet dus een plan liggen hoe dat gaat gebeuren.

- Horizon stelt dat langdurig verblijf met behandelcomponent wordt genoemd en vraagt in hoeverre intensieve en specialistische behandeling nog mogelijk is. Uitgelegd wordt dat dit product echt over beschermd wonen gaat. Niet het behandelen is een primair doel, maar het realiseren van zelfredzaamheid.
- Horizon stelt dat men in de C4-doelgroep meer behandeling nodig heeft. Dat zie je ook in C3-verblijf, bij cliënten voor wie de route naar huis niet mogelijk is. Op de vraag of het behandelcomponent voldoende geborgd is, wordt geantwoord dat het product primair gericht is op zelfredzaamheid, maar dat behandeling mogelijk blijft.
- Horizon heeft een doelgroep die een beetje vergeten lijkt te zijn in de vorige aanbesteding, namelijk kinderen die een lange behandeling nodig hebben en geen perspectief hebben. Zij komen dus niet voor C-4 pleegzorg in aanmerking. Gevraagd wordt waar deze doelgroep thuishoort. Daarop wordt geantwoord dat de zorgaanbieder de benodigde behandeling kan laten meelopen, maar dat het geen primaire behandelsetting is. Horizon reageert dat men het ook zo ziet, maar bezorgd is omdat de behandelcomponent soms duurder is dan vooraf ingeschat. Hoe is specialistische ggz-behandeling verdisconteerd in deze setting? Op de opmerking dat dit een overgang is van B-3 naar lichtere zorg, reageert Horizon dat de zorg voor deze doelgroep niet lichter wordt. De behandeling blijft even effectief. Als je de zorgvraag leidend houdt, moet je steeds kijken wat de potentie is, omdat die kan fluctueren, voegt Parnassia eraan toe. Geconcludeerd wordt dat het belangrijk is dat behandeling blijvend ingezet kan worden. ASVZ heeft zo'n zelfde doelgroep en stelt dat het een bekend onderwerp is waar meerdere instellingen mee kampen. Toegezegd wordt dat de tekst zal worden aangescherpt, zodat er geen nieuw schot ontstaat. Horizon benadrukt dat de doelgroep € 3.500 per week kost, wat niet wordt gedekt met deze bekostiging. Bij Horizon gaat het om circa 25 kinderen. Op de vraag wat wordt verstaan onder langdurige behandeling, antwoordt Horizon dat het gaat om 10 tot 18 jaar zeer intensieve begeleiding en behandeling. Het is een doelgroep die anders naar gesloten jeugdzorg zou gaan, maar door kleinschalige zorg en behandeling eruit gehouden wordt.

Opbrengst sessie 3:

- Middin vindt het erg ingewikkelde combinaties.
- Pameijer vraagt naar de zorgcontinuïteit; kunnen cliënten van C2 in C1 terecht komen als C2 vervalt? KPMG antwoordt dat in elk perceel zelfstandig wonen terecht moet kunnen komen en dat overwogen zal worden om C1 en C2 samen te voegen, zoals in de vorige sessie is voorgesteld.
- Over diverse combinaties wordt opgemerkt dat ze niet veel voorkomen. Daghulp gecombineerd met verblijf is bijvoorbeeld een vreemde combinatie.

D – dagbehandeling

Volgens de vorige opdracht werd dagopvang ter vervanging van onderwijs, werk en naschoolse opvang vanaf 2023 lokaal wordt ingekocht. Het arrangeren van daghulp en -behandeling blijkt in de praktijk lastig door de vele mogelijke combinaties in resultaatgebieden en treden. Om de eenduidigheid te verhogen en het arrangeren te vereenvoudigen wordt binnen het huidige model gekeken wat logische en veel voorkomende combinaties zijn.

Opbrengst sessie 1:

- Opgemerkt wordt dat de zin “ter vervanging van onderwijs ...”, iedereen uitsluit, waardoor de doelgroep letterlijk gezien doelgroep nul is.

