

Eindverslag marktconsultatie

Jeugd

Regio Achterhoek

Juli 2014



Inhoud

1.	Inleiding	2
1.1	Aanleiding	2
1.2	Doel van de marktconsultatie	3
2.	Proces van de marktconsultatie	3
2.1	Uitvoering	3
3.	Onderwerpen en vragen aan aanbieders	3
3.1	Geleverde ondersteuning in de Achterhoekse gemeenten in de afgelopen jaren	4
3.2	Doelstellingen van de gemeenten met betrekking tot het inkooptraject	4
4.	Vervolgtraject	13

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Met ingang van 1 januari 2015 treedt de nieuwe jeugdwet in werking. Vanaf dat moment valt alle jeugdhulp onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Jeugdhulp is gedefinieerd als hulp, ondersteuning en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij alle denkbare opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen. De nieuwe Jeugdwet vervangt de huidige Wet op de Jeugdzorg. Daarnaast gaan ook delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – te weten de jeugdigen met een verstandelijke beperking en de langdurige jeugd-GGZ en begeleiding en verzorging voor jeugdigen – de Zorgverzekeringswet (Jeugd-GGZ) en delen van de Wet Maatschappelijk Ondersteuning (opvoed- en opgroeiondersteuning) en Wet Publieke Gezondheid (maatwerk jeugdgezondheidszorg) over naar de nieuwe Jeugdwet. Het grootste deel van de zorg voor jeugd komt daarmee binnen één wettelijk kader te vallen.

Om tot een gedegen inkoopstrategie en contractering te komen willen de gemeenten in de regio Achterhoek de markt actief betrekken bij de voorbereiding. Daartoe hebben de gemeenten een marktconsultatie georganiseerd. Voor u ligt de schriftelijke rapportage van dit proces welke bestond uit een schriftelijk en een mondeling deel.

Deze marktconsultatie betrof in beginsel de zorgvormen die regionaal zullen worden ingekocht. De jeugdzorgregio's in de provincie Gelderland hebben de intentie om over een aantal zorgvormen bovenregionaal afspraken te maken over de inkoop. Zoals het er nu naar uitziet gaat het over Jeugdzorgplus, gesloten psychiatrische zorg, crisis 24 uur, open verblijf 24 uur residentieel terrein voorziening, spoedeisende zorg (crisis), LVB jongeren ZZP 4 en 5 en de ondersteuning van de pleegzorg. De wijze waarop dit georganiseerd gaat worden is nog niet bepaald. De zorgvormen die worden genoemd in het landelijke transitie arrangement volgen de voorwaarden van de landelijke raamovereenkomst.

Het jaar 2015 wordt beschouwd als een overgangsjaar waarbij de transitie (overname) de eerste prioriteit heeft. De afspraken in het RTA en de beperkte tijdsspanne om de decentralisatie van jeugdzorg te realiseren, maken dat op de korte termijn de transitie van jeugdhulp leidend is. Er is echter ook een sterke ambitie naar transformatie van zorg. Waar mogelijk worden nu al transformatiegerichte afspraken gemaakt.

Vanwege de afspraken in het RTA zullen er vanwege de eisen aan continuïteit van zorg met name afspraken worden gemaakt met aanbieders welke op transitiedatum zorg leveren aan Achterhoekse jongeren. Na 2015 zullen er voor nieuwe aanbieders meer mogelijkheden ontstaan.

1.2 Doel van de marktconsultatie

Het doel van deze marktconsultatie was om belanghebbenden vroegtijdig te betrekken bij de inrichting van de inkoopstrategie en de vormgeving van de contractering. Op deze wijze hopen de gemeenten optimaal gebruik te maken van de bij aanbieders aanwezige expertise.

2. Proces van de marktconsultatie

2.1 Uitvoering

Deze marktconsultatie verliep in vier fasen.

- i. **Fase 1: Oproep deelname aan marktconsultatie**
Deze marktconsultatie is openbaar gepubliceerd op Tendermed voor alle geïnteresseerde aanbieders. De consultatie is via mail aangekondigd aan alle ons bekende instellingen welke zorg leveren aan Achterhoekse jongeren en het is aangekondigd op de websites van de Achterhoekse gemeenten.
- ii. **Fase 2: Schriftelijke reacties aanbieders**
Van ruim 70 aanbieders is een schriftelijke reactie binnengekomen.
- iii. **Fase 3: Gesprekken met aanbieders**
De Achterhoekse gemeenten hebben vervolgens met 23 aanbieders een gesprek gevoerd waarin enkele thema's nader werden verkend en verdiept. Deze gesprekken hebben plaatsgevonden eind juni/begin juli
- iv. **Fase 4: Terugkoppeling en rapportage**
Voor onderliggend eindverslag hebben de Achterhoekse gemeenten de door aanbieders gestuurde schriftelijke reacties en de uitkomsten van de gesprekken bestudeerd. In dit verslag zijn de uitkomsten en adviezen op hoofdlijnen weergegeven. Van alle gesprekken zijn individuele verslagen gemaakt die alleen beschikbaar zijn gesteld aan de betreffende aanbieder. De gemeenten gebruiken de reacties van de aanbieders uitsluitend om een zo goed mogelijke inkoopstrategie op te stellen. De antwoorden worden niet beoordeeld en leiden niet tot een selectie van aanbieders.

