

## **Verslag marktconsultaties Inkoop jeugdhulp 2025**

**Woensdag 28 Juni 2023**

### **Inleiding**

Doel van deze marktconsultatie: OZJT wil graag verschillende belangstellende partijen raadplegen in verband met de aankomende aanbesteding Jeugdzorg 2025. De kennis die hier opgedaan wordt, wordt gebruikt als input voor de inkoop Jeugdhulp 2025.

Aanbieders zijn via Merzell en het Zorgportaal uitgenodigd voor deze fysieke marktconsultatie. Aanbieders zijn verdeeld over 8 groepen van ieder zo'n 15 aanbieders. Om te zorgen dat iedereen gelijke kansen krijgt en in het kader van een transparante en objectieve werkwijze, wordt het verslag van deze marktconsultatie openbaar gepubliceerd.

Deze marktconsultatie gaat over de Inkoop Jeugdhulp en nadrukkelijk niet over de Wmo.

De gespreksonderwerpen van vandaag komen voort uit de door de projectgroepen 'Inkoop Jeugdhulp 2025' opgestelde inkoopstrategieën voor alle segmenten. Dit document en de marktconsultatie van vandaag zijn beide onderdeel van de voorbereiding op de inkoop Jeugdhulp 2025.

### **Gespreksonderwerpen in deze marktconsultatie:**

1. Bekostiging (segmenten wonen en verblijf)
2. Op- en afschalen binnen en tussen segmenten (segmenten wonen, verblijf, crisis en ambulante)
3. Ambulante alternatieven voor verblijf
4. Advies en Expertise (segment advies & expertise)
5. Coördinatiepunt (segmenten wonen en verblijf)
6. Diverse thema's (segment crisis)

Gespreksonderwerpen genoemd bij punt 1 en 2 worden in twee sessies besproken.

### **Vragen en marktconsultaties per segment:**

1. Bekostiging

In de inkoopstrategieën (fase 2 van de inkoop jeugdhulp in Twente, OZJT/Samen14) voor de segmenten wonen, verblijf en crisisverblijf is aangegeven dat de bekostiging woon- en verblijfsplekken inspanningsgericht (P\*Q) zal plaatsvinden. Hierbij staat de P voor de prijs per etmaal en de Q voor het volume in etmalen. De prijs is het tarief dat, mede doormiddel van een uit te voeren tarievenonderzoek, nog zal worden bepaald. Naast de inspanningsgerichte bekostiging is voor z.g. kritische functies in het verblijfslandschap (denk hierbij aan crisisplekken en hoog specialistische jeugdhulp verblijfsplekken) de mogelijkheid van beschikbaarheidsbekostiging (taakgerichte bekostiging) genoemd. Deze laatste vorm van bekostiging zal vaak tot stand komen via bovenregionale afstemming, omdat jeugdigen uit meerdere regio's van deze voorzieningen gebruik maken.

#### (Hoog specialistische) Woon- en behandelgroepen:

OZJT is voornemens om bij die nadere uitwerking gebruik te maken van de zogenaamde verblijfsintensiteiten. Dit betreft een model waarbij het aantal uren/fte-groepsbegeleiding die aanwezig zijn (rooster) in een woon- en/of verblijfsgroep, leiden tot een indeling in een aantal categorieën. Dit noemen we de verblijfsintensiteiten. De intensiteit is feitelijk het aantal netto roosteruren per jeugdige per etmaal dat feitelijk per groep wordt ingezet. Netto roosteruren

betekent dat het gaat om de uren die daadwerkelijk aan het werken op de groep worden besteed.

#### Voorbeeld:

Stel een groep vergt een inzet van 200 uur groepsbegeleiding voor een week (te bepalen aan de hand van een bezettingsrooster) en in de groep zijn 6 plekken voor jeugdigen. De zogenaamde (begeleidings)intensiteit (inzet groepsleiding) komt dan neer op 200 uur/6 plekken/7 etmalen per week = 3,6.

Zo kan voor elke groep een waarde worden bepaald. Deze waarden (in een bepaalde bandbreedte) maken dan een verblijfsintensiteit. Bij de verblijfsintensiteiten wordt gewerkt met een bandbreedte, zodat het mogelijk is tot een overzicht aantal te komen. Deze methodiek zullen wij tijdens de marktconsultatie nog nader toelichten.

Het bepalen van een tarief per verblijfsintensiteit wordt gedaan met hulp van normen voor de personele inzet groepsleiding (op basis van de bepaalde intensiteit) (cao-loonschaal), functiemix (MBO/HBO), functie gedragswetenschapper, huisvesting, verzorgingskosten, overhead en risico-opslag.

#### Pleegzorg:

Voor pleegzorg is deze methodiek minder geschikt. Dat kan wel een plek krijgen in het model, maar het uitgangspunt daarbij is feitelijk gelijk aan de huidige bekostigingswijze (P\*Q) met een etmaalsprijs, voor het onderdeel pleegoudervergoeding is gebaseerd op landelijke normen.

#### Gezinshuizen:

Voor gezinshuizen kan ook de methodiek van verblijfsintensiteiten worden gebruikt. Het is ook mogelijk om te kiezen voor maatwerk via de landelijke rekentool (rekentool invullen per gezinshuis, ieder gezinshuis krijgen eigen maatwerk tarief). Het onderbrengen in de methodiek van verblijfsintensiteiten heeft onze voorkeur (1 methodiek voor alle vormen van wonen en verblijf).

#### **Waarom deze methodiek?**

- Het is een objectieve en verifieerbare methodiek. Objectief, want vast te stellen per groep per aanbieder welke begeleiding aanwezig is per groep. Verifieerbaar via een rooster.
- Discussies tussen (gemeentelijke) toegang en aanbieders worden sterk beperkt. Een plek in een bepaalde groep staat via de verblijfsintensiteit voor een tarief. Per groep is vooraf aangegeven (bij inschrijving) om welke inhoudelijke jeugdhulp het gaat, wat voor type groep het is. Plaatsing gaat in onderlinge afstemming op basis van een analyse. Belangrijk is dat de plaatsing in één keer raak is, zodat verplaatsingen worden voorkomen (inzicht via sociale kaart van woon- en verblijfsgroepen die gevoed wordt door de informatie die bij inschrijving wordt opgehaald).
- In de pure uitvoering zijn verblijfsintensiteit niet zorginhoudelijk "geladen". Meerdere type jeugdhulp kunnen onder een bepaalde intensiteit vallen. Hierdoor kan het aantal beperkt blijven (beperkt aantal administratieve codes). Als gekozen wordt om zorginhoud (beleidsinformatie) toe te voegen, dan kan dat via productcodes. Dit leidt uiteraard wel tot een uitgebreidere set van codes (dan de zuivere verblijfsintensiteiten).
- Door te werken met een beperkte bandbreedte zullen kostprijzen en tarieven beter op elkaar kunnen aansluiten. Het tarief is daardoor meestal passend.
- Via normen per verblijfsintensiteit kunnen we komen tot tarieven die efficiency ondersteunen.
- Een hogere intensiteit betekent een hoger tarief, want ook meer kosten (niet meer winst). Relatie is eenduidig.

- Er kunnen zowel grote als kleine groepen mee worden bekostigd (ondersteunt de beleidsontwikkeling naar kleinere groepen voor hoog-specialistische jeugdhulp)
- Omliggende regio's gebruiken deze methodiek ook (o.a. in IJsselland, midden IJssel/Oost Veluwe en Midden-Gelderland). Hierdoor ontstaat voor aanbieders die in meerdere regio's werken een systematiek, waardoor administratieve lasten beperkt kunnen blijven.

Vragen aan de markt:

1. (Her)kent u de methodiek?
2. Hoe kijkt u aan tegen de methodiek?
3. Heeft u ervaring met de methodiek, zo ja welke?
4. Kunt u zich vinden in onze afwegingen, heeft u daar nog toevoegingen op?

