

Verslag marktconsultaties Inkoop Jeugdhulp 2025

Maandag 02 oktober 2023

Inleiding

Het doel van deze marktconsultatie is tweeledig: we willen zorgaanbieders informeren over de stand van zaken rondom de Inkoop Jeugdzorg 2025. Daarnaast willen we op inhoud in gesprek gaan met belangstellende partijen over specifieke onderwerpen rondom de Inkoop Jeugdzorg 2025. De kennis die we opdoen, nemen we mee als input voor de verdere invulling van de Inkoop Jeugdzorg 2025.

Aanbieders zijn via Mercell en Zorgportaal uitgenodigd voor deze fysieke marktconsultatie. Aanbieders zijn na de plenaire bijeenkomst verdeeld over 5 groepen van ieder zo'n 20 aanbieders. Het verslag van deze marktconsultatie wordt, in het kader van een transparante en objectieve werkwijze, openbaar gepubliceerd zodat iedereen gelijke kansen krijgt.

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

De gespreksonderwerpen van vandaag komen voort uit de opgestelde inkoopstrategieën voor alle segmenten en de eerder uitgevoerde marktconsultaties.

Het programma van deze marktconsultatie is als volgt vormgegeven:

1. Plenaire bijeenkomst
2. Segment Wonen en verblijf
3. Dyslexiezorg
4. Segment Advies en Expertise
5. Segment Ambulant
6. Segment Crisis

Plenaire bijeenkomst

Judith Maljaars, manager OZJT opent de bijeenkomst en alle gasten worden welkom geheten. Judith geeft een introductie op de uitgangspunten van jeugdhulp waarbij de Regiovisie wordt toegelicht. Daarnaast wordt besproken dat andere projecten invloed hebben op deze inkoop, zoals de hervormingsagenda en de samenwerkingsagenda. We bevinden ons in een dynamische tijd waarin ook op financieel gebied genoeg gebeurt, zowel bij gemeenten als bij aanbieders. Judith eindigt met een heldere doelstelling: Een goed landschap creëren voor jeugdigen.

Het stokje wordt doorgegeven naar Wouter Kwakman, Integraal projectleider inkoop Jeugdhulp. Wouter start met een terugblik van het proces tot nu toe. Vervolgens wordt het programma voor de dag toegelicht en specifiek de agenda voor deze plenaire bijeenkomst gedeeld. De presentatie 'Marktconsultatie 02 oktober – plenaire sessie' wordt doorgenomen.

Betrokkenheid inkooptraject komende maanden

- De marktconsultatie van 02 oktober
- Marktconsultatie 16 oktober -> presentatie van de tarieven
 - Mogelijkheid tot digitaal aansluiten 16 oktober
- 02 november extra marktconsultatie. Nadere informatie volgt op korte termijn.
 - De uitgebreide planning van het inkooptraject zal hier ook besproken worden.

Planning

- Start inkooptrajecten medio februari 2024;

- Start implementatie medio september 2024;

Tarieven

Er lopen op dit moment drie onderzoeken ten aanzien van tarieven:

1. KPMG - reële tarieven (huidig)
2. HHM - Wmo 2025
3. Bijleveld – Jeugd 2025

Onderzoeken worden in relatie tot elkaar bekeken maar kunnen verschillende uitkomsten hebben omdat de grondslag (kan) verschillen. Relatie tussen verschillende tarievenonderzoeken: er worden op dit moment drie tarievenonderzoeken uitgevoerd. Deze zijn opgebouwd vanuit verschillende parameters als ook (mogelijke) verschillen in product definities. Dit is de reden dat de uitkomsten kunnen verschillen.

Tariefdifferentie wordt onderzocht en meegenomen in de marktconsultatie van 16 oktober.

Proces onderzoek tarieven jeugd 2025

- 5 oktober ambtelijk bespreken uitkomsten met de gemeenten (informerend)
- 11 oktober bestuurlijk bespreken uitkomsten met gemeenten (informerend)
- 16 oktober Marktconsultatie: delen uitkomsten tarieven met aanbieders
- 23 oktober deadline reacties aanbieders op tarieven (schriftelijk)
- 2 november terugkoppeling tarieven aanbieders
- 3 - 17 november gereserveerd voor verdiepende gesprekken door opdrachtgever
- 23 november definitieve tarieven gereed voor besluitvorming

KIT

Kwaliteit Integriteit model Twente (KIT) -> doel gelijktijdig met WMO, dit betekent dat de planningen van inkooptrajecten grotendeels gelijk zullen lopen. Aanbieders welke beide diensten leveren zullen hierdoor één keer door de KIT controle lopen.

- KIT wordt toegepast in regio Twente;
- Het uitgangspunt is dat voor aanbieders die ook Wmo bieden dit tegelijk gebeurt;
- Kit vindt plaats in de eerste fase van het inkooptraject en niet pas na gunning;

Sturingsmodel

Er wordt met een sturingsmodel gewerkt, de uitwerking is nog gaande.