3. Onderwerpen en vragen aan aanbieders

De Achterhoekse gemeenten hebben in de marktconsultatie een aantal onderwerpen benoemd waar men graag input voor wilde hebben.

1. Geleverde ondersteuning in de afgelopen jaren
2. Doelstellingen van de gemeenten met betrekking tot het inkooptraject
3. Transformatiebudget;

3.1 Geleverde ondersteuning in de Achterhoekse gemeenten in de afgelopen jaren

Via een Excel bestand konden aanbieders omvang en volume van de door hen geleverde hulp aan Achterhoekse jongeren aangeven. De meeste aanbieders hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Deze gegevens gebruiken we als gemeenten om de concept berekening van de financiële vertaling van het RTA te verbeteren. In eerste instantie hebben we gewerkt met cijfers uit 2012 en de decembercirculaire 2013 van het Rijk. Voor de definitieve berekening van de budgetten 2015 werken we met de Meicirculaire 2014 van het Rijk en de cijfers die de aanbieders bij deze marktconsultatie hebben aangeleverd. Dit zullen we gebruiken bij de voorbereiding van de contracten voor 2015.

3.2 Doelstellingen van de gemeenten met betrekking tot het inkooptraject

Bij dit onderwerp geven we op hoofdlijnen de reacties van de aanbieders weer in 4 thema's:

- a) Diensten en producten
- b) Continuïteit zorg en kwaliteit
- c) Verantwoording/prestatiemeting
- d) Bekostiging

Diensten en producten

Uit de marktconsultatie is een goed beeld gekomen van wat er door aanbieders in de Jeugdzorg momenteel aan diensten en producten zijn. Door bij de verwerking van de schriftelijke reacties en de gesprekken te werken met de indeling LVB en VG, GGZ en de huidige provinciale jeugdzorg, is de diversiteit en verscheidenheid tussen deze sectoren goed naar voren gekomen. Voor alle drie de sectoren geldt dat er diensten en producten intramuraal en/of extramuraal worden aangeboden. Producten en diensten die veel naar voren komen zijn behandeling intern of extern, begeleiding thuis, levensloop begeleiding, ambulante zorg, kortdurend verblijf, opvang in pleeggezinnen of gezinshuizen.

Uit de marktconsultatie is gebleken dat de diensten en producten van aanbieders veelal gericht zijn op het huidige systeem van indicaties in de jeugdzorg. Ook blijkt dat de indicaties die worden afgegeven niet altijd voldoende antwoord geven op de behoefte die er bij een kind of gezin is om de juiste ondersteuning te bieden. Wel kunnen we constateren dat aanbieders nu al veel doen om wel de juiste ondersteuning op maat te kunnen bieden. Veel aanbieders hebben aangegeven dat er verbeteringen mogelijk zijn om de indicatiestelling anders en meer naar de ondersteuningsbehoefte van kind en gezin vorm te geven.

De meeste aanbieders geven de ontwikkeling van de werkwijze met wijkteams een goede zaak te vinden. Tijdige signalering en doorverwijzing van kinderen en ouders is noodzakelijk. Aandachtspunt hierbij is dat tijdig de noodzakelijke expertise wordt ingeschakeld om de juiste ondersteuning te kunnen bieden. Dat betekent het trainen van wijkteams om kennis te vergroten en op het juiste moment de juiste expertise in te schakelen. Aanbieders in de sector GGZ geven aan dat generalisten/wijkteams, huisartsen en het onderwijs nu onvoldoende kennis hebben van de jeugd-GGZ. De meeste aanbieders geven aan dat zij daar een rol in kunnen en willen spelen via onder andere deskundigheidsbevordering, training, consultatie en advies.

Alle aanbieders geven aan dat zij de eigen kracht en regie van het kind en het gezin belangrijk vinden. De hulpverlening is gericht op het verminderen van de ondersteunings- en zorgbehoefte en het versterken van de eigen kracht van het gezin en het netwerk. Aanbieders willen nog meer en beter dan nu al gebeurt de omgeving van het gezin betrekken bij een oplossing. Enkele aanbieders hebben daarbij goede ervaringen met de werkwijze familieberaad of een Eigen Kracht Conferentie. Dat is vaak beter voor het gezin en draagt op de lange(re) termijn bij aan kostenbesparing.