### **Marktconsultatie<sup>1</sup> bekostiging: *Onderstaand betreft de verslaglegging van sessie 1 van de bekostiging***

15 van de 15 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

De aanbieders die in regio's werken waar de systematiek met verblijfsintensiteiten operationeel is, herkennen de systematiek. Zij geven aan dat met name de implementatie van het systeem zeer veel tijd vergt en hier aandacht voor moet zijn. Binnen het implementatieplan moet ook een goede afweging zijn rondom het overzetten van beschikkingen. Welke lopen bijvoorbeeld nog een jaar door en welke dienen direct omgezet worden. Voor een goede implementatie moeten alle verwijzers (gemeenten en GI's) goed op de hoogte zijn zodat de juiste intensiteit in de beschikking of bepaling opgenomen kan worden, waardoor het administratieve proces soepel kan verlopen.

De ervaring is ook dat deze wijze van bekostiging na juiste implementatie goed werkt en zuiver is.

Het op- en afschalen is bij de bekostiging middels verblijfsintensiteiten niet aan de orde omdat het om een gemiddelde inzet gaat waardoor fluctuaties worden opgevangen. Alleen in zeer uitzonderlijke situaties kan maatwerk worden afgesproken met de verwijzer.

Behandeling en therapie tijdens het wonen/verblijf dient wel separaat beschikt te worden naast de verblijfsintensiteit.

Vanuit de ervaring met IJsselland komt het signaal dat het logeren/deeltijdverblijf aandacht behoeft binnen deze systematiek. IJsselland heeft aanpassingen gedaan binnen de systematiek waarnaar gekeken kan worden.

Tijdens de bijeenkomst wordt ook aandacht gevraagd voor de landelijke handreiking pleegzorg en het aansluiten hierop behoeft de voorkeur ten behoeve van de uniformiteit.

Tevens komt de tip om een lijst te maken van alle documenten ten behoeve van de inschrijving zodat deze op voorhand verzameld kunnen worden alvorens gestart wordt met de daadwerkelijke inschrijving. Dit vergemakkelijkt het proces voor de aanbieder.

## **Marktconsultatie sessie 2: Onderstaand betreft de verslaglegging van sessie 2 van de bekostiging**

10 van de 11 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

Deeltijdverblijf is niet duurzaam, vandaar dat het niet onder wonen valt. Het valt weliswaar onder twee verschillende segmenten, maar qua bekostigingssystematiek is deeltijdverblijf gelijk aan wonen.

Vraag is hoe het dan zit met crisisverblijf met ambulante alternatieven. Dat valt in twee verschillende procedures (aanbestedingsprocedure en toelatingsprocedure met voorwaarden). Op crisisbedden wordt door de aanbesteding derhalve geselecteerd en is het mogelijk om hierop uit te vallen, terwijl dit als één pakket aangeboden wordt. De insteek is tenslotte om de bedden door ambulante alternatieven zo leeg mogelijk te houden. OZJT ziet het dilemma en neemt dit mee om verder uit te werken.

Basisbegeleiding maakt onderdeel uit van wonen en verblijf. Is daarnaast individuele begeleiding nodig, dan wordt dat maatwerk. In dat geval kan het voorkomen dat men met gemeente Almelo, die begeleiding niet regionaal aanbesteedt, moet schakelen dan wel met gemeente Hengelo waarvoor hetzelfde geldt. Door de markt wordt opgemerkt dat het voor op- en afschalen van de zorg prettiger zou zijn dit binnen één contract te regelen, zodat wanneer een combinatie nodig is sneller geschakeld kan worden. Vriendelijk verzoek dit ook aan gemeente Almelo voor te leggen.

Aangaande de dagelijkse behandeling binnen wonen en verblijf, wordt in het tarief rekening gehouden door het toevoegen van X-fte gedragswetenschapper. De markt merkt op dat bij de GGZ er geen gedragswetenschapper bij in zit. Tevens wordt aangegeven dat in IJsselland voor de GGZ dan ook een andere bekostigingsstructuur wordt toegepast dan voor de rest. Verzocht wordt om uniformiteit over de regio's heen voor de GGZ. Liever niet iets nieuws, iets anders bedenken voor de regio Twente. OZJT geeft aan dat de insteek is dat er één structuur voor heel wonen en verblijf komt, maar neemt dit punt ziend op de GGZ mee in haar afweging.

Het is bekend dat sommige aanbieders niet enkel gebouw gebonden kosten hebben, maar ook terrein gebonden kosten die niet direct toegewezen kunnen worden aan de groepen. Daar wordt op teruggekomen.

De insteek is dat groepen kleiner worden. Vraag is dan ook of er nog een extra intensiteit bij komt. OZJT onderkent dat dit de consequentie zal zijn, nu door het kleiner worden van de groepen de intensiteit van de zorg kan stijgen. Er bestaat dan ook de mogelijkheid om nog intensiteiten toe te voegen.

Er zijn diverse aanbieders die reeds ervaring hebben met de voorgestelde bekostigingsstructuur in andere regio's. Zij achten dit passender dan bekostiging op 'dakjes' en OB's. Hoewel er ook nog wel vragen over blijven, zoals het toetsen aan het zorglandschap (rond rekenen) wat een lastige exercitie is. Er wordt aangegeven dat ook OZJT deze toets zal uitvoeren, ook om acceptatie van de systematiek te creëren. Maar er wordt daarbij niet aan allerlei sleutels gedraaid waardoor het systeem niet meer overeind zou blijven. Daarenboven is ook OZJT gebonden aan reële tarieven.

Een andere ervaring leert dat ook tariefdifferentiatie wordt toegepast, naar gelang het een grote dan wel een kleine aanbieder betreft. Of wanneer men een systeemaanbieder is. OZJT merkt op dat tariefdifferentiatie niet gelinkt zal worden aan de grootte van de aanbieder. Er zijn wel andere zaken, zoals extra en andersoortig werk dat tariefdifferentiatie met zich kan brengen. In september wordt daarop en op de GGZ teruggekomen.

Ook wordt aangegeven dat de stapeling van bijvoorbeeld gezinshuizen met kortdurend verblijf, het stapelen van behandelgroepen, nog niet goed is uitgewerkt in andere regio's. Verzoek om hier kritisch naar te kijken nu dit nog niet is uitontwikkeld. OZJT geeft aan dat de bekostigingssystematiek niet 1-op-1 gekopieerd zal worden en hier aandacht voor te hebben.

Nu kinderen qua complexiteit in zorg, gemixt in gezinshuizen worden geplaatst om zo de werklust te verdelen, wordt nu verzocht om een zorgintensiteit op kindniveau. OZJT geeft aan dat bekostiging op basis van passendheid van het gezinshuis voor kind wordt voorgestaan. Als een kind past vanwege de problematiek verandert er niets aan de intensiteit op het verblijf. Dus er zullen geen verschillende intensiteiten op kindniveau worden uitgewerkt.

Om instroom in zwaardere zorg te voorkomen en uitstroom te verbeteren zullen er extra voorzieningen in bijvoorbeeld een gezinshuis moeten worden ingezet. OZJT geeft aan dat de toegang meegenomen moet worden dat dit soort situaties zich voordoen en dat er af en toe extra maatwerk op wonen en verblijf moet worden ingezet.

Vraag is of Twente wederom regiogebondenheid van de aanbieders zal vragen bij wonen en verblijf. OZJT geeft aan dat hierop spanning zit, nu het niet opgenomen kan worden als gunningscriterium, maar de doelstelling wel is dat zorg zo dichtbij mogelijk wordt geboden. Daarnaast wordt zorg binnen wonen en verblijf afgebouwd, dus zullen er minder locaties zijn. Daar dient door OZJT kritisch naar gekeken te worden.

Als het gaat om de ervaring van beschikbaarheidsbekostiging geeft de markt mee dat dit heel prettig werkt. Je kunt daarmee de inhoudelijke beweging op lange termijn neerzetten. OZJT geeft aan dat die lijn in deze inkoop ook zal worden doorgetrokken.

Vragen uit eerdere marktconsultaties zijn nog niet beantwoord en terugkoppeling daarvan vóór besluitvorming wordt gemist. Ook het verzoek om voorafgaand aan de consultatie de documenten te delen, dan wel aan verwachtingsmanagement te doen zodat hierop door de aanbieders geacteerd kan worden. OZJT neemt dit mee en zal eerdere vragen daar waar die niet zijn beantwoord vanwege het vroege stadium waarin vragen werden gesteld alsnog beantwoorden.