- Er zijn enorm veel combinaties mogelijk, waardoor het veel werk is om deze te bundelen. Gevraagd wordt of het doel is dat er een aantal standaardarrangementen komen. Daarop wordt geantwoord dat van veel kinderen al duidelijk is welke zorg ze langdurig nodig hebben. Om te voorkomen dat er eindeloos gediscussieerd wordt over het arrangement, is de wens om dit in één keer vast te stellen. Uiteindelijk wil je de oplossing van het probleem vergoeden en niet allerlei losse componenten.
- Timon biedt hoog-specialistische zorg aan kinderen die lang thuiszitten. Deze zorg vervangt scholing. Gevraagd wordt waar dat thuishoort: bij hoog-specialistische hulp of bij vervanging voor onderwijs. Deze vraag kan beter bij sessie A gesteld worden. Zorg die gericht is op dagbehandeling en diagnostiek wordt op regionaal niveau georganiseerd, de rest op lokaal niveau.
- Op de vraag hoe het zit met de doelgroep t/m 4 jaar die nog geen onderwijs krijgt, wordt geantwoord dat de tekst hierop nog aangescherpt zal worden.
- Als er lokaal geen budgetplafonds komen, geeft dat volgens Timon een prikkel om specialistische zorg op regionaal niveau te blijven bieden. Om dat te voorkomen zouden op lokaal niveau ook de budgetplafonds eraf gehaald moeten worden. Andere deelnemers zijn het ermee eens dat de afstemming tussen regionale en lokale inkoop cruciaal is en dat voorkomen moet worden dat er een nieuw schot ontstaat door bij de een het plafond af te schaffen en bij de ander niet.
- Yulius voorziet een knelpunt met arrangement D. Een kind krijgt soms een jaar of langer begeleiding via een pgb. Yulius moet dat pgb overnemen, wat heel lastig is. Omdat er weinig afstemming is tussen lokale en regionale contractaanbieders zijn dergelijke problemen heel lastig op te lossen. Deze hoort vraag bij sessie C.

Opbrengst sessie 2:

- Parnassia is blij dat er meer eenduidigheid komt, maar denkt dat het op lokaal niveau niet gemakkelijk is. Het zal een enorme zoektocht worden om te weten hoe het bij alle gemeenten zit. Het streven is dus goed, maar het vraagt veel sturing.
- Horizon vindt de tekst niet helder. Er wordt gesproken over eenduidigheid, maar er is nu eenmaal heel veel variatie. Om een goede daglocatie te hebben moet je het regionaal organiseren. En hoort onderwijs er nu wel of niet in als eis? Dat is niet helder, maar wel cruciaal. Geantwoord wordt dat de afbakening inderdaad nog aanscherping behoeft. Deze vraag is in de vorige ronde echter al doorgespeeld naar sessie A over de indeling van het arrangement.
- Parnassia voegt eraan toe dat dagopvang vooral lokaal georganiseerd wordt, maar onderwijs vaak niet, terwijl die verbinding cruciaal is.
- Horizon merkt op dat in de regiovisie staat dat onderwijs op één staat, omdat dit het perspectief vormt voor het kind. Hoe is het dan mogelijk om dagopvang te organiseren zonder onderwijs? De gemeente legt uit dat men bezig is met de regiovisie en dat samen met het regionaal samenwerkingsverband wordt gekeken naar de verbinding tussen jeugdhulp en onderwijs. Via inkoop wordt ook gekeken naar het regiemodel. Bij voorkeur gaat het lokale netwerk samenwerken met specialisten zoals huisartsen dat met specialisten doen, zodat matched care ontstaat.
- Parnassia noemt onderwijs de kritische succesfactor, maar stelt dat het heel moeilijk is om goede afspraken met het onderwijs te maken.
- Horizon stelt dat er nu een knip lijkt te zijn voor dagbehandeling tussen lokaal en regionaal. Ze adviseert om onderwijs in beide te houden. Samenwerking met de school van herkomst is cruciaal, maar staat los van de

dagbehandeling. KPMG zal de geuite zorgen meenemen in de overweging om te komen tot een definitieve versie.