Een aantal aanbieders geven aan al actief aan te sluiten op de gebiedsteams. Dit kan ofwel door actieve deelname, ofwel op afroep plaatsvinden. Ook wordt er door een aantal aanbieders al actief samengewerkt met het onderwijs en kinderopvang via ondersteuning door consultatie, advies en specialistische interventies. Ook de onderwijshulpverlening op scholen en de samenwerking met de gespecialiseerde residentiële aanbieders zijn hier voorbeelden van.

Aanbieders geven aan nu ook al actief samen te werken. De meerwaarde van de samenwerking komt tot zijn recht in de bundeling van expertise van de verschillende organisaties.

Social Return

We hebben tijdens de marktconsultatie verkend of er mogelijkheden bij aanbieders zijn voor Social Return (voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt). Veel gehoord is dat die mogelijkheden zeker bij de grotere instellingen er wel zijn, maar dan vaak in de taken die niet direct met de zorg van kinderen te maken hebben zoals bijv. tuinonderhoud, keukendiensten, administratie etc.

Continuïteit zorg en kwaliteit

Bij dit thema zien we per sector wat verschillen hoe aanbieders reageren op het voldoen aan de continuïteit van zorg en kwaliteit vanaf 2015. De meesten geven hierbij wel aan dat tijdig weten waar ze aan toe zijn qua budget voor 2015 en onder welke condities en voorwaarden het belangrijkste is. Daarbij hebben de meesten de voorkeur om een vergelijkbare vorm voort te zetten, zoals ze gewend zijn.

De aanbieders die nu door de provincie gefinancierd worden zeggen dat er op tijd volumeafspraken op basis van ervaring afgelopen jaar en doelgroepomschrijving wordt gegeven, zodat instelling en cliënten weten waar ze aan toe zijn. Het liefst uiterlijk 1 oktober kaders helder, zodat er in ieder geval op het proces duidelijk is wat wanneer aangeleverd en afgerekend kan worden.

Minimale budgetgarantie: als specialistische aanbieder zul je een minimum aan kwaliteit en capaciteit klaar moeten hebben staan voor het geval de gemeente een cliënt wilt plaatsen. Er worden dus door de instelling 'beschikbaarheidskosten' gemaakt, dat kan niet anders dan dat met een minimale jaarlijkse voorfinanciering gerealiseerd worden. Gevaar is dat kwaliteit maar ook beschikbaarheid van het specialisme in de knel komt. En opnieuw opbouwen van zal uiteindelijk veel meer kosten dan het in stand houden op geleide van de vraag.

Vanuit de LVB/VG sector is aangegeven dat gewerkt wordt met zorgplannen. Het zou goed zijn dit voort te zetten zodat voor de cliënten de continuïteit geborgd is. In deze sector kan gerekend worden met een bepaald volume omdat er een groep is die altijd ondersteuning nodig heeft vanwege hun beperking. De vraag is of hiervoor volumeafspraken gemaakt kunnen worden.

De aanbieders in de GGZ geven ons het nadrukkelijke advies om het budget voor de jeugdhulp te verdelen over de 3 sectoren (LVB, Jeugdzorg en J-GGZ) op basis van historische budgetten. Het macrobudget is ook op die manier verdeeld en dat moet onderscheiden blijven. Daarbij moeten we er rekening mee houden dat de GGZ al een aantal bezuinigingsrondes achter de rug heeft en dat 'de rek er uit is'. De bezuinigingen zijn onder andere ingezet door de afspraken in het bestuurlijk akkoord GGZ; extramuralisering en verschuiving van specialistische GGZ naar basis generalistische GGZ. We kunnen deze sector daarom niet vergelijken met de andere twee sectoren en dus ook niet dezelfde bezuinigingsopdrachten meegeven. Het advies wat ons is meegegeven is om volumeafspraken te maken op basis van historische budgetten.

Enkele organisaties vragen aandacht voor de te verwachten frictiekosten. Een krimp van zo'n 10% is door hen op te vangen maar als het meer wordt verwachten zij wel frictiekosten.. Het gaat voornamelijk om ontslagkosten/wachtgelden, maar ook de kosten van vastgoed zijn weinig flexibel door de slecht functionerende vastgoedmarkt. Dergelijke frictiekosten ondergraven de continuïteit van de organisatie en daarmee een deel van de zorginfrastructuur; Risico van liquiditeitsproblemen. Zij adviseren afspraken te maken over geleidelijkheid in budgetafname met een langere tijdshorizon (5 jaar). Hun verwachting is dat een grote korting niet is op te vangen in een jaar.