Er wordt aangegeven dat het fijn zou zijn om tussentijds bij te kunnen sturen op het contract en de intensiteiten. Het landschap gaat tenslotte veranderen de komende jaren. OZJT geeft aan de wens te snappen en de zorgintensiteiten zijn op zich flexibel genoeg. Wel dient één en ander goed uitgezocht te worden of dit niet een geheel andere opdracht teweeg zal brengen wat feitelijk in een nieuwe procedure weggezet zal moeten worden.

Tot slot wordt aangegeven dat OZJT vanaf morgen een format uit zal zetten richting aanbieders om de tarieven te kunnen bepalen. GGZ-aanbieders vragen zich af of zij ook geacht worden het zorgintensiteiten-model in te vullen. OZJT geeft aan dat ook GGZ-aanbieders het model kunnen vullen en later wordt bezien of de GGZ ook mee kan lopen met de bekostiging op basis van zorgintensiteiten. De gegevens zijn hoe dan ook nodig om de tarieven te kunnen bepalen. Het format is hiervoor geschikt.

## **2. Op- en afschalen tussen en binnen segmenten**

**Doel:** passende ondersteuning zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig.

Uit de inkoopstrategie Ambulante Jeugdhulp komt naar voren dat we samenwerking in de keten met het oog op tijdige op- en afschaling van hulp belangrijk vinden. We verwachten met een goede ketensamenwerking een deel van de huidige knelpunten in het zorglandschap, zoals wachtlijsten en stagnatie in de uitstroom, op te lossen en te borgen dat

de jeugdigen/gezinnen die de ondersteuning het hardst nodig hebben, kunnen blijven ontvangen en een betaalbaar stelsel te borgen.

Uit de marktconsultatie van februari 2023 bleek dat samen goed op- en afschalen niet eenvoudig is. Conclusie is dat het niet makkelijk is om op- en afschalen tussen aanbieders in beeld te brengen. Enkele aanbieders hebben intentieverklaringen met collega-aanbieders hierover. Het gaat voor de regio en de aanbieders een flinke klus worden om ketensamenwerking te optimaliseren.

### **Huidige ontwikkelingen:**

Doel is om met de aanbieders te kijken op welke manier op- en afschalen kan worden versterkt.

Vragen aan de markt:

- Wat heeft de aanbieder nodig om de samenwerking gericht op op- en afschaling te vergroten? Wat zijn belangrijke randvoorwaarden die OZJT kan opnemen in de inkoop?
- Hoe gaan de aanbieders om met interne op- en afschaling? Wat zijn belangrijke randvoorwaarden?

### **Marktconsultatie:**

15 van de 15 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

Verschillende thema's komen in de gesprekken naar voren:

### **In een netwerk werken**

Opschalen en afschalen gaat vooral ook over anders werken; het werken als een netwerk. Niet doorschuiven als een casus complex is, maar juist iets toevoegen. Dit zou ook bijschalen, co-creatie of samen oplopen genoemd kunnen worden. Het werken in een hoofd-onderaannemerconstructie is daarin niet helpend, omdat men veel tijd kwijt is aan administratie of de tarifiering. De behoefte is dat hier betere voorwaarden aan gesteld worden. Verder is het belangrijk om de samenwerkingsverbanden die er nu al zijn te faciliteren. Er zijn al goede voorbeelden. Samenwerking GGZ/Ambulante jeugdzorg kan verder worden gestimuleerd.

### **Vertrouwen en ruimte**

Een ander aspect dat op -en afschalen bevordert, is het vertrouwen en regelruimte geven aan de aanbieder. Het proces rondom de beschikking en administratieve eisen die worden gesteld belemmeren dit. Het elke keer terug moeten naar de toegang of discussie of het wel of niet binnen de beschikking past, maakt het niet makkelijker. Er zijn grote verschillen qua verantwoording. Per gemeente verschilt het, en soms ook per consultant. Opvallend is dat de ene gemeente meer stuurt op financiën en de andere op zorginhoudelijk resultaat. Sturing op financiën kost veel administratie en is op lange termijn niet duurzaam. De aanbieders zouden graag vanuit meer gelijkwaardigheid en open communicatie willen werken.

### **Regievoeren**

Een aantal aanbieders geven aan dat regie van de verwijzer nodig is. Aanbieders hebben soms de behoefte om te weten wat als eerste moet gebeuren en welke rol de aanbieder daarin heeft. Er moet afgesproken worden wat de rolverdeling tussen verwijzer en aanbieder is of wanneer de rol van de aanbieder uitgespeeld is. Er moet procesregie gevoerd worden als er meerdere plannen naast elkaar liggen. Het moet iemand zijn die dit goed kan en een inhoudelijk gedreven iemand. Deze behoefte is er ook wanneer de huisarts of GI heeft verwezen.

Tegelijkertijd wordt door een andere begeleidingsaanbieder genoemd dat bij afschalen er ook op vertrouwd mag worden dat de aanbieders dit zelf kunnen organiseren. Er is dan

behoefte aan minder procesregie en afspraken met de gemeente (in een incident werd over 6 afspraken gesproken).

### **Sociale kaart en elkaar kennen**

Een overzicht hebben van wie wat doet. Dit bevordert ook het op- en afschalen. Tools, zoals werken met een beschikbaarheidswijzer, kunnen werken. Wel moet dit gepaard gaan met elkaar te kennen en korte lijntjes met elkaar hebben. Transparantie is hierbij van belang: erken de organisatiebelangen van elkaar. Aanbieders kunnen niet het hele voorliggende veld kennen. Ook hier is de verbinding met de lokale toegang van belang, zij kennen de lokale situatie. Van beide kanten kan men dit steunen. Een voorbeeld is dat een aanbieder aangeeft dat zij bij opschaling de ouders wijzen op dat er een jeugdconsulent bij moet. Deze hebben kennis van de sociale kaart van in hun gemeente.

### **Innovatie en een dekkend zorglandschap**

Afschalen wordt bemoeilijkt, omdat er geen dekkend zorglandschap is op dit moment. Er zijn in de regio wel al verschillende plekken waar informatie over hiaten in het landschap opgehaald wordt. Denk aan verschillen werkgroepen die met thema's bezig zijn, zoals jeugdzorgplus, complexe scheidingen etc. Daarnaast willen de aanbieders graag financiële en experimenteeruimte met duidelijke monitoringsvoorwaarden eraan gekoppeld om met elkaar te leren hiaten in het zorglandschap op te vullen.

### **Preventief werken**

Het is belangrijk om aan de voorkant helder en breed uit te vragen, zodat zorgen vroeg inzichtelijk zijn en opschalen kan worden voorkomen. Een breder perspectief is nodig bij de intake, bijvoorbeeld de inzet van modellen als 'Positieve Gezondheid' en de 'verklarende analyse'. Hierbij is het belangrijk om de juiste expertise aan de voorkant in te zetten.

### **Bekostiging**

Bekostiging moet ook bijdragen aan het stimuleren van samenwerking. Men wil samen de verantwoordelijkheid dragen voor een casus. Hoe bekostig je dat? Integrale bekostiging zou helpen. Verder ook dat het mogelijk is dat indicaties naast elkaar kunnen bestaan. Daarnaast is het van belang om het consulteren van elkaar als aanbieders financieel mogelijk maken. Hierbij moet er ook aandacht voor zijn dat de administratieve belasting binnen de perken wordt houden. Wel is bij jeugdzorgplus consultatie in de contracten al heel lang mogelijk. Maar de jeugdzorgplusaanbieders worden niet geconsulteerd door de collega-aanbieders. Het gaat dus niet alleen om het creëren van de mogelijkheid in de contracten maar ook gezamenlijk zo werken dat het elkaar opzoeken, het inzetten van de expertise van een ander, vanzelfsprekend wordt. Verder is het meelopen van de ene aanbieder met de andere voor een bepaalde periode soms in eerste instantie investeren, maar het levert je later meer op. De oproep aan de gemeenten is: creëer flexibiliteit in de producten zodat samen oplopen voor een bepaalde periode mogelijk is.

