

Marktconsultatie:

Inkoopstrategie Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

Verlag Marktconsultatie

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

1. Opening

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

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

Voorafgaande opmerkingen/vragen van deelnemers

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

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

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

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



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

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

2. Knip op opdracht D, daghulp:

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

Aanbieders:

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

3. Knip op opdracht E, ambulante hulp:

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

Reacties van deelnemers

Aanbieders: Ik mis de echtscheidingsproblematiek en de omgangsbehandeling.

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

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

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

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

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



Aanbieders: Bepaald het wijkteam of er wordt afgeschaald?

Reactie GRJR: Dat is aan alle wettelijke verwijzers.

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

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

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

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

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

Reactie GRJR: Dit wordt meegenomen in de verdere uitwerking.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In het programma zijn ook nog de volgende vragen voorgelegd:

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

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

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

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

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

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

4. Sluiting

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

De bijeenkomst wordt beëindigd om 13.34 uur.