Tevens adviseren zij om faciliteiten te scheppen voor de overdracht van personeel.

Kwaliteit

Alle aanbieders geven aan dat de regels en richtlijnen voor kwaliteit nauw worden nagestreefd en dat zij daar ook veelvuldig op worden gecontroleerd door de inspectie voor de jeugdzorg, de huidige financiers zoals zorgkantoor en zorgverzekeraar. Veel aanbieders adviseren om aan te sluiten bij wat er al is en geen nieuwe rapportages toe te voegen om daarmee een toename van indirecte kosten te voorkomen.

Alle aanbieders geven aan te werken met professionals die goed zijn opgeleid en brede kennis hebben. De meesten werken met een gedegen kwaliteitssysteem (bijv. HKZ) waarbij continue wordt gestreefd naar verbetering. Een enkele aanbieder heeft aangegeven met een nieuw systeem te werken dat uitgaat van kwaliteit van leven en gericht is op ondersteuning om uit de cliënt te halen wat er in zit (LVB/VG).

De meeste aanbieders werken met klanttevredenheidsonderzoeken. Dit wordt op verschillende wijzen uitgevoerd door bijvoorbeeld evaluatiegesprekken, vragenlijsten etc. Veel aanbieders hebben aangegeven dat rechtstreeks de bevindingen opvragen bij de cliënten en/of hun ouders beter werkt dan bijvoorbeeld een cliëntenraad.

Door een aantal aanbieders is de doorontwikkeling van het 'risicotaxatieinstrument' genoemd dat jeugdzorgorganisaties hebben opgezet. Het doel van dit instrument is per cliënt te bepalen wat de zwaarte van de hulpvraag is en daaruit voortvloeiende (noodzakelijke) zwaarte van de te leveren jeugdhulp.

Door meerdere aanbieders wordt aangegeven dat het belangrijk is dat de hulpverlening in alle geledingen van de jeugdhulp en jeugdzorg zich zal door ontwikkelen en haar professionele standaarden verder verhoogt. Wetenschappelijk onderzoek kan hieraan een bijdrage leveren omdat dit nieuwe inzichten oplevert voor het verbeteren van professionele standaarden. Ook wordt aangegeven dat partijen gezamenlijk zouden moeten gaan bepalen welke verdergaande professionalisering nodig is en welke randvoorwaarden geregeld moeten zijn om deze professionalisering te ondersteunen.

Verantwoording/prestatiemeting

Aanbieders in de GGZ gebruiken de ROM, maar dat betekent nog geen uniforme wijze van monitoren. Probeer daarom binnen de ROM te kiezen voor een zo uniform mogelijk meetinstrument. Advies is om wel in gesprek te gaan en blijven over hoe, waarover/waarvoor je het gebruikt. De vrees bestaat dat gemeenten de ROM gaan gebruiken om 'af te rekenen'; dus als je ROM lager is dan die van een andere aanbieder, krijg je geen contract of een lager budget. Risico hiervan is onder andere dat er 'cherry-picking' gaat plaatsvinden; sommige aanbieders zullen vooral 'lichte' of enkelvoudige problematiek gaan behandelen omdat daar de resultaten groter van zijn. Advies is ook om vooral geen nieuwe instrumenten in te voeren. Er is al zoveel. Overleg in ieder geval met de sector en voer pas iets in als je weet wat je wil meten en wat je met de uitkomsten wil. En schrap dan ook een meetinstrument dat niet werkt.

Vanuit de huidige provinciale jeugdzorgaanbieders wordt geadviseerd om prestatie-indicatoren en registratie-indicatoren samen met de instellingen op te stellen. Instellingen hebben veel ervaring hiermee. Zij worden nu overspoeld met registratie systemen. Het verzoek aan gemeenten aan te sluiten op wat er nu is (en het liefst verminderen)

Verder is uit de marktconsultatie gekomen dat aanbieders verantwoording en prestatiemeting belangrijk vinden, maar de administratieve rompslomp zoveel mogelijk willen vermijden. Probeer tot een effectieve wijze van verantwoorden te komen waaruit blijkt hoe het geld is besteedt maar vooral welke resultaten er voor de kinderen en hun gezinnen zijn bereikt. Een aantal aanbieders geeft aan dat er veel mogelijkheden zijn om de controle vooral af te stemmen met de sector zelf en niet te veel te 'leunen' op wat zorgverzekeraars/zorgkantoren nu vragen. Dat geeft vooral bureaucratie en schijnzekerheid. Controleer wat nodig en zinvol is. De aanbieders zijn zeer bereid om hierin mee te denken.