Samenvattend zijn de volgende punten door de aanbieders genoemd om op- en afschalen te versterken:

- Bepaal als regio speerpunten of stel leemtes in het zorglandschap vast (op basis van leidende principes samenwerkingsagenda)
- Zorg voor randvoorwaarden, zodat aanbieders met elkaar kunnen samenwerken
  - Stapelen van zorg mogelijk maken (bijschalen ter voorkoming van opschalen, of bij afschalen juist een aantal weken begeleiding naast behandeling zetten).
  - Inzet van consultatie tussen aanbieders mogelijk maken (bijvoorbeeld psychiater van andere aanbieder consulteren).
  - Creëer sociale kaart/zorg dat toegang goed op de hoogte is van de sociale kaart

- Overweeg integrale bekostiging voor specifieke netwerkorganisaties gericht op een speerpunt/leemte.
- Werk als regio en (netwerk)organisaties vanuit partnerschap met elkaar samen om doelstellingen te behalen.

### 3. Ambulante alternatieven voor verblijf

In de inkoop wordt op basis van de Regiovisie gestuurd op kleinschalige woon- en verblijfsvormen en afbouw van gesloten jeugdzorg. Daar waar mogelijk zetten we ambulante alternatieven voor verblijf in, ter voorkoming van uithuisplaatsingen of ter bevordering van een uitstroom uit verblijf. Hierbij is sprake van een relatief zware doelgroep met forse problematiek.

Het ambulante alternatief voor verblijf is in fase 3 verder uitgewerkt. In het huidige zorglandschap zijn een aantal ambulante interventies aanwezig, waarbij een bewezen effectieve interventie wordt uitgevoerd of modules met een combinatie van interventies. Hierbij kan gedacht worden aan Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG), Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) en Intensive Home Treatment (IHT). Deze interventies worden uitgevoerd door meerdere aanbieders in Twente. Daarnaast ontbreken een aantal interventies, die toegevoegd zouden kunnen worden aan het zorglandschap. Hierbij valt te denken aan: Flexible Assertive Community Treatment (Fact) Jeugd, Intensieve gezinsbehandeling thuis (IGT), Multisysteem therapie (MST), Multidimensionale Familietherapie (MDFT), Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST).

Bij deze interventies is niet standaard een bed op de achtergrond nodig. Deze interventies kunnen ook ingezet worden ter voorkoming van verblijf. Deze ambulante alternatieven zijn te vinden in het segment ambulante.

Tijdens fase 3 is een definitie opgesteld voor ambulante alternatieven voor verblijf, op basis van leidende principes uit de Regiovisie en input vanuit de uitvoering.

Ambulante alternatieven zijn interventies en diensten die worden ingezet om te voorkomen dat een jeugdige uit huis wordt geplaatst en om te bevorderen dat de jeugdige uitstroomt uit verblijf. Ze omvatten intensieve begeleiding, behandeling, oudertraining en andere ondersteunende programma's om het gezin te versterken, de veiligheid te waarborgen en de noodzaak van uithuisplaatsing te verminderen. Het doel is om het kind in zijn eigen gezin te laten blijven terwijl problemen worden aangepakt.

Ambulante alternatieven zijn gericht op het versterken van de zelfredzaamheid van de jeugdige en het gezinssysteem wanneer sprake is van:

- Complexe/ernstige problemen op meerdere domeinen (psychiatrische problematiek en/of licht verstandelijke beperking, gedragsproblemen, delinquentie, alcohol- of drugsmisbruik, ernstig antisociaal en/of grensoverschrijdend gedrag, ernstige opvoed- en opgroeioproblemen)
- Spoedeisende problemen en crisissituaties (bijvoorbeeld vanwege onveiligheid) binnen het gezinssysteem. Ambulante alternatieven die in Twente worden ingezet zijn evidence-based volgens de Databank effectieve jeugdinterventies van het NJI. Van de aanbieder wordt verwacht dat zij met deze interventies zorg kunnen leveren buiten kantooruren (24/7). Een bed als achtervang kan onderdeel zijn van de interventie maar is geen verplichting.

1. Wat vinden de aanbieders van de definitie van ambulante alternatieven?
2. Wat heeft de aanbieder nodig om ambulante alternatieven in te zetten (bijv. qua financiering en andere randvoorwaarden)?
3. Wat maakt dat aanbieders in andere regio's ambulante alternatieven aanbieden, maar niet in Twente?
4. Wat doet de aanbieder als er sprake is van een crisis? Wordt standaard een bed ingezet?
5. Welke aanvullingen hebben aanbieders op de voorliggende tekst en "producten" voor de ambulante alternatieven. Wat willen ze de projectgroep meegeven?



6. Hoe kijken de aanbieders naar voorwaarde 'evidence based' behandelmodules? Wat willen jullie hierop meegeven (o.a. kwaliteitseisen)?

**Marktconsultatie:**

15 van de 15 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

Uit het gesprek komen de volgende punten naar voren:

- **Netwerkorganisatie:** Er is veel vanuit methoden gedacht in de definitie ambulante alternatieven. Men ervaart dit als een gemiste kans. Het elkaar vinden om een gezin, zit niet altijd in methoden. Netwerkorganisaties rondom complexe problematiek moeten we verder opbouwen in Twente. Er moet dus iets aangevuld worden op de definitie. Hoe gaan we de projecten stimuleren met elkaar? Tijd en ruimte is lastig te maken, omdat er te weinig geld is. Tijd en ruimte is dus een randvoorwaarde om netwerkorganisaties op te kunnen starten. Ook wordt genoemd dat het belangrijk is om samenwerkingen over meerdere jaren met elkaar aan te gaan. Door met elkaar samen te werken ontstaat vertrouwen. Verantwoordelijkheidsdeling is dan wel van belang. Door SKJ en tuchtrecht wordt een medewerker persoonlijk verantwoordelijk. We moeten dan ook met elkaar verdragen dat het soms misgaat. We moeten samen staan voor het proces.
- **Huidige projecten versterken:** Genoemd wordt om huidige ambulante alternatieven zo te stutten dat het mogelijk is om op het laatste moment pas bedden in te kunnen zetten. Verder wordt genoemd dat er geen segment is waardoor consultatie tussen aanbieders onderling mogelijk is. Belangrijk om hierin te voorzien door de regio. Kleine aanbieders en grote aanbieders kunnen beter met elkaar samenwerken door samen op te lopen en mee te behandelen (co-creatie/bijschalen). Bijvoorbeeld door een jeugdpsychiater op de achtergrond te consulteren. Ook is het van belang om begeleiding en behandeling meer met elkaar samen laten werken. Verder is het goed om te kijken naar wat er ontbreekt in de regio. Soms wordt een interventie in Twente aangeboden, maar alleen in enkele gemeenten. In Enschede en Hengelo wordt FACT wel aangeboden. Bij de andere gemeenten niet.
- **Doelgroep bepalen:** We zien een doelgroep in Twente waar we nu nog geen antwoord op hebben met elkaar. Dit staat ook in de samenwerkingsagenda. Gaat bijvoorbeeld om de opdracht rondom gesloten Jeugdzorg. Die opdracht moet niet alleen op jeugd gericht zijn. Maar ook Sociaal Domein breed, omdat de problematiek vaak op meerdere domeinen speelt (bijvoorbeeld financiën, problematiek ouders, huisvesting, bestaanszekerheid, etc) Hoe gaan we dit met elkaar samen tackelen in plaats van enkel binnen het domein Jeugd oppakken? Het is daarin belangrijk om minder vanuit individuele casuïstiek te denken. Kies voor welke problematiek we gaan en voor welke jeugdigen we gaan. De gemeente kan dat aangeven. Wel belangrijk om ook rekening met scholing en werving rekening te houden. Je trekt iemand ergens weg. Wat betekent dat voor de rest van de markt? Belangrijke thema's zijn bijvoorbeeld:
  - Complexe echtscheidingen
  - Persoonlijkheidsproblematieken
  - Forensische doelgroep
- **Financiën dienend aan de inhoud laten zijn:** het is belangrijk om aan de voorkant goed na te denken over de bekostiging. Eerst is inhoudelijke consensus nodig over waar we naartoe gaan. Bij de vertaling naar de financiën is het van belang geen restricties op te richten die de inhoud in de weg kunnen staan (bijvoorbeeld een bezettingsgraad van 50% die niet gehaald wordt). Je hebt veiligheid van je klinische voorziening nodig; dat je weet dat er een beschikbaarheidsvoorziening op de achtergrond is. Een x aantal medewerkers en een x aantal bedden. In de kostenstructuur maakt bijvoorbeeld 8 of 5 bedden niet uit. Jeugdhulp /VG: men sluit aan bij wat er gezegd is: wel altijd een bed op de achtergrond hebben. Afbouw van 300 naar 100 bedden is al gerealiseerd. Crisisbedden heb je wel nodig.