- Het sturingsmodel is een stelsel van afspraken, processen en maatregelen om grip te krijgen en te houden op de uitvoering van het contract en de ontwikkelingen en trends in het zorglandschap van de Jeugdhulp (strategisch, tactisch, operationeel).
- Er zijn geen harde KPI's opgesteld waarop aanbieders worden afgerekend
- Voornaamste invulling van het sturingsmodel is leveranciersmanagement. Beleid, contractmanagement en wettelijke verwijzers geven allen invulling aan het leveranciersmanagement. Dit betreft het ontwikkelen en onderhouden van de samenwerkingsrelatie met de aanbieders met als doel continu een optimale bijdrage te leveren aan het realiseren van doelstellingen van OZJT/Samen14.

Tarieven

Sybe Bijleveld (Tariefonderzoeker) neemt de presentatie over.

Sybe licht het proces van het tarievenonderzoek toe middels onderstaande stappen:

- Alle zorgaanbieder gevraagd formats aan te leveren (ambulante, verblijf, dagverblijf)
- Zelfstandigen/ondernemers kunnen niet meedoen
- Tijdens aanleverperiode mogelijkheid tot overleg met onderzoeker (niet: vakantieperiode)

- Alle binnengekomen formats getoetst op volledigheid en juistheid. Niet juist?
Antwoorden buiten de bandbreedte van verwachte waarden
- Herstelmogelijkheid bij onvolledig of niet juist
- Dataverwerking. Schrappen (niet herstellde) extreme waarden
- Normering: per variabele keuze ten opzichte van het gemiddelde
- Conceptadvies
- Reacties regio
- Eindadvies

Vervolgens geeft Sybe een toelichting op de respons van het uitgevoerde tarievenonderzoek, in steekwoorden wordt onderstaande respons toegelicht:

- Ambulant: 38 ingevulde formats
- Wonen/verblijf: 21 ingevulde formats
 - 13 gezinshuizen
 - 6 woongroepen
 - 8 behandelgroepen
 - 1 driemilieuvoorziening
 - 1 crisisverblijf
 - 1 deeltijd
 - 1 hoog specialistisch wonen
 - 2 gesloten jeugdzorg
 - 2 klinische ggz

Groepszorg (dagbesteding/-behandeling): 3 formats

- Bij dagverblijf en sommige verblijfsgroepen is onvoldoende response
- Normering/tariefstelling geschiedt met externe benchmarkgegevens
- Let op: 1 grote zorgaanbieder heeft nog geen gegevens aangeleverd, deze worden later nog aan de dataset toegevoegd.

De plenaire sessie wordt afgerond door Wouter, allen worden bedankt voor de aanwezigheid.

Sub-sessie 1: Wonen en Verblijf

18 van de 20 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

In deze marktconsultatie staan de definities en de leveringsvoorwaarden van wonen en verblijf centraal. Jeugdzorgplus is hierin nog niet meegenomen. Aanpassingen naar aanleiding van onder andere deze marktconsultatie zullen in een volgende (schriftelijke) ronde worden voorgelegd aan de markt.

Kleinschaligheid

Hoe past de beweging naar kleinschaligheid in Wonen en Verblijf? Het landelijk beleid is gericht op kleinschaligheid. Hiertoe zijn bijvoorbeeld in het kader van SPUK Driemilieu-middelen verstrekt om kleinere groepen in te richten.

In sommige producten komt de beweging al tot uitdrukking. Bijvoorbeeld in de hoog specialistische (kleinschalige) woonvoorzieningen. Ook in de driemilieuvoorzieningen is hier aandacht voor, evenals in de jeugdzorgplus. Betaalbaarheid is wel een issue. De afweging moet nog gemaakt worden op welke wijze de beweging naar kleinschaligheid precies ingericht wordt. Hierbij gaat het om vraagstukken als: wordt het gelijk voor iedereen opengesteld, is kleinschaligheid een apart product of gaat het mee in het totaal en is het aan de markt en komt het in de intensiteiten terug.

Ontbreken van voorzieningen: Ouder-kindgroepen en JGGZ-bedden

Ouder-kind huizen zijn niet herleidbaar in de beschrijvingen. Sommige regio's brengen dit onder in een apart product, bijvoorbeeld Rivierenland en NO-Veluwe. Veelal wordt gewerkt met 5 gezinnen en is de behandelvraag anders waardoor het bijvoorbeeld niet past bij de beschrijving van gezinshuizen. In het huidige model is het een gestapeld product.

Er zijn twee redenen om een apart product in te richten. 1. Verwijzing, willen we de verwijzing naar een voorziening terugzien in de monitoring (op dit moment is dat voor ouder-kind groepen niet het geval). 2. Bekostiging, is het tarief passend?

Concluderend, het moet in ieder geval duidelijk zijn waar deze groepen onder vallen.