Bekostiging

De GGZ aanbieders adviseren om de DBC systematiek te hanteren en een consultatiefunctie mogelijk te maken. De huidige DBC-systematiek is niet perfect maar biedt wel houvast in deze overgangperiode. Het is een vertrekpunt en vraagt wel gaandeweg om aanpassingen. De aanbieders hebben ons verschillende tips en adviezen gegeven waar we op moeten letten. Een belangrijk knelpunt in deze huidige systematiek is dat consultatie zonder diagnose niet gedeclareerd kan worden. Pas als er een (werk)diagnose is, kan er een DBC worden geopend. Dat belemmert de consultatiefunctie die de aanbieders wel nodig vinden.

De VNG meldde gemeenten dat er landelijk een voorstel is om per 1-1-2015 'consultatie' als prestatie/DBC op te nemen. Het lijkt erop dat het DBC onderhoud voor volwassenen overgenomen wordt voor jeugd met een aantal aanpassingen (nieuwe prestaties), waaronder consultatie. Verder het advies om aan te sluiten bij Vecozo (declaratiesysteem); dat zijn gemeenten overigens verplicht en hierover worden landelijk al afspraken gemaakt.

Er zijn veel zorgen en vragen bij de aanbieders in de GGZ over de bekostiging per 1-1-2015. De meeste aanbieders krijgen voorschotten van zorgverzekeraars omdat DBC's pas na het afsluiten (looptijd DBC hetgeen kan oplopen tot een jaar) worden afgerekend. Ter verduidelijking: als een DBC geopend wordt in mei 2014, dan loopt deze af in mei 2015. De zorgverzekeraar rekent dus pas af na mei 2015. En verzekeraars boeken de kosten voor de DBC op het jaar dat de DBC geopend is. Vragen die gesteld zijn gaan over het overhevelen van budgetten naar de gemeenten en of de aanbieders een nieuwe DBC moeten openen en voor welke nieuwe periode (het restant of weer een jaar?) De vraag is ook of zorgverzekeraars niet bestede voorschotten/bedragen gaan terugvorderen en wat zij dan doen met deze wel begrote maar niet uitgegeven middelen over 2014. Als de overgang niet goed wordt geregeld tussen partijen kunnen aanbieders een cash-flow probleem krijgen.

De aanbieders adviseren ons om het mogelijk te maken dat er met budgetten geschoven kan worden tussen gemeenten. Stel dat er in gemeente x geen budget meer is, maar wel nieuwe cliënten gemeld worden en in gemeente y nog budget is maar geen vraag naar zorg. Dan zou het mogelijk moeten zijn dat het budget overgeheveld wordt zodat cliënten uit gemeente x toch geholpen kunnen worden.

De aanbieders die nu door de provincie gefinancierd worden via een systeem van bevoorschotting of subsidie geven aan dat een dergelijke wijze van financiering ook noodzakelijk is voor 2015. Dit onder meer vanwege het ontbreken van eigen vermogen.

De aanbieders in de LVB en VG sector worden nu gefinancierd via de zorgkantoren. Hierbij wordt gewerkt met afrekening per maand en afspraken over bevoorschotting per kwartaal. Ook declareren achteraf. De grotere instellingen geven aan dat het mogelijk is eventueel zonder bevoorschotting te kunnen werken.

3.3 Transformatiebudget

Er zijn uit de marktconsultatie veel en bruikbare ideeën gekomen voor de transformatie van de jeugdzorg. De meeste aanbieders zijn de afgelopen jaren al bezig met veranderingen en vooral verbeteringen gericht op de ondersteuningsbehoefte van kinderen en hun gezinnen. Opgemerkt is dat het van belang is dat organisaties het welbevinden van het kind voorop zetten en kijken waar het kind de beste zorg kan krijgen i.p.v. het kind

binnen de organisatie te houden i.v.m. de financiële middelen. Dit vereist de nodige inspanning de komende jaren. Er zullen herschikkingen plaatsvinden en organisaties zullen zich soms gaan specialiseren voor bepaalde doelgroepen en hun overige aanbod over laten aan anderen. Ook zien de meeste aanbieders de voordelen van het wijkgerichte werken en het leveren van zorg op de plek waar het kind is, dus thuis, op school in de wijk etc.

De meeste aanbieders geven aan al binnen hun huidige financiering actief met de transformatie aan de slag te zijn gegaan. De uitgangspunten voor de transformatie worden breed omarmd en men ziet er het nut en de meerwaarde van in. Ten eerste voor de efficiëntere en betere hulpverlening aan de cliënt, én vanwege de noodzaak van kostenbesparingen. De weg van transformatie is al jaren geleden ingezet. Een aantal aanbieders geven aan dat de druk van de transitie met haar bezuiniging een positief effect heeft op het tempo van de veranderingen.