- In hoeverre kunnen de bedden op de achtergrond gezamenlijk worden ingericht? Inhoudelijk is dat lastig, maar wel een ontwikkeling die we verder zouden kunnen onderzoeken. Jeugd/ WMO is nu geknipt. Belangrijk om Ambulante alternatieven ook goed door te vertalen naar 18+. Curess /Ambiq: alternatief thuis: belangrijk om bedden te delen? Hoe kunnen we elkaar op dit stuk helpen? Wat zou helpen: met elkaar afspraken maken, bijvoorbeeld Curess en Jarabee hierop samen laten werken. De afstemming onderling erover zou plaats moeten vinden. Het moet niet op individueel niveau. Het moet op collectief niveau geregeld worden. Boventallig standaard paar bedden vrijhouden.

Vraag aan de markt:

- Er is geen ruimte om de ambulante definities te bespreken. Aan de markt de vraag of zij via Mercell willen reageren op de ambulante definities, voordat ze definitief gemaakt worden.

Samenvattend geven de aanbieders de volgende punten aan om ambulante alternatieven als alternatief voor verblijf te versterken:

- De verbinding van de Inkoop met de Samenwerkingsagenda is van belang.
- Het stimuleren van nieuwe en bestaande netwerkorganisaties rondom specifieke thema's opnemen in de definitie.
- De doelgroep voor ambulante alternatieven beter in kaart brengen.
- Zorg dat pilots verankerd kunnen worden in het zorglandschap (denk dus over meerdere jaren).
- Overweeg een gezamenlijke achtervang voor bedden.
- Zorg voor randvoorwaarden zodat aanbieders (behandeling/begeleiding) beter met elkaar kunnen samenwerken in een netwerk (bijschaling).
  - Stapelen van zorg mogelijk maken (bijschaling ter voorkoming van opschaling, of bij afschaling juist een aantal weken begeleiding naast behandeling zetten)
  - Inzet van consultatie tussen aanbieders mogelijk maken (bijvoorbeeld psychiater van andere aanbieder consulteren)
- Aan de markt wordt gevraagd om te reageren op de ambulante definities, omdat er in de marktconsultatie geen ruimte is om dit te bespreken. De aanbieders kunnen reageren via Mercell.

#### **4. Advies en Expertise**

##### Bekostigingswijze

OZJT is voornemens om het segment Advies & Expertise op een taakgerichte bekostigingswijze te financieren op basis van een lumpsum. Het belangrijkste argument hiervoor is het verlichten van administratieve lasten.

##### Kwaliteit

De kwalitatieve aspecten van dit segment, specifiek het onderscheidend vermogen tussen de verschillende expertisegebieden zullen tijdens deze consultatie worden besproken. De volgende uitgangspunten en vragen zullen worden besproken:

- Wat is een expert, welke kwaliteit willen we i.r.t. expertise gebieden?
- De aanbieder levert het product Advies & Expertise nabij de jeugdige/gezin
- Wat is een goede graadmeter voor de expertise van een zorgaanbieder? De samenwerking tussen aanbieders wordt (waar mogelijk) gestimuleerd binnen het segment Advies & Expertise
- Zien aanbieders zelf risico's aan een inschrijving op dit segment?

##### **Marktconsultatie:**

15 van de 15 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

De bijeenkomst wordt geopend en de agenda wordt toegelicht.

Er wordt gestart met een toelichting op de gepubliceerde bestuurlijke samenvatting. Waaronder de planning, inkoop, contractvorm en bekostiging.

De nieuwe inkoopvorm aanbesteden is toegelicht. De nieuwe contracten worden afgesloten voor de hele regio (selecteren van gemeenten kan dus niet).

Bij de aanbesteding is er sprake van "Selectie aan poort" door middel van Bibob als onderdeel van Instrument Kwaliteit en Integriteit Twente (KIT). KIT is de vervanger van het huidige Barrière-model.

Bekostigingsmethode wordt hier lumpsum en is taakgericht. Belangrijkste reden hiervoor is administratieve lasten vermindering.

### **Product Advies & Expertise**

Product Advies en Expertise kent een bandbreedte tot maximaal 15 uur. Met als doel om op verzoek expertise toe te voegen aan een vraagverhelderingsopdracht.

Even is onduidelijk waar de huidige vorm van diagnostiek blijft.

De uitgebreide diagnostiek wordt ondergebracht bij het segment Ambulant.

Diagnostiek met een max. van 15 uur die ingezet wordt ten behoeve van de vraagverheldering van de toegang valt wel binnen de scope van het product Advies & Expertise.

Het product Advies & Expertise zal zich veel richten op de afstemming tussen de verwijzer en de aanbieder. Er hoeft niet altijd sprake te zijn van clientcontact. Wanneer dit noodzakelijk is ten behoeve van de vraagverheldering maakt clientcontact ook onderdeel uit van de opdracht. Er wordt een vraag gesteld over hoe het product zich verhoudt ten opzichte van de verklarende analyse. Aangegeven wordt dat er geen verplichting is i.r.t. een verklarende analyse maar dat de inhoud/ afstemming met de toegang hierin centraal moet staan.

De markt geeft de volgende aandachtspunten mee:

- Zorg ervoor dat de contractpartij een goed beeld heeft van de sociale kaart.
- Zorg ervoor dat het aangedragen advies objectief en onafhankelijk is.
- Het product is een nieuw product. Evalueren van het product wordt door de markt en door de regio als belangrijk punt gezien. Hierbij zou ook de financiële invulling (lumpsum) meegenomen moeten worden. Het zou fijn zijn als dit tussentijds bijgesteld kan worden.
- Ontwikkelpotentieel: Wellicht kan het product zich in de toekomst verder ontwikkelen als een expertisepunt. Denk hierbij aan een soort Regionaal Expertise Team (RET).

Advies en Expertise wordt opgesplitst in een aantal percelen. De aanbestedende dienst twijfelt nog over de perceelindeling en legt dit voor aan de markt.

- Duidelijk wordt dat verslavingszorg onderdeel zou moeten uitmaken van alle segmenten. Er is vaak weinig aandacht voor mogelijke verslavingsproblemen;
- Ook aandacht voor het systeem/gezinscontext moet onderdeel zijn van alle segmenten.

De intentie is dat het product Advies & Expertise wordt gesegmenteerd in de volgende drie percelen:

- GGZ
- LVB
- Specialistische jeugdzorg (Opvoedhulp)

Uitgangspunten voor inrichting van het segment wordt erkend en begrepen.

Vanuit de markt wordt een vraag gesteld over de keuze voor het aantal contracten voor de GGZ. Uitgelegd is dat er gekeken is naar de data i.r.t. de vraag (behoefte). De vraag naar GGZ is aanzienlijk hoger dan LVB. Vandaar dat deze keuze is gemaakt.

Behandelde vragen:

1. De aanbieder levert het product Advies & Expertise nabij de jeugdige/ gezin:
  - a. Locatie in overleg met verwijzer en gezin of aanbieder gaat naar de jeugdige toe?
  - b. Is dit in alle gevallen haalbaar?
  - c. Zijn er situaties waarbij de jeugdige/gezin naar de locatie van de aanbieder toe moet?
2. Wat is een goede graadmeter voor de expertise van een zorgaanbieder?
  - a. Waarin kan een aanbieder zich onderscheiden?
3. De samenwerking tussen aanbieders wordt (waar mogelijk) gestimuleerd binnen het segment Advies & Expertise.

A: Hoe kunnen we dit het beste stimuleren en faciliteren als gemeenten?

B: Wat werkt nu juist belemmerend?

C: Wat werkt bevorderlijk (m.a.w. wat moeten we sowieso anders organiseren om de samenwerking te stimuleren en wat moeten we behouden)?
4. Zien aanbieders zelf risico's aan een inschrijving op dit segment?