De jeugdGGZ bedden passen niet in de definities. Vanwege de gestelde eisen t.a.v. het personeel maar ook eisen als het voldoen aan de richtlijn residentieel. De JGGZ kent andere eisen. Het roept de vraag op of er niet een aparte categorie ingericht moet worden.

Actie: Karakter en Accare leveren gezamenlijk input over welke eisen wel van toepassing zijn.

Leveringseisen

Er vindt een uitwisseling plaats of organisaties vinden dat hun locaties passen bij de beschrijvingen en met welke aandachtspunten rekening gehouden moet worden in de eisen die gesteld worden.

- Het kan zijn dat zorgaanbieders voor meerdere aanbestedingen zich moeten inschrijven. De intensiteiten worden per locatie van een organisatie vooraf bepaald. Op deze manier wordt er recht gedaan aan de financiële werkelijkheid. Ook wordt voorkomen dat de discussie in de toegang plaats vindt. Goed is om ook op te merken dat het niet vanzelfsprekend is dat een specialistische woongroep een hoger tarief

krijgt dan een gewone groep. Meegegeven wordt dat het kan betekenen dat organisaties hun groepen moeten structureren, terwijl er al wel een bestaande groep cliënten is die al ergens geplaatst zijn.

- Voor een individuele behandelvraag in een woongroep kan behandeling voor een jeugdige erbij worden geplust.
- Opgemerkt wordt dat het ambulante component in de intensiteit niet terug te vinden is. Er is een groep kinderen dat niet kortdurend verblijft en wel eens naar de thuissituatie terugkeert. Het ambulante personeel loopt mee op de groep. De vraag is hoort dit bij het pedagogisch leefklimaat of hoort het bij de specifieke vraag van het kind. In de basis is het idee dat er scheiding van wonen en zorg is. In de beschrijvingen zal expliciet opgenomen worden dat bij alle woonvoorzieningen het perspectief biedend is (kind mag er langdurig wonen) maar terugkeer naar huis kan altijd.
- Op 16 oktober zal ingegaan worden op hoe de opbouw van uren tot stand is gekomen.
- De gemeente Almelo en Hengelo gaan (deels) niet met de inkoop van Ambulant-begeleiding (Hengelo gaat wel mee met de regionale inkoop voor het deel Begeleiding Intensief Groep). Voor het overige doen deze gemeenten wel mee aan de regionale inkoop.
- Hoe wordt deeltijd verblijf gepositioneerd in het model, kunnen daar aparte intensiteiten voor komen. Dat is mogelijk, in lijn IJsselland wordt deze lijn al gevolgd.
- De gezinshuizen worden goed beschreven. Men mist soms wel dat oog voor de complexiteit van de doelgroep. Er is terdege bewustwording van de complexiteit van de doelgroep gezinshuizen. De landelijke handreikingen, de ervaringen van de afgelopen jaren, inclusief de werkbezoeken die afgelegd zijn hebben hieraan bijgedragen. Ook wordt gemist dat sommige gezinshuizen zelf behandelen. Wonen en zorg is hier niet gescheiden. Dit is met name een probleem als in het intensiteitenmodel de gezinshuizen gemaximeerd worden, dan komt men niet uit met het tarief. De landelijke handreiking tariefstelling gezinshuizen wordt overigens gevolgd.

Actie: er wordt een sessie georganiseerd waarin met een aantal gezinshuizen het intensiteitenmodel wordt ingevuld, om te ervaren wat het gaat betekenen. Via Mercell zal men zich hiervoor kunnen aanmelden.

- Een ander belangrijk punt is hoe om te gaan met groepen waar behandelaars actief aan deel nemen. Een voorbeeld is de samenwerking van de jeugdggz op de groep van een jeugdhulpaanbieder. Vindt er een stapeling plaats of komt het terug in 1 intensiteit. Vraag is wat hoort bij "het bed". Actie: ook hiervoor wordt een aparte sessie georganiseerd. Informatie volgt via Mercell.
- Waarom wordt in de beschrijving genoemd dat de voorziening bedoeld is voor tot leeftijd 21 jaar. De tekst volgt uit de richtlijnen NJI. Maar het is en blijft aan de gemeente of na 18 jaar inzet plaats vindt. Er wordt gekeken of de tekst hierop aangepast wordt voor de duidelijkheid.

Stellingen en vragen

Kan mbo3 ingezet worden voor hoog specialistische kleinschalige woonvoorzieningen/behandelgroepen/driemilieuvoorziening?

- Mbo3 kan ingezet worden maar kan niet alleen werken. De jeugdhulpaanbieder is en blijft verantwoordelijk voor het zich houden aan de norm van verantwoorde werktoedeling. Deze bepaling kan helpen bij de huidige krapte op de arbeidsmarkt. Welke functiemix is realistisch MBO4/ HBO (SKJ)?
- De functiemix zal uit het onderzoek naar intensiteiten naar voren komen. Relevanter is de vraag of er een normering moet komen. Een mbo met EVC is gelijk aan HBO SKJ. Uitgezocht wordt hoe de exacte procedure en voorwaarden van EVC zijn. Alleen een mbo4 mag alleen onder supervisie van HBO op de groep.