Opbrengst sessie 3:

- KPMG merkt op dat in de vorige sessies een uitgebreide discussie plaatsvond over wat lokaal en wat regionaal wordt belegd.
- Pameijer vraagt aandacht voor jongeren die soms ergens verblijven waar zij niet naar school kunnen, maar wel dagbehandeling nodig hebben. Dit was altijd heel ingewikkeld, omdat dagbehandeling lokaal is en verblijf regionaal, terwijl een kind maar één arrangement kan krijgen. Je wilt echter ook niet stapelen, want dan lopen de kosten op. Gevraagd wordt hoe dat in het nieuwe arrangement geregeld kan worden, zodat ondersteuning met verblijf mogelijk wordt.

E – ambulante hulp

Treden 1 en 2 van R2 worden vanaf 2023 lokaal ingekocht. In het nieuwe arrangementenmodel worden treden voor ambulante behandeling in perceel E beschikbaar gesteld, waardoor het mogelijk is om intensievere ambulante behandeltrajecten te vergoeden.

Opbrengst sessie 1:

- Timon waardeert deze aanpassing, omdat deze het B-perceel erg kan ontlasten. Vaak wordt de combinatie van R2 en R3 gemaakt. Gevraagd wordt of dat beperkend of kostenverhogend is. KPMG antwoordt dat de combinatie met resultaatgebied 3 gewoon mogelijk moet blijven. Timon denkt dat trede 3 wel beschikbaar moet blijven en vraagt of dat klopt. Geconcludeerd wordt dat dit punt nog aandacht verdient en bij sessie C ingebracht kan worden.

Opbrengst sessie 2:

- Parnassia vindt het een goede aanpassing dat behandeling thuis onder E kan gaan vallen. Ook Horizon is heel positief over de wijziging.
- Fortagroep heeft in E te maken met meerdere resultaatgebieden en vreest dat het proces ingewikkelder wordt als 1 en 2 lokaal worden ingekocht. Als het ene lokaal en het andere regionaal worden ingekocht, ontstaan er twee losse trajecten, wat niet goed is voor de cliënt. KPMG antwoordt dat het voorkomen van schotten nog een aandachtspunt is.
- Parnassia denkt dat het ook gaat om de deskundigheid van lokale teams. Daar zou meer eenduidigheid in moeten komen. Het lokale team bepaalt het resultaatgebied en dat is nogal een opgave. Parnassia is bezorgd hierover, want nu ontstaat er vaak vertraging bij de lokale teams. In de huidige situatie is niet de zorgvraag leidend, maar de procedure van wie wat kan leveren. Daarin zijn heel grote verschillen.
- Fortagroep kan zich voorstellen dat het idee was dat op het moment dat er aanmelding komt, ook duidelijk is afgegeven wat het arrangement moet zijn. In de praktijk verloopt dat echter heel anders, mede door de wachtlijsten. Een aantal gemeenten houdt er strikt aan vast, maar de meeste vragen gewoon wat er nodig is. Er is ook een groot tijdsverschil door de wachtlijsten. Geantwoord wordt dat het verbeteren van het arrangement bij sessie C hoort.
- Horizon vraagt of het mogelijk wordt om tegelijkertijd een lokaal en een regionaal arrangement aan te bieden. KPMG antwoordt dat de arrangementen inderdaad parallel kunnen lopen. Horizon hoopt dat de regio dan inzichtelijk kan houden welke arrangementen zijn ingezet. Parnassia merkt op dat alle gemeenten nu bezig zijn met inkopen. Horizon waarschuwt voor een schot tussen lokale en regionale zorg en vraagt of het mogelijk is om aan één arrangement twee BSN-nummers te koppelen. Systeemgerichte

interventies moeten bijvoorbeeld aan een BSN-nummer gekoppeld worden, terwijl je vaak meerdere kinderen uit één gezin hebt. Het lijkt een detail, maar het is heel belangrijk dat dit technisch mogelijk wordt. KPMG antwoordt dat dit een aspect is voor sessie C.

Opbrengst sessie 3:

- Middin verwacht veel heen en weer schuiven als trede 1 lokaal en de rest regionaal aangeboden wordt. Met trede 1 en 2 kun je niet veel. Als er diagnostiek en behandeling nodig is, is lokale zorg dus niet mogelijk. Als je tot en met trede 4 lokaal mogelijk maakt, worden autisme en andere veel voorkomende problemen op lokaal niveau aangeboden. KPMG vraagt of het gewenst is dat gemeenten diagnostiek in hun opdracht opnemen. Middin vindt van wel, omdat het er op regionaal niveau uitgehaald wordt. De knip tussen enerzijds trede 1 en 2 en anderzijds 3 en 4 leidt tot te veel versnippering. KPMG zal dit meenemen als belangrijk aandachtspunt.