Antwoorden

1. Advies & Expertise leveren nabij de jeugdige staat voor de markt centraal en is uitgangspunt. Alle aanbieders hebben dit in hun missie staan en lijkt een logische. Randvoorwaarde is dat er in de lumpsum financiering voldoende rekening gehouden wordt met het bekostigen van de reistijd van aanbieders.
2. Specialisten en ervaring. Denk hierbij aan specialisten in de GGZ, Klinisch psychologen, orthopedagoog generalist, breed opgeleide mensen. Advies is om opleidingen te eisen die aantonen dat er voldoende ervaring is op dit gebied. Regio vraagt om Advies & Expertise en dit wordt veelal ontvangen van mensen die breed zijn opgeleid en ervaring (werkuren gedraaid hebben) hebben. Denk hierbij ook aan wetenschappelijk onderwijs, het gebruik van actuele methodieken, interne multidisciplinaire teams.
3. Samenwerking  
Geef hierbij duidelijk als regio aan wat de verantwoordelijkheid is. De verantwoordelijkheid ligt tijdens de afname van het product advies en expertise bij de toegang. De contractant is wel verantwoordelijk voor zijn advies. De samenwerking zoals bedoeld. In vraag drie richt zich op de samenwerking van en tussen de gegunde aanbieder, de contractanten.

Complexe casussen kunnen ook gedurende de zorgtrajecten voorkomen. Zou het dan ook wenselijk zijn om dit product in te zetten? In principe moet de aanbieder dan eerst terug naar de toegang om het bespreekbaar te maken. OZJT neemt het punt mee en zal het intern bespreken.

De markt geeft nog een terugkoppeling op de rol van wijkcoaches tijdens zorgtrajecten. Hierbij wordt aangegeven dat de voorkeur sterk uitgaat naar het vervullen van de rol als regisseur door de wijkcoach (uit de behandelaars rol blijven).

4. Risico's worden door de markt gezien in het effect op de capaciteit. Onduidelijk is precies hoeveel uren dit product omvat. OZJT geeft aan dat er wel een raming beschikbaar komt. Ook wordt er een risico gezien op het committeren aan termijnen. Het is geen planbaar werk. Er is flexibiliteit nodig van de contractant. Onduidelijk is hoe de monitoring vormgegeven kan worden. Aanbieder houdt voor eigen administratie altijd P\*Q bij.

### **Afronding**

De bijeenkomst wordt afgerond, alle aanwezigen worden bedankt voor de inbreng en aanwezigheid.

### **5. Coördinatiepunt**

In regio Twente is de wens geuit (door verwijzers) om te komen tot een regionaal coördinatiepunt voor Wonen en Verblijf.

In het Strategische inkoopdocument staat het volgende beschreven:

*Gemeenten zouden kunnen overwegen om het plaatsen van jeugdigen bij aanbieders in de segmenten 'wonen' en 'verblijf' regionaal te faciliteren (vergelijkbaar met bijvoorbeeld een coördinatiepunt spoedhulp). De huidige situatie is dat de verwijzers zelf moeten zoeken naar beschikbare plekken. Door deze zoektocht regionaal te faciliteren wordt de gemeentelijke toegang en inzet van GI's ontlast en is er meer ruimte voor de taken waar de toegang voor bedoeld is. Het is wenselijk om een besluit hierover te nemen voor de daadwerkelijke inkoop van de segmenten 'Wonen' en 'Verblijf'.*

Momenteel is niet bekend welke woon- en verblijfs capaciteit er beschikbaar is binnen Twente. Het gaat hierbij om het aantal beschikbare plekken, maar ook om het soort plekken. Hierdoor gaat de zoektocht naar een passende woon- of verblijfsplek gepaard met veel tijdsinvestering aan de kant van zowel verwijzer als aanbieder. Daarbij komt ook dat vanwege het beperkte zicht op de woon- en verblijfs capaciteit binnen Twente, data ontbreken ten behoeve van de gewenste transformatie. Een dergelijke regionale voorziening kan hier een bijdrage aan leveren.

Een coördinatiepunt kan smal of breed worden ingevuld, afhankelijk van de wens van zorgaanbieders, gemeenten en verwijzers. Dit is ook afhankelijk van de uitvoerbaarheid. Bij een minimale vorm kan gedacht worden aan het (digitaal) inzichtelijk hebben welke aanbieder een plek heeft (à la beschikbaarheidswijzer). Een maximale vorm is een centraal punt voor alle woon-en verblijfsplekken. Daar moet elke verwijzer zich melden als hij/zij een woon- of verblijfsplek nodig heeft. Dit coördinatiepunt weet precies waar plekken beschikbaar zijn en weet ook welke type kinderen er passen op deze plekken. Het doel is om verblijf verder af te bouwen. Een coördinatiepunt kan hieraan bijdragen.

#### Huidige ontwikkelingen

Er zijn op onderdelen van wonen en verblijf al afzonderlijke punten voor matching en/of plaatsing. Denk aan pleegzorg coördinatiepunten bij de betreffende zorgaanbieders die pleegzorg bieden en de Plaatsing Commissie Oost (PC Oost) voor de JeugdzorgPlus plaatsingen. Ook zijn er ontwikkelingen die samenhangen met de wens van een coördinatiepunt Wonen en Verblijf. Vanuit de bovenregionale (Overijssel) toekomstvisie op om-afbouw van de driemilieuvoorzieningen (SPUK 3M) is aangegeven dat men wil toewerken naar een gezamenlijke triage (en inzet op ambulante alternatieven) om zo de instroom te beperken. Vanuit de Aanpak Wachttijden Jeugdhulp Twente wordt momenteel een applicatie aangeschaft zodat inzichtelijk wordt wat de wachttijden bij zorgaanbieders zijn per zorgfunctie.

#### Vragen t.b.v. de marktconsultatie

1. Aan welke doelen moet een coördinatiepunt Wonen en Verblijf bijdragen volgens u?

2. Hoe helpt een coördinatiepunt om sneller een passende plek te vinden en de beschikbare plekken beter en efficiënter te organiseren?
3. Hoe breed zou een dergelijk coördinatiepunt moeten zijn (alleen applicatie met inzicht in beschikbare plekken (bijvoorbeeld via een beschikbaarheidswijzer) of daadwerkelijke coördinatie/triage/matching)?
4. Welke vormen van wonen en verblijf moeten volgens u aangesloten zijn op het coördinatiepunt Wonen & Verblijf (alle vormen, of bijvoorbeeld specifieke vormen van wonen of verblijf juist niet)? En moeten de ambulante alternatieven ook aangesloten worden?
5. Bij voorkeur is per locatie informatie over de beschikbaarheid van plaatsen, met een omschrijving van het profiel, inzichtelijk. Wat is nodig om deze informatie aan te kunnen leveren en actueel te houden?
6. Welke rol heeft de verwijzer in het Coördinatiepunt?
7. Welke rol zien de zorgaanbieders voor zichzelf in de uitvoering van een coördinatiepunt? En wat is nodig om deze rol te kunnen vervullen?

### **Marktconsultatie:**

11 van de 11 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

- Er wordt toegelicht dat er een onderzoek is gestart met de vraag of een coördinatiepunt Wonen & Verblijf een toegevoegde waarde kan hebben. Er worden 2 vormen onderzocht:

- Een minimale variant (digitaal inzicht beschikbaarheid plekken)
- Maximale variant: 1 centraal punt voor alle woon- en verblijfsplekken

Reden hiervoor is dat er op dit moment niet goed inzichtelijk is waar de plekken beschikbaar zijn. De toegang is hier druk mee, maar de belasting bij aanbieders is ook hoog door de vele telefoontjes tussen de werkzaamheden door met de vraag of er een plek beschikbaar is.

Daarnaast moeten we de stroming beter in kaart brengen om beter te kunnen beoordelen of er ambulante alternatieven beschikbaar zijn. Tevens wordt er gekeken of er een betere afstemming kan worden gerealiseerd op het gebied van "matched care". Het onderzoek bepaalt of een dergelijk coördinatiepunt nog kan worden meegenomen in de huidige inkoop.