Is er een WO+ (bijvoorbeeld GZ-psycholoog) nodig op de groep, naast bv GW'er?

- Is het ook mogelijk om deze alleen beschikbaar te hebben op consult basis. De vraag is of zij dan verantwoordelijkheid willen dragen. Er zijn wisselende beelden hierover.

Hoeveel uren GW'er is gewenst.

- Cliëntgebonden of team? Vak therapie hoort bij ambulante. Hier gaat het om de mensen die specifiek naar leefklimaat groep kijken, hoe bv de groepsdynamiek is. Men neigt ernaar om een ondergrens te hanteren. Bij bekostiging komt direct, indirect uren terug.

Er is geen verschil tussen kleinschalig driemilieu en kleinschalige specialistisch wonen?

- Eisen zijn eigenlijk hetzelfde, het doel is alleen anders. Roept de vraag op of het een apart product moet zijn. Wel als het wenselijk is apart te monitoren.
- Vroeger was 3M op het terrein. In overhead en in ondersteunende diensten gaat het wat doen als de voorzieningen in de wijk zitten.

Aanbieders verblijf zijn verplicht om ambulant aan te bieden.

- Iedereen stemt hiermee in

Aanbieders zijn verplicht meldingen van het (nog te ontwikkelen) Coördinatiepunt Wonen en verblijf aan te nemen.

- Uitwerking is onderdeel van de Samenwerkingsagenda. We nemen het mee in de inkoop als deze gereed is of bouwen ruimte in om dit in de toekomst mogelijk te maken. Bestaande meldpunten zoals voor pleegzorg of jeugdzorgplus wordt mee samengewerkt.
- Aanbieders kunnen hier niet aan meewerken. Een gedragswetenschapper is verantwoordelijk. Bij pleeggezinnen en gezinshuizen is matching met de andere kinderen essentieel. Dit geldt ook voor de groepen van wonen en verblijf.

Overig

Neem samenwerkingsverplichting op op *clientniveau*. Dit betreft overdracht van informatie en ook de beschikbaarheid van werkers. Eenieder moet gericht zijn om samen te werken voor de jeugdigen.

Actie: In bestek komen eisen over hoe het verwijzproces loopt. De wens van de gemeenten is om dit scherp neer te zetten. Er komt een sessie met toegangsmedewerkers, GI's en aanbieders hoe dit eruit komt te zien.

De term *pleegzorgbegeleiding* wordt in het werkveld gehanteerd maar qua product valt het onder wonen. Met name met inzetten van intensieve pleegzorgbegeleiding ontstaat hierover verwarring, men ziet het dan als een ambulante behandelproduct.

12 kinderen op een groep is te veel, 8-10 is te doen. Hier wordt naar gekeken.

Sub-sessie 2: Dyslexiezorg

5 van de 6 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

Organisatie marktconsultatie

De documenten zijn vooraf via Mercell gepubliceerd. Aanbieders geven aan dat het een zoektocht was om de documenten binnen Mercell te vinden. Het verzoek is dan ook om de volgende keer concreter aan te geven waar documenten vindbaar zijn. Een overzicht van de beschikbare documenten en de vindplek zou daarbij helpend zijn.

Het inschrijven ging ook niet vanzelfsprekend. Meerdere aanbieders hadden zich ingeschreven maar kregen later nog een bericht met het verzoek zich in te schrijven. Verzoek om een bevestiging van inschrijving te sturen.

Daarnaast is de vraag/antwoord mogelijkheid binnen Mercell niet helder voor aanbieders. Aanbieders krijgen melding dat vragen beantwoord zijn maar kunnen niet zien of het gaat om de door hen zelf ingediende vraag. Ordening van vragen en antwoorden is niet duidelijk.

De opmerkingen rondom Mercell worden overgebracht naar de inkopers.

In de marktconsultatie bespreken we de vragen aan en van de markt. Tevens is het concept-bestek doorgenomen. Hieronder staat per onderwerp een beschrijving hetgeen besproken.