Aanbieders geven aan veel van de transitie te verwachten, met name omdat de regie nu bij 1 partij (de gemeente) komt te liggen. Van de gemeente wordt verwacht dat zij de samenwerking nog meer dan nu gebeurd te faciliteren en te bemoedigen. Dat kan door bepaalde regels en verantwoordingen te schrappen en door in de contracten met de aanbieders samenwerking af te dwingen. Een aantal aanbieders geven aan dat instellingen toch nog wel als concurrenten werken.

Aanbieders geven aan zich al geruime tijd voor te bereiden op krimp en ambulantisering. Inhoudelijk geven een aantal aanbieders al langere tijd bezig te zijn met het terugdringen van specialistische en langdurige zorg. Men is bezig met het versterken van de extramuralisering. Residentiele voorzieningen worden afgebouwd en naar alternatieven wordt gezocht, aanbieders geven wel aan dat residentiele voorzieningen altijd nodig blijven. Dus dat afbouw bij de ene instellingen gevolgen kan hebben voor de toestroom bij een andere. Ook aansluiting bij de wijkteams en ervoor zorgen dat problemen eerder worden gesignaleerd zal (op termijn) de druk op de zwaardere voorzieningen wat kunnen verlichten,

Een aantal aanbieders geven aan dat de inzet van telefonische consultatie, inzet van adequate diagnostiek op aanvraag en het bespreken van methoden en technieken met betrekking tot het handelen binnen een bepaalde casuïstiek ingezet kan worden om zo kennis te ontwikkelen in de wijkteams.

Een punt welke meerdere keren naar voren kwam is het versterken en door ontwikkelen van ketenzorg en voorkoming van wachtlijstvorming. Voor cliënten zijn (of waren er) meerdere instellingen betrokken. Ook is er sprake van op- en afschaling. Om verblijfsduur in de zwaardere zorg te verkorten is het nodig dat gemeenten/gemeentelijke regio's en aanbieders afspraken maken. Onderdeel daarvan zijn afspraken over beperking van de wachtlijst en verbetering van doorstroming door: Per regio ketenafspraken maken. Partijen bepalen hierbij wie het beste actie kan ondernemen om de afspraken te effectueren en zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor succesvolle ketenvorming. Het uitwisselen van best practices tussen partijen zodat iedereen van elkaar kan leren en de beste werkwijzen op meerdere plekken in het land worden geïntroduceerd.

Een aantal aanbieders geven aan dat keuzevrijheid (voor cliënten én gemeenten belangrijk is. Sommige aanbieders richten zich op een specifieke doelgroep waardoor er hier ook expertise over wordt opgebouwd.

Residentiele voorzieningen ombouwen naar intensiever ambulante, pleegzorg, logeerhuizen, gezinshuizen en 14+ voorzieningen: sluit beter aan bij 'zo thuis mogelijk opgroeien' en is goedkoper

Een aantal instellingen geven aan dat zij graag zouden zien dat het ambulante hulpaanbod van alle organisaties gezamenlijk opgepakt gaat worden. Bijvoorbeeld in 1 team.

Om de effectiviteit van het aanbod in complexe echtscheidingszaken te vergroten wordt in de Achterhoek door een heel aantal instellingen samengewerkt met de Raad voor de Kinderbescherming, de rechtbank, de advocatuur, Mediation Groep Oost Nederland en Humanitas. De doelstelling van deze werkgroep is het organiseren van een sluitend aanbod van voorlichting, advies en hulpverlening voor ouders en kinderen die te maken hebben met echtscheiding. Dit is inmiddels gerealiseerd. Nu is van belang om de bereikte resultaten te borgen.

Het inzetten van crisishulp vanuit de jeugdzorg, verbreden met de crisishulp vanuit de Jeugd-GGZ en Jeugd-LVB

Om het principe van 1 gezin, 1 plan, ontschotting van budgetten en kaders en de benodigde samenwerking in de jeugdzorgketen goed in te richten is een gezamenlijke opdracht voor aanbieders en gemeenten. Een aantal aanbieders geven aan dat de gemeenten haar rol moet pakken in het afdwingen van verdergaande samenwerking. Gemeenten kunnen en moeten hierop sturen (evt. via contracten). De wil tot samenwerking, het ontschot kunnen werken en de verantwoording werden als grotere belemmeringen gezien. Uiteraard is het mogelijk om met extra geld bepaalde projecten of initiatieven op te zetten, maar instellingen geven aan dat de werkelijke transformatie binnen de huidige zorg moet plaatsvinden. Instellingen vragen ervoor te waken dat er straks allemaal innovatieve ideeën aangedragen worden om voor het transformatiebudget in aanmerking te kunnen komen en dat de aandacht afgeleid wordt van de daadwerkelijke uitdaging om het gehele proces van 1 gezin 1 plan tot zijn recht te laten komen. Gevaar van ene apart transformatiebudget is dat vele instellingen nu al transformeren binnen hun huidige budget en dat instellingen die dat minder nog doen straks 'beloond' worden middels extra financiering.