- Marktconsultatie input samen met input AO Jeugd bepaalt richting voor verdere uitwerking
- Aanbieders geven allereerst aan dat ze graag op tijd de concrete datums en bestekken ontvangen om de stukken goed voor te bereiden voor de marktconsultatie
- Er wordt aangegeven dat matched care een belangrijk aandachtspunt is, maar tevens ook de wachttijden inzichtelijk maken.
- Voorbeeld: een beschikbaarheidsvoorziening in de vorm van een webapplicatie zal voor iedereen beschikbaar zijn, voor ouders, aanbieders etc.
- Er wordt gesproken dat bij de oprichting van een dergelijk coördinatiepunt het wellicht kan helpen om het "getrapt" uit te laten rollen.
- Door aanbieders wordt aangegeven dat het belangrijk dat we elkaar onderling kennen. Weten welke expertise er is bij een aanbieder. Dit is ook de ervaring in andere regio's bij een dergelijk coördinatiepunt.
- Er is draagkracht in de groep dat niet enkel op beschikbaarheid moet worden gecoördineerd, maar ook op expertiseniveau en dus zorgen voor een betere matched care.
- Vraag met betrekking tot de inrichting. Wanneer worden plekken gesloten en wanneer staan plekken open? Een stoplichtmodel wordt aangedragen maar er is ook aangegeven dat bij een stoplichtmodel wellicht veel plekken op oranje zullen staan. Met een goede matched care zal dit misschien wel worden ondervangen, omdat een jeugdige direct op de juiste plek terecht zal komen.

- Er is een idee om te werken met 1 aanmeldformulier welke door alle aanbieders wordt gebruikt. Ouders met verwijzer kunnen 1 keer een formulier invullen welke bij alle aanbieders te gebruiken is.
- Input vanuit "Best Practice" vanuit andere regio's kan helpen. Echter geven de contractmanagers aan dat deze gegevens niet altijd bruikbaar zijn in verband met het aantal gecontracteerde aanbieders. Dit zal gezamenlijk ontwikkeld moeten worden wat specifiek is afgestemd op onze regio.
- Jeugdigen staan nu meerdere keren op een wachtlijst, wanneer je gaat filteren staan er veel dubbelingen. Bij een coördinatiepunt zal dit wegvallen en zullen de lijsten korter worden.
- Hoe kan onderlinge concurrentie worden voorkomen? Wellicht door elkaars expertise te kennen en meer gebruik te maken van matched care.
- Bekostiging: op dit moment worden aanbieders gefinancierd op vol zitten. Een lege plek hebben, dat wil een aanbieder niet. Terwijl de stimulering dat er wel plekken beschikbaar zijn juist nodig is. Wellicht kan de voorgestelde nieuwe verblijfsintensiteiten bekostiging hierbij helpen.
- Aandachtspunt: bij de oprichting van een landelijk coördinatiepunt moet een partij gemachtigd zijn om een jeugdige ergens te kunnen plaatsen via mandaat. Bij sommige aanbieders kan dit niet omdat zij werken op basis van franchise. Advies aan gemeenten dat mocht zoiets in het contract worden verwerkt, houd hier dan rekening mee.
- Over het algemeen zijn aanbieders kritisch over de wijze van inrichting, maar wel groot voorstander van de oprichting van een coördinatiepunt. Samenwerking in de toekomst is noodzakelijk, maar een faciliterende rol vanuit de gemeenten achten de aanbieders essentieel.
- Hoe moet de bemanning en coördinatie eruit komen te zien? Wellicht eerst in thema's onderverdelen, vervolgens per thema worden er een paar aanbieders bij geroepen welke samen gaan overleggen wat het beste past in deze situatie. Een roulatiesysteem is niet handig, want juist de kennis in huis hebben welke expertise bij welke aanbieder zit is belangrijk. Inzet van een onafhankelijke partij is een optie, maar inbreng vanuit eigen expertise is ook belangrijk. Wanneer er verschuiving naar ambulante alternatieven hierin mee moet worden genomen, moet de coördinatie misschien nog breder worden getrokken. Tevens is er ook een samenwerking mogelijk met segment Advies & Expertise.
  - Hoe denken kleine aanbieders hierover? Een kleinere aanbieder geeft aan dat zij in een dergelijke situatie dan extra personeel moeten aannemen wat niet wenselijk is.
- Aandachtspunt: houd het bestand wel actueel op detailniveau. Ervaringen in andere systemen is dat het systeem niet werkt omdat het niet goed wordt bijgehouden.
- Welke rol zou de gemeenten nog moeten spelen? Toezicht blijven houden. Samenwerking stimuleren d.m.v. bijvoorbeeld een relatiedag. Er wordt gevraagd of de informatie welke benodigd is voor de oprichting van een dergelijk coördinatiepunt wel inzichtelijk en transparant mag zijn naar alle aanbieders. Hier is nog geen duidelijk antwoord op gekomen vanuit alle aanbieders die aan tafel zitten. Sommige aanbieders zijn wel voorstander van het inzichtelijk maken van informatie naar elkaar.

## 6. Crisis

### Bekostiging crisis

Tijdens deze marktconsultatie zal er specifiek in worden gegaan op de bekostigingswijze op de volgende deelsegmenten.

### Coördinatiepunt spoedhulp

Het coördinatiepunt spoedhulp wordt op dit moment door middel van een lumpsum bekostigingswijze gefinancierd. OZJT is voornemens om deze bekostigingswijze te continueren in de nieuwe contracten.

#### *Crisisdienst GGZ-jeugd*

Op dit moment wordt dit bekostigd door een beschikbaarheidsbijdrage per uitruk plus de vergoeding voor de bestede tijd in minuten. OZJT is voornemens om een taakgerichte bekostiging in te voeren in de vorm van een lumpsum variant.

#### *Ambulante crisiszorg en crisispleegzorg*

Ambulante crisiszorg en crisispleegzorg wordt op dit moment bekostigd via een inspanningsgerichte wijze in de vorm van P\*Q. OZJT is voornemens om deze bekostigingswijze te continueren in de nieuwe contracten.

#### *Crisis verblijf*

Crisisverblijf wordt op dit moment via een inspanningsgerichte wijze bekostigd.

Voor de nieuwe bekostiging zou dit een P\*Q bekostigingswijze kunnen zijn. Er zijn echter nog vier modellen waaruit een keuze gemaakt kan worden. Bij de marktconsultatie van de bekostiging van Wonen & Verblijf zal het model van begeleidingsintensiteiten worden behandeld en uitgebreid worden toegelicht.

Voor de beschikbaarheidsvoorziening is OZJT voornemens om een taakgerichte bekostiging in te voeren in de vorm van een lumpsum variant.

#### *Kwaliteit triage vs. interventie crisis*

- Hoe verloopt de overdracht na afronden van de 28 dagen crisisperiode en na triage? Wat kan hierin worden verbeterd?
- Welke opleiding en registratie zijn nodig voor de verschillende deelsegmenten van crisis?
- Wordt het segment crisis voor de juiste doeleinden gebruikt? Is er tevens overeenstemming omtrent noodzaak crisisinterventie?
- Zijn er mogelijkheden met betrekking tot een bed op de achterwacht bij crisisinterventie? Worden hiervoor ontwikkelmogelijkheden gezien?
- Is het onderscheid tussen crisis-GGZ en crisis-regulier voldoende duidelijk? Wat gebeurt er bij twijfel? Wordt de crisiszorg m.b.t. verslaving gemist? Hoe kan dit eventueel meegenomen worden?
- Zijn er ontwikkelingen of overige aandachtspunten in de crisiszorg die belangrijk zijn om te bespreken?

Er zijn 11 aanbieders aanwezig bij deze marktconsultatie.

De bijeenkomst wordt geopend en de agenda wordt toegelicht.

Er wordt gestart met een toelichting op de gepubliceerde bestuurlijke samenvatting. Waaronder de planning, inkoop, contractvorm en bekostiging.

De bekostiging wordt toegelicht in de verschillende onderdelen.