Trajectbekostiging

- Het voornemen is om het traject dyslexiezorg te bekostigen middels een trajectbekostiging met vaste prijs ($p \cdot q$) gebaseerd op een gemiddelde hoeveelheid uren. Een opsplitsing van het diagnostiek en behandeltraject is daarbij denkbaar.
- Trajectprijs is meestal gebaseerd op een gemiddelde van bandbreedte vanuit het NKD-protocol. De aanwezige aanbieders geven aan dat een gemiddelde van 60 uur behandeling wel richtinggevend is.
- Het risico van een trajectprijs is cherry picking. Bijv. kinderen met TOS (taalontwikkelingsstoornis) hebben meer uren inzet nodig om de doelen te bereiken. Deze doelgroep is daardoor commercieel gezien niet interessant. Daarnaast bestaat het risico dat aanbieders gaan sturen op de inzet van zo min mogelijk behandelingen
- Gemiddeld is er een inzet van 60 behandelingen waarbij de praktijk is dat er max 10% van de jeugdigen meer nodig heeft (70 uur maximaal). Schatting ook dat ca. 10% van de jeugdigen minder behandelingen nodig heeft. Daar waar er nu meer behandelingen nodig

zijn wordt in overleg getreden met de betrokken gemeente. Er zijn regio's die voor deze 10% een aparte beschikking afgeven.

- Als de tarieven financieel te scherp zijn, gaan aanbieders mogelijkheden zoeken om het uit te laten komen.
- Voordeel van de trajectbekostiging is administratieve lastenverlichting.

Trajectduur

- Trajectduur worden beïnvloed door jeugdigen die tussentijds verhuizen naar een andere regio (komt weinig voor). Deze maken geen vol traject door. Vraag is hoe om te gaan met de bekostiging in een dergelijke situatie.
- Dyslexiezorg is geprotocolleerde zorg, goed inzichtelijk te maken. Je stopt wanneer de doelen (meetbaar) zijn bereikt. Aantal behandelingen kan wisselen per cliënt, kan groot verschil in zitten.
- In de concepttekst staat een maximale trajectduur van 2 jaar. Aanbieders geven aan dat hier veelvuldig overheen gegaan wordt en ze pleiten voor een ruimere trajectduur. Bijv. bij onderbreken dyslexie behandeling door andere behandeling vanwege de co morbiditeit of vanwege het follow-up moment.
- Zo optimaal/effectief mogelijk inzetten is het uitgangspunt.
- Wat is comfortabel gemiddelde? Nu maximaal 60 sessies, 70 uur inclusief indirecte tijd. Aanbieders geven aan dat dit reëel is.

Instroom/verwijzing/poortwachter

- Het nieuwe NKD-protocol is van kracht. Dit heeft de toestroom enerzijds beperkt (geen spellingsproblematiek) maar anderzijds ook breder opengezet (co morbiditeit is erbij gekomen). Door de toename op co morbiditeit is de complexiteit toegenomen welke meer inzet vergt.
- De betrokkenheid bij jeugdigen met co morbiditeit is in nieuwe protocol formeel geregeld, praktijk is dat deze jeugdigen voorheen ook wel dyslexiebehandeling ontvingen.
- TOS (taalontwikkelingsstoornis) kunnen ook dyslexie hebben (in tegenstelling tot wat eerder werd aangegeven binnen het protocol)
- Instapniveau is lager dan voorheen, vraagt meer tijd voor behandeling.
- Inhoud diagnostiek: onderzoeken wat het probleem is, dyslexie of een andere stoornis die de behandeling van dyslexie in de weg kan staan. Indien uit het diagnostisch traject een vermoeden is van een andere stoornis kan een breder diagnostiek traject benodigd zijn. Hier is een aparte verwijzing voor nodig.
- Verwijzing vanuit onderwijs heeft een makkelijkere ingang bij dyslexie dan ggz aanbieders. Soms wordt daardoor snel gekozen voor een aanmelding bij dyslexie-aanbieders
- Poortwachtersrol: dossier moet voldoen, verwijzer moet aangeven als vermoeden co morbiditeit is.
- Poortwachter: partij moet goed weten waar het over gaat, protocol toepassen heeft dyslexie aanbieders tijd gekost. Inzet van een andere partij als poortwachter scheelt aanbieders wel werk.

Overig

- Dyslexie- en GGZ-behandeling kan bij dezelfde aanbieder (indien zij deze expertise in huis hebben) Dit vinden aanbieders juist goed.
- Bijkomende taken: gesprekken met ouders, school, evaluatieverslag, in systeem zaken aanleveren. Samenwerking tussen dyslexieaanbieders en onderwijs moet intensiever. Dit kost investering maar op termijn levert dit veel op. Nu is deze samenwerking niet georganiseerd en vind het veelal plaats op initiatief van een dyslexie aanbieder. Risico

bestaat dat wanneer een aanbieder te kritisch is op de werkwijze van de school dat zij minder snel verwijzen naar deze aanbieder.

- Het is wenselijk om de lijnen tussen dyslexie aanbieders en onderwijs beter tot stand te brengen. Onderwijs kan preventiever werken en dyslexie aanbieders kunnen hierbij ondersteunen. Indien dit gewenst is zou hier in de aanbesteding in voorzien moeten worden door het beschikbaar stellen van tijd bijv. lumpsum). Hoe wil je dit in de keten beleggen? Zit niet in trajectprijs, is alleen behandelingen. De vraag is of dit aan de jeugdwet is of een taak binnen passend onderwijs.
- Let op: preventie, verbinding onderwijs en zorg niet in trajectprijs opgenomen.