Voorbeelden van ideeën zijn:

- het opzetten van 24-uurszorg thuis, gericht op integrale zorg voor zeer complexe problematiek bij cliënt en gezin met als doel opname te voorkomen dan wel zo kort mogelijk te laten duren. Dit vraagt een multidisciplinair, flexibel team van professionals, waarbij opschaling naar intensieve zorg (crisis, time-out bed) snel uitgevoerd kan worden als het nodig is en terugschaling naar lichtere hulp thuis zo snel als het kan en verantwoord is.
- inrichten van / benutten van expertise teams voor multidisciplinaire consultatie. Een aantal organisaties geven aan op landelijk niveau een dergelijk team te hebben.

- Een streven is om met een team van verschillende aanbieders, met verschillende deskundigheid, directe en goede aansluiting op het sociale team op te bouwen. Dit bevordert snelle en korte lijnen en zorgt ervoor dat, nog meer dan nu, de cliënt in zijn eigen omgeving ondersteund wordt
- Er schuilt een grote kracht in de verbinding tussen onderwijs, de gemeenten en de jeugdhulpverlening in de onderwijshulpverlening. Dit moet verder ontwikkeld worden. Aanbieders zetten nu reeds op diverse scholen in het VO en in het MBO jeugdhulpverleners in die de cliënt zowel op school als thuis begeleiden. Daarmee worden de kansen van schooluitval verkleind en de kansen op het behalen van een schooldiploma nemen toe. Vervolgens onderwijs in een kleinschalige setting als het op het reguliere onderwijs (tijdelijk) niet meer gaat.
- Zwaardere zorg inzetten zo dicht mogelijk binnen het eigen sociale netwerk (normaliseren). 7x24 uren zorg budgettaakstelling meegeven en opdracht geven dit om te bouwen naar “zo thuis mogelijke” zorg, zoals gezinshuizen en logeerhuizen. Het zelfde voor de dagbehandelingplaatsen: gezamenlijk budget voor reguliere school/opvang met zorgaanbieder waardoor kinderen op hun reguliere voorziening gespecialiseerde zorg kunnen ontvangen. Het kind blijft in eigen “normale/gezonde” omgeving, kind en gezin blijven meedoen.
- Naast de wijkteams moet er stevig geïnvesteerd worden in gespecialiseerde ambulante ondersteuning in de reguliere omgeving (scholen, kinderopvang, gezinshuizen, logeerhuizen, pleeggezinnen, kamertraining, thuis). Hiermee kan in sterke mate voorkomen worden dat kinderen residentieel (uit de eigen omgeving) opgevangen moeten worden
- Samenhang en samenwerking met andere voorzieningen (integrale aanpak)
- Tijdig voorbereiden begeleiding na 18 jaar. Een jeugdbeschermingsmaatregel loopt af als jongeren 18 jaar worden. Omdat de begeleiding vanuit een maatregel stopt, kunnen er problemen ontstaan voor de doelgroep LVB met zelfstandig wonen. Het doel van Krachtplan 18+ is om jongeren met een LVB (licht verstandelijke beperking) die onder toezicht of voogdij staan, door de overgangsfase naar volwassenheid te loodsen door het tijdig organiseren van optimale en passende ondersteuning van ruim voor, tot ruim na hun 18de jaar
- Preventie van problemen van jongeren tussen 18 – 23 jaar die niet op eigen benen kunnen staan vanwege hun beperking LVB of anderszins, waardoor terugval op (zware) hulp voorkomen of verkleind wordt. De jongere en het netwerk krijgen beter zicht op de ondersteuningsbehoefte, waar een concreet plan voor wordt ontwikkeld, zodat de jongere op maat ook na het aflopen van de maatregel begeleid worden naar zelfstandigheid.
- Gezinsgerichte aanpak jeugdreclassering – preventie. Een aanpak voor 12 minners waarbij doelstelling is om een maatregel te voorkomen. Gezinsgerichte aanpak voorkomt dat broertjes en zusjes van jongeren die in aanraking zijn gekomen met justitie en begeleiding jeugdreclassering

eveneens in de fout gaan. In plaats van individuele jongeren wordt er naar het gezin gekeken en extra ingezet op begeleiding van 12 minners.