#### **Coördinatiepunt Spoedhulp:**

- Huidige bekostiging is Lumpsum
- Nieuwe bekostiging blijft Lumpsum

#### **Crisisdienst GGZ Jeugd**

- Huidige bekostiging:
  - Beschikbaarheidsbijdrage per uitruk
  - Vergoeding voor de bestede tijd in minuten
- Nieuwe bekostiging Lumpsum



- Reden:
  - Eenheid in bekostiging
  - Administratieve last verminderen
  - Samenwerking meer te bevorderen

Er wordt aan de markt gevraagd hoe men de nieuwe bekostigingswijze ziet: er wordt opgemerkt dat de nieuwe bekostigingswijze aansluit bij de volwassen psychiatrie, waar het naar tevredenheid werkt.

### **Crisis Ambulant**

De bekostiging voor het onderdeel crisis ambulant blijft gelijk aan de huidige manier van bekostigen.

- Huidige bekostiging is P\*Q
- Nieuwe bekostiging blijft P\*Q

De vraag wordt gesteld of de toewijzing op minuten blijft. De wens vanuit de aanbieder is om in het kader van administratieve lastenverlichting te werken met grote bundels i.p.v. met een bundel per minuut. Dit wordt meegenomen bij de verdere uitwerking door de projectgroep.

De vraag wordt gesteld waar de HIC-bedden qua product onder zullen vallen? Dit staat nog niet vast en wordt door de projectgroep meegenomen in de verdere uitwerking.

De vraag wordt gesteld of de gezinsopnames (moeder-kind) in de bekostiging van CSI valt? En zo niet, op welke manier deze wel bekostigd wordt?

### **Crisis Pleegzorg**

De bekostiging voor het onderdeel crisis pleegzorg blijft gelijk aan de huidige manier van bekostigen.

- Huidige bekostiging is P\*Q
- Nieuwe bekostiging blijft P\*Q

Bij de toelichting op de bekostiging wordt gevraagd of de duur ook verlengd kan worden, hiermee wordt bedoeld langer dan 28 dagen. Dit omdat in de periode van 28 dagen geen plek beschikbaar is. Echter betreft het dan (vaak) geen crisis meer, het is regelmatig een gebrek aan een alternatief. Het Crisispleegzorg dakje betreft een toeslag voor de ouder, deze moet verlengd kunnen worden.

### **Crisis Verblijf**

Er wordt een toelichting gegeven over de bekostiging van crisis verblijf. Hierbij wordt de methodiek van het segment Wonen & Verblijf gevolgd. Tijdens de marktconsultatie zijn in twee sessies deze methodieken toegelicht. De intentie is om middels verblijfsintensiteiten te werken waarbij de beschikbaarheidsvoorziening blijft naast de intensiteiten.

Het aandachtspunt wordt gegeven dat in IJsselland de GGZ-bedden op een andere manier worden gefinancierd dan middels de verblijfsintensiteiten. Dit aandachtspunt wordt meegenomen.

De vraag wordt gesteld hoe wordt ingespeeld op de bewegingen in de sector, dit in relatie tot het inschatten van het aantal bedden/plekken. Door de markt is toegelicht dat er een succesvolle proef gaande is waarbij in samenwerking met 10 regio's bedden beschikbaar worden gehouden. Dit betreft een gezamenlijke financiering, het werkt naar tevredenheid en mogelijk zou dit uitgebreid kunnen worden. In deze proef is OZJT ook vertegenwoordigd.

### **Selecteren van aanbieders Crisis**

Er wordt toelichting gegeven op hoe en op welke manier de selectie van aanbieders plaats vindt bij het segment crisis. Ook wordt een toelichting gegeven op het verwachte aantal af te sluiten contracten per perceel (zie presentatie behorend bij segment Crisis). Verschillende

aanbieders geven aan dat het aantal contracten per perceel niet geheel passend is. De projectgroep gaat opnieuw naar de aantallen per perceel kijken. De wens vanuit de aanbieders is om ook zaken regionaal te kunnen regelen, dit gaat in de huidige situatie via CGO.

Ook wordt het onderaannemerschap besproken in relatie tot de administratieve lasten. De eis 'het bed moet in de regio staan' stond in de vorige inkoop, dit betreft geen eis in de nieuwe inkoop. Een passende plek is belangrijker dan een plek in de regio waarbij het uitgangspunt blijft wel zo veel mogelijk aansluiten op de belevingswereld van de jeugdige.

### **Dialog – inhoudelijke vragen**

Er volgt een inhoudelijke dialoog aan de hand van 7 vragen.

#### Vraag 1: Hoe verloopt de overdracht na afronden van de 28 dagen crisisperiode en na triage? Wat kan hierin verbeterd worden?

De beantwoording bestaat uit twee onderdelen, de voorkant en achterkant.

Achterkant:

- Het hebben van een dekkend zorglandschap, waarbij voldoende personeel een aandachtspunt is.

Voorkant:

- Matched care – steppe care, hier scherp op zijn
- Wachttijden voor behandel tijden
- Aspect veiligheid maakt vaak dat kind niet terug naar huis kan.

Uit de data blijkt dat de crisis vaak langer duurt dan 28 dagen, echter betreft het na 28 dagen vaak een overbruggingsplek omdat er geen passende plek beschikbaar is. Een mogelijke oplossing hiervoor zou kunnen zijn het anders 'labelen' van deze invulling, door het te 'labelen' als overbruggingsplek en niet als verlenging van de crisis wordt beter inzicht gegeven in de daadwerkelijke status.

Diverse aanbieders geven het aandachtspunt aan om niet 'het kind an sich' centraal te stellen in de crisis maar het gezin (het systeem). Er wordt gepleit voor een systeem behandeling.

#### Vraag 2: Welke opleiding en registratie zijn nodig voor de verschillende elementen van crisis?

Deze vraag is niet beantwoord.

#### Vraag 3: Wordt het segment crisis voor de juiste doeleinden gebruikt? (is er overeenstemming omtrent noodzaak crisis interventie)

Zie antwoord bij vraag 1.

#### Vraag 4: Zijn er mogelijkheden met betrekking tot bed op achterwacht bij crisisinterventie? Worden hier door ontwikkel mogelijkheden in gezien?

Deze vraag is niet beantwoord.

#### Vraag 5: Is het onderscheid tussen crisis GGZ en crisis regulier voldoende duidelijk? Wat gebeurt er bij twijfel?

Het onderscheid is voldoende helder, al zou de samenwerking tussen beide beter kunnen. Waarbij centraal staat hoe samen de hulpverlening naar een hoger niveau getild kan worden. Met name op het gebied van verantwoordelijkheid zou het beter kunnen, hierbij speelt de wet- en regelgeving ook een rol. Bijvoorbeeld in het verschil tussen verantwoordelijkheid van een medewerker ambulante spoedhulp en een psychiater. Als ook in de manier van financiering tussen aanbieders. Het blijft een complex vraagstuk in relatie tot het tuchtraadstuk. Het vraagstuk wordt door alle aanbieders als ingewikkeld ervaren, het starten van samenwerkingsverbanden zou een oplossing kunnen zijn.

Vraag 6: Wordt de crisiszorg m.b.t. verslaving gemist? Hoe kan dit eventueel meegenomen worden?

De crisiszorg m.b.t verslaving wordt niet gemist. Alle aanbieders geven aan een samenwerking te hebben met een partij voor verslavingszorg.

Vraag 7: Zijn er andere ontwikkelingen in de crisiszorg die belangrijk zijn om te bespreken?

Er volgen verschillende ontwikkelingen:

- Ontwikkelingen op het gebied van eetstoornissen, crisis zit vaak op medische zorg of bij geestelijk (GGZ)

Risico: Afbouw jeugdzorg plus, gevolgen voor beschikbaarheid bij crisisplekken is nog niet bekend? Zijn er effecten? Dit betreft de samenhang tussen de verschillende segmenten.

Ontwikkelingen op het gebied van Social Media-gebruik: juiste inzet van systeem, inzake in media gebruik.

Aantal plekken triage lijkt de afgelopen jaren stabiel echter wordt voor de komende periode (jaren) een stijging verwacht:

Verwachting stijging, op basis van afgelopen periode (aantallen) - verschillende factoren / mentale gezondheid / toekomstperspectief.

**Afronding**

De bijeenkomst wordt afgerond, alle aanwezigen worden bedankt voor de inbreng en aanwezigheid.