Openstaande vraag:

Waarom is omvang van diagnostiek teruggebracht van de huidige 900 minuten naar 720 minuten.

Antwoord: De 720 minuten (12 uur) is gebaseerd op onderstaande tekst uit het NKD-protocol.

2.5.3 Duur van het diagnostisch traject

*De complexiteit en heterogeniteit van de problematiek bij ernstige dyslexie vraagt om een uitgebreide diagnostische beoordeling om een genuanceerd beeld te verkrijgen van het individuele kind en voldoende aanknopingspunten te verzamelen voor het opstellen van een gepersonaliseerd behandelprogramma. Voor het gehele diagnosetraject (dossieranalyse, intake, testafname, rapportage, outtake) dient gemiddeld **12 uur** gerekend te worden. Deze indicatie is gebaseerd op de praktijkervaring (zie ook Latta et al., 2007) en sluit aan bij de duur van diagnosetrajecten bij andere stoornissen in de kindertijd*

Sub-sessie 3: Advies & Expertise

19 van de 20 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

Agenda

- Welkom en voorstelronde
- Inkoopproces
- Inhoud
- Bekostiging
- Afronding

Opening

Marktconsultatie rondom Inkoop Jeugdhulp 2025, met specifieke aandacht voor het product "Advies & Expertise". De aanwezigen waren vertegenwoordigers van diverse zorgaanbieders met mogelijke interesse in inschrijving.

Scope van het product

Het product Advies & Expertise is een product dat wordt ingericht i.r.t. vraagverheldering aan de kant van de verwijzer. Het product heeft een bandbreedte van 0 tot 15 uur en wordt door middel van een Lumpsum gefinancierd. Bij dit product wordt geen gebruik gemaakt van het berichtenverkeer. De vraagverheldering staat centraal. Het moet een aanvullende meerwaarde zijn op de kennis die de toegang al heeft.

Het bieden van advies en expertise op het gebied van verslavingszorg is onderdeel van het product. Dit geldt ook voor huiselijk geweld. Hierbij wordt gemeld dat het moet gaan om meervoudige problematiek.

Vanuit de markt wordt een vraag gesteld i.r.t. KiECON en Integrale vroeghulp: vallen deze producten, die in sommige gemeenten worden aangeboden, binnen de scope van advies en expertise? Antwoord: zolang het binnen de definitie en bandbreedte valt van dit segment is het onderdeel van het product Advies & Expertise.

Wat valt buiten de scope: de contractpartij/ aanbieder hoeft niet te weten wat het actuele zorgaanbod is. Het inzetten van een eventuele behandeling of ander zorgproduct is de taak van de verwijzer en valt niet onder dit product Advies & Expertise. Lokale toegang heeft zelf kennis van het aanbod in het voorliggende veld.

Kleinere aanbieders vragen zich af hoe de diensten die zij aanbieden zich verhouden tot dit product. Er wordt toegelicht dat dit enkel en alleen gaat over advies en expertise en dat dit niets zegt aan wie een eventuele zorgtoewijzing toegewezen wordt.

Centraliseren naar één aanbieder

Ondanks dat we in een eerdere fase over meer contracten hebben gesproken, gaat de voorkeur van de aanbestedende dienst uit om toch één contract voor advies en expertise aan te gaan. Waarom? Om alle kennis op één plek te bundelen, aanbieders te stimuleren om samen te werken, en simpelweg omdat het efficiënter is.

De markt gaf de volgende aandachtspunten mee. Één centraal punt betekent niet per se één contractpartij. Dit klopt, partijen kunnen samen inschrijven of ervoor kiezen om samenwerking aan te gaan. En kan één partij dit wel aan? Voor één partij is het moeilijk om alle kennis te organiseren er ontstaat hierdoor een afhankelijkheid van andere zorgaanbieders. Voordeel is dat er flexibiliteit ontstaat in relatie tot inhuur. Daarnaast wordt ook aangegeven dat dit administratief een last met zich meebrengt. Als laatste risico wordt de machtsverhouding die kan ontstaan tussen aanbieders genoemd.

Het idee van centralisatie blijft een mix van kansen en uitdagingen. Echter wordt door de markt het product advies en expertise wel erkent als een kans om samen te werken. Het product wordt als positief ervaren.

De markt geeft als aandachtspunt mee dat het belang van samenwerking wordt gezien maar dat het risico wordt gezien om stimulatie van mogelijke kartelvorming. Dit moet te allen tijde worden voorkomen.

De markt ziet het product overall als kans om de jeugdigen de goede zorg te kunnen leveren. Tevens wordt geadviseerd om verklarende analyse onderdeel te maken. De behandelaar moet deze verklarende analyse overnemen en dus draagt dit bij aan een doelmatige en efficiënte werkwijze.