Aandachtspunten voor wat van gemeenten wordt gevraagd:

Garantie van beschikbaarheid van voldoende zorg en dit via korte lijnen (snel) in kunnen zetten. Dat kan door:

- maken van verbindingen met de jeugdgezondheidszorg; consultatiebureaus en schoolartsen;
- borgen van veiligheid en ontwikkeling van kinderen, door tijdig het gedwongen kader in te zetten en de wijkteams niet te lang vrijwillig door laten gaan als de veiligheid en ontwikkeling van het kind in het geding is (vrijwillig waar het kan, dwang waar het moet);
- versterken van het netwerk rondom de meest kwetsbare gezinnen door buurtwerk, maatjesprojecten e.d., monitoren van effecten en duidelijke prestatie indicatoren opstellen voor alle partijen, omdat de winst van de ene partij positieve effecten heeft voor de andere partij;
- borgen van innovaties in reguliere werkwijze, zodat de investering voor vernieuwing tijdelijk is;
- voorkomen van terugval (ook stut en steun na maatregel) Na hun 18e jaar kunnen jongeren met LVB niet op eigen benen staan. In het gezin en de omgeving van de jongere zal voldoende georganiseerd moeten worden om te voorkomen dat de jongere terugvalt;
- aandacht voor specifieke doelgroepen (o.a. kinderen en ouders met een beperking). Een relatief kleine groep, die wel een grote impact heeft (overlastgevende groepen, multi-probleem gezinnen);
- partijen in de jeugdzorgketen elkaar laten aanvullen als het gaat om het ontwikkelen van innovatieve concepten, zodat op cliëntniveau zichtbaar (ook financieel) winst te behalen is door deze keten te verbeteren;
- zorgdragen voor een regelvrije ruimte, zodat concepten ook in praktijk een kans krijgen om beproefd te worden.
- regie houden op het proces en resultaat en dat ook faciliteren , de inhoudelijke ontwikkeling bij de instellingen/partijen laten.
- budget verlagen van residentiële zorg en dagbehandeling en meer budget toekennen aan gespecialiseerde ambulante zorg;
- aparte afspraken maken over de dyslexiezorg. Dyslexiezorg is geen GGZ maar wordt wel gefinancierd via den DBC-systematiek. Dat vraagt om aparte afspraken. De aanbieders van dyslexiezorg geven ons het advies om de volgende eisen te stellen aan aanbieders van dyslexiezorg:
 - * ze moeten aangesloten zijn bij een kwaliteitsinstituut (er zijn er 2 in Nederland)
 - * ze moeten het dyslexieprotocol hanteren, overeenkomstig de zgn. veldnorm
 - * ze mogen geen contract hebben met een school (vaak vanuit historische werkwijze het geval bij voormalige onderwijsbegeleidingsdiensten);

* ga bij het bepalen van de budgetten voor de aanbieders uit van het algemeen rekenmodel van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (op basis van percentages van het aantal kinderen van 7 t/m 13 jaar in de gemeente).

4. Vervolgtraject

De meeste zorgaanbieders vroegen naar het vervolgtraject na de marktconsultatie. Hierbij worden deze stappen aangegeven. Dit als aanvulling op de planning in hoofdlijnen zoals die als bijlage bij de marktconsultatie is toegevoegd.

Uitgaande van de uitgangspunten van de samenwerkende Achterhoekse gemeenten worden, mede met de input van deze marktconsultatie, de Programma's van Eisen (PVE) en het overkoepelend inkoopdocument in de loop van juli opgesteld. Daarin wordt vastgelegd op welke wijze de Achterhoekse gemeenten de Jeugdzorg wenst in te kopen. Deze documenten worden begin augustus door de colleges beoordeeld en vastgesteld. Vervolgens zal in de loop van augustus de zorg aanbiedende partijen worden gevraagd hun offerte in te dienen. Na beoordeling van deze offertes worden, daar waar noodzakelijk, in september aanvullende gesprekken gepland waarna de contracten afgesloten kunnen worden. Voor de vrijgevestigden wordt een uniform contract opgesteld waarin bindende condities worden vastgelegd. Daarop kan door hen worden ingetekend.

Het streven is het hele proces van contractering voor 1 oktober a.s. te hebben afgerond.

Daarna kunnen partijen zich richten op het goed inrichten van hun organisatie om daarmee de transitie voorspoedig te laten verlopen.

Wij danken partijen voor hun bijdrage aan de marktconsultatie. We vertrouwen erop dat we werkbare contracten kunnen afsluiten die de continuïteit en de kwaliteit van zorg aan jeugdigen die daarvoor in aanmerking komen zullen waarborgen.