F – crisis

Er wordt een duidelijker onderscheid aangebracht tussen een crisisbed en een bed in B4 (gesloten behandelsetting). In het arrangementenmodel is daarom opgenomen dat crisisopname in F tot doel heeft het managen en/of doen verminderen van de crisissituatie en alleen plaatsvindt als de crisissituatie en/of veiligheid van de jeugdige opname verlangt. Als er na de crisisopname klinische opname nodig is, wordt de cliënt opgenomen bij een aanbieder uit perceel B. Als de systeemaanbieder een wachtlijst heeft, wordt gezocht naar een plek bij een flex- of prestatieaanbieder of wordt de crisisopname verlengd met maximaal vier weken. Aan bestaande cliënten moeten systeemaanbieders zelf passende hulp bij crisis bieden binnen het eigen aanbod van jeugdhulp.

Opbrengst sessie 1:

- Enver vindt het niet verstandig om de crisisopvang bij de systeemaanbieders te leggen. Door het verdelen van de verantwoordelijkheid over meerdere partijen, ontstaat weer de situatie van voor 2018. Enkele andere aanbieders vinden het juist prima, omdat er via de normale medische verwijslijnen wordt doorverwezen.
- Er wordt gevreesd dat het aantal bedden zal exploderen, omdat alle systeemaanbieders bedden gaan reserveren voor crisisopvang.
- Enver merkt op dat de regel alleen op het aantal bedden gericht is, maar veel breder zou moeten zijn. Beter zou het zijn om er een prestatieopdracht van te maken of via losse inkoop te werken.

Opbrengst sessie 2:

- Yes We Can Clinics vraagt of de zorg na crisisopname bij de systeemaanbieder op hetzelfde arrangement geschreven kan worden. Dit aspect hoort thuis in sessie C, hoewel niet zeker is of dit een omzetting vergt.
- Parnassia en Fortagroep vinden het onderscheid tussen crisis en spoed niet duidelijk en adviseren om dit beter te definiëren. In E zit namelijk ook spoedzorg. Geantwoord wordt dat crisisbedden alleen over verblijf gaan.
- Parnassia vraagt of het ook gaat om bedden met ggz-problematiek? De gemeente legt uit dat de systeemaanbieder de crisisopvang regelt als de cliënt al bekend is in E. Voor cliënten waar geen plek voor is, draait er momenteel een pilot met alle aanbieders.
- Horizon vraagt of het klopt dat alle systeemaanbieders crisiszorg moeten kunnen bieden. KPMG antwoordt dat dit klopt, maar dat de systeemaanbieder wel via onderaanneming mag werken. De systeemaanbieder blijft echter verantwoordelijk voor de opvang.

- Horizon vraagt of de regio een crisisplan gaat uitwerken of dat alle aanbieders dit zelf moeten regelen. Geantwoord wordt dat de verantwoordelijkheid ligt bij de systeemaanbieders.

Opbrengst sessie 3:

- William Schrikker vraagt of de systeemaanbieder de crisisaanpak zelf moet kunnen leveren of dat dit geregeld wordt via de flexaanbieders. De gemeente antwoordt dat er onderscheid wordt gemaakt tussen bestaande cliënten van de systeemaanbieder en onbekende cliënten. William Schrikker concludeert dat ervan uitgegaan wordt dat de systeemaanbieders geen wachtlijst hebben voor interne cliënten.
- Gevraagd wordt of de flexaanbieder en de overbruggingszorgaanbieder dezelfde zijn. KPMG antwoordt dat de systeemaanbieder regie heeft over zijn cliënten, maar wel kan terugvallen op onderaannemers om capaciteitsproblemen op te lossen. De flexaanbieder is alleen bedoeld als noodoplossing.
- Vaak hebben kinderen in crisis ook een justitiële titel, waardoor ze onder forensische zorg vallen. De vraag is hoe die twee opdrachten met elkaar communiceren; wat was er eerder en kunnen ze parallel aan elkaar lopen?
- Jeugdformaat vraagt wat er gebeurt als er vier weken na de crisis geen plek beschikbaar is. KPMG antwoordt dat de systeemaanbieder vanuit alle percelen zorg moet kunnen leveren, maar vol is vol. Na vier weken moet de systeemaanbieder met zijn onderaannemers een structurele oplossing vinden of de casus teruggeven. Jeugdformaat kan zich voorstellen dat het onwenselijk is om een cliënt naar een andere aanbieder te laten gaan. De reactie hierop is dat men een kind ook niet te lang op een crisisbed wil hebben. Jeugdformaat heeft hier begrip voor, maar beschouwt dit als een openeinderegeling: wat doe je na acht weken? Geantwoord wordt dat de cliënt na vier weken moet worden overgeheveld. Lukt dat niet, dan wordt een flexaanbieder ingeschakeld.
- Gevraagd wordt waarom een periode van vier weken wordt gehanteerd als de verantwoordelijkheid bij de systeemaanbieder ligt. De prikkel ligt dan immers al bij de aanbieder.
- Het is niet helemaal duidelijk wanneer men spreekt van een interne cliënt. Middin vraagt of iemand een interne cliënt is, zodra een zorginstelling crisiszorg verleent. In dat geval zou de systeemaanbieder altijd verantwoordelijk zijn voor de verdere opvang. Geconcludeerd wordt dat de tekst duidelijker geformuleerd moet worden op dit punt.
- Sommige jongeren op een crisisbed hebben andere zorg nodig dan de systeemaanbieders kunnen leveren. Dat los je niet op door systeemaanbieders integraal verantwoordelijk te maken. Voor sommige cliënten is het nodig om ver weg, buiten hun criminele circuit, behandeld te worden.
- Sommige deelnemers zien een probleem met de uitvoering van de crisisopvang: welke instelling neemt iemand op?
- Middin veronderstelt dat iedere systeemaanbieder crisisopvang geregeld moet hebben, terwijl dat nu vaak onderling wordt verdeeld. Verwacht wordt dat iedereen zijn eigen opvang gaat inrichten, om de levering te waarborgen. Dat zal sommige aanbieders duurder maken. KPMG zal dit punt meenemen, want het is niet de bedoeling dat iedereen het zelf gaat doen. Systeemaanbieders zijn verantwoordelijk om het te organiseren, maar het kan wel gezamenlijk opgepakt worden.
- Gevraagd wordt hoe vaak instellingen als onderaannemer bij een systeemaanbieder kunnen inschrijven en of instellingen zowel onderaannemer als systeemaanbieder mogen zijn. De gemeente antwoordt

dat zorgaanbieders één keer mogen inschrijven als hoofdaannemer. De spelregels voor onderaanneming zijn nog niet vastgesteld. In theorie is het niet verboden om voor beide in te schrijven, maar de afzonderlijke gemeenten kunnen dit wel verbieden.

Afsluiting

KPMG vraagt de deelnemers of zij nog vragen of opmerkingen hebben over de aanpassingen.

- Over B heeft Enver eerder voorgesteld om het ondersteuningselement uit te zetten, omdat dit het geheel flexibeler maakt. KPMG zegt toe dit te overwegen in de advisering.
- Gevraagd wordt waarom Enver negatief reageerde op het regelen van crisisbedden via onderaanneming. Enver antwoordt dat het hier niets op tegen heeft, maar dat het onzeker is of het gaat gebeuren. De zorgaanbieder is afhankelijk van andere partijen en heeft er geen sturing op dat het wordt geregeld.
- Over het algemeen zijn de deelnemers blij dat is besloten om het arrangementenmodel aan te passen en niet geheel te vernieuwen; het is goed om de goede dingen te behouden en alleen de pijnpunten aan te pakken.
- Men vindt de inschrijftijd kort voor zo'n belangrijke opdracht. Ondanks het feit dat er in het traject geen grote verrassingen zijn, is het toch lastig en tijdrovend om in te schrijven.

De bijeenkomst wordt beëindigd om 16.15 uur.