Verantwoordelijkheid bij adviesverlening

Er wordt gesproken over de verantwoordelijkheid en reikwijdte van het geven van advies. De markt stelt een vraag over de verantwoordelijkheid van het advies en het vervolg. De contractant is wel verantwoordelijk voor het advies. Echter wordt het advies teruggelagd bij de verwijzer. De verwijzer is vervolgens verantwoordelijk voor het inzetten van een eventueel zorgtraject.

Eerder opgedane ervaringen

Het product Advies & Expertise wordt door de markt gelinkt/herkent in de werkwijze van het OJA-principe. Het OJA bestaat inmiddels 5 jaar en heeft zich ontwikkeld tot een goed functionerend product. De markt adviseert de aanbestedende dienst ervaringen hiervan op te halen om eens te kijken of we hiervan kunnen leren. Daarnaast wordt gezien dat de ontwikkeling van het product goed gaat en dat de verachting van het product Advies en Expertise in een lijn liggen.

Inkoopproces en SAS-aanbesteding

Het inkoopproces en de gunningsprocedure worden toegelicht. Het gesprek gaat over de gunningscriteria en de toegevoegde waarde van kennis en expertise. Waarschijnlijk wordt er gebruik gemaakt van een referentie uitvraag. Zie voor verdere informatie de bijbehorende PP.

Monitoring en registratie

De markt adviseert om het product navolgbaar te maken. De aanbestedende dienst geeft aan dat het advies objectief moet zijn en geen aanleiding mag geven tot inzet van eigen behandelingen. De markt vraagt om dit te monitoren. De aanbestedende dienst geeft aan dit een goed idee te vinden en gaan dit proberen om het product op die manier in te regelen.

Uitdaging hierbij is dat het berichtenverkeer wordt losgelaten en dat er een andere vorm van monitoring ingericht zou moeten worden.

Verder wordt gevraagd om tijdens het inzetten van het product de volgende gegevens bij te houden:

- Soort verwijzer
- Gemeente
- Aantal

Hier zijn geen bezwaren tegen. Markt geeft aan naar alle waarschijnlijkheid meer te moeten administreren.

In de eisen wordt verwezen naar mogelijke diagnostische instrumenten i.r.t. de vraagverheldering.

Reactietermijn

De reactietermijnen worden voorgelegd aan de markt.

Er wordt toegelicht dat het belangrijk is om tijdig te reageren. De toegang moet binnen 6 weken de casus behandeld hebben.

De markt ziet het nog wel als een uitdaging om capaciteit voor dit product goed in te regelen. Dit komt omdat het nog niet precies duidelijk is hoeveel vragen binnen komen en hoe eventuele samenwerkingen worden ingericht. De markt adviseert om het gesprek hierover met de winnende partij te voeren. De aanbestedende dienst geeft aan dat dit waarschijnlijk een onderdeel is van de BPKV en dat een inschrijver hier actief over na moet gaan denken.

Bekostiging

De aanbestedende dienst is voornemens om de financiën via lumpsum te regelen. Na een jaar zou een evaluatie plaatsvinden. Er is gekozen voor een jaar omdat er op dat moment voldoende gegevens zijn om ook een goede evaluatie uit te kunnen voeren. De markt geeft aan dat er een spanning zit tussen het beschikbaar hebben en houden voor het product Advies & Expertise, het beschikbare budget en het aantal vragen die nu nog moeilijk in te schatten zijn. Dit vraagstuk wordt nog complexer wanneer de partijen gaan samenwerken en waarbij verschillende partijen een deel van de bezetting organiseren. Financiële zekerheid voor het opzetten en het ontwikkelen van het product is van belang.

Afronding

Er wordt een korte samenvatting gegeven van de besproken punten als ook een toelichting op de vervolgstappen.

Op maandag 16 oktober en donderdag 2 november zullen er opnieuw marktconsultaties plaatsvinden.

Actiepunten

- Uitzoeken: Verhouding verwijzingen vanuit de huisarts.
- Aandachtspunt: Hoe verhoudt het product 'advies en expertise' zich tot nieuwe initiatieven in Hengelo en Enschede?
- Overwegen: Inzet van ervaringsdeskundigen.
- Besluitvorming: Bekostiging en financiële planning.
- Uitwerken: Concrete voorwaarden en afspraken m.b.t. samenwerking in contracten.

- Evaluatie: Leren van bestaande modellen zoals OJA.
- Aandachtspunt: stel het kind gaat na het inzetten van Advies & Expertise door naar diagnostiek (Ambulant) hoe voorkom je dan overlap.

Sub-sessie 4: Ambulant

18 van de 20 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

Ambulant is eerder op de marktconsultaties besproken. Aanbieders is gevraagd is te reageren op de ambulante definities, daar is weinig gebruik van gemaakt. Op de eerder gedeelde definities zijn een paar aanpassingen gedaan o.b.v. de opmerkingen. De aangepaste versie is opgenomen in de presentatie.

Begeleiding basis individueel

Stelling:

1. *begeleiding basis minimaal Mbo3 zorg gerelateerde opleiding*
 - Mbo4 is in de meeste gevallen het minimaal benodigde opleidingsniveau aangezien zelfstandigheid nodig is voor de individuele jeugdhulp. Er zijn echter situaties waarbij Mbo3 voorkomt. De aanbieder bepaalt wat in welke situatie passend is.
 - Norm verantwoorde werktoedeling geeft al kaders.
2. *ervaringsdeskundige minimaal Mbo3 niveau*
 - Er zijn verschillende opleidingen voor ervaringsdeskundigheid, variërend van Mbo3 tot Hbo niveau. Er zijn ook aanbieders die intern cursussen geven.
 - Ervaringsdeskundigen worden op verschillende manier ingezet, als pedagogisch medewerker (maar dan voldoen ze aan de opleidingseisen), maar ook aanvullend op medewerkers op onderdelen van het traject.
 - Ervaringsdeskundigen ontvangen nu vaak een vrijwilligersvergoeding of worden betaald zonder dat daar een vergoeding tegenover staat.
 - Ervaringsdeskundige is altijd onderdeel van traject en wordt niet zelfstandig ingezet. Altijd inzet in combinatie met andere medewerkers (Hbo of WO geregistreerd).

Begeleiding intensief individueel

Algemene opmerkingen:

- Systeemtherapeuten kunnen zich niet registreren bij het SKJ. Zij kunnen zich registreren in het kwaliteitsregister van de NVRG. De vereiste opleiding is nu op WO-niveau, maar er zijn systeemtherapeuten die een afgerond hbo-opleiding hebben die eerder wel volstond voor registratie.
- Er is geen vaktherapeut aanwezig bij de marktconsultatie.
- Bij de definitie staat de volgende tekst: "gezinssysteem specialistische therapeutische interventie". Zoals het hier omschreven is valt het onder behandeling. Door de tekst aan te passen naar interventie (dus de tekst daarvoor weglaten) is de definitie volgens de aanbieders meer passend.

Stellingen

1. Vaktherapie dit niet wordt gegeven onder supervisie van een gedragswetenschapper of behandelaar valt onder begeleiding intensief

Aanbieders erkennen dat er verschil zit in een zelfstandig werkend vaktherapeut en een vaktherapeut die wordt ingezet als onderdeel van een bredere behandeling (onder supervisie van een behandelaar).

Begeleiding als term lijkt niet te passen bij vaktherapie, het gaat meer om de definitie van dit product en die lijkt wel passend.

2. E-health kan vervangend zijn voor fysieke begeleiding of behandeling

De vraag is wat de definitie is van e-health, dat is een breed begrip. Het kan om een volledig digitale behandeling gaan, vervangend op onderdelen of een app die de begeleiding of behandeling ondersteunt. Al toepassen voor bijvoorbeeld rapportages levert tijd op voor medewerkers.

Aanbieders maken al gebruik van een vorm van e-health. Dit is altijd wel in combinatie met 1-op-1 contact met een medewerker. Het hangt af van de situatie of dit passend is, bijvoorbeeld bij veiligheidsissues niet. Ook wisselt het per casus en module of het vervangend kan zijn voor fysiek contact of aanvullend is.

Er zit in het huidige tarief geen prikkel in voor aanbieders om te gaan ontwikkelen op het gebied van e-health. Het is wel gewenst, dit kan helpen bij de krapte op de arbeidsmarkt. Het betekent minder reistijd en daardoor kunnen meer cliënten worden geholpen in dezelfde tijd.

Behandeling basis individueel

Toelichting:

Behandeling basis onderscheidt zich van behandeling intensief doordat ook een gedragswetenschapper als specialistisch behandelaar kan worden ingezet. In de concept leveringsvoorwaarden is het minimum opleidingsniveau Hbo (intensief Hbo+).

De Hbo'er werkt onder toezicht van een specialistisch behandelaar/regiebehandelaar. Deze specialistisch behandelaar is betrokken, hoeft niet standaard aanwezig te zijn bij bijvoorbeeld evaluaties. Aanbieders geven aan dat de specialistisch behandelaar ook betrokken moet worden in crisisgevoelige situaties, dit is nu niet in de tekst opgenomen.

Opmerkingen/vragen van aanbieders:

- In de definitie van behandeling basis wordt de term 'psychische aandoening' vermeld. Dit maakt dat de behandeling psychiatrisch is, dit is niet zo bedoeld en meer passend bij behandeling intensief. Suggestie is om 'psychiatrisch' voor aandoening te verwijderen, dan dekt het de lading.
- Zoals de omschrijving nu is kan een basisorthopedagoog of basis psycholoog zelfstandig een behandeling doen. De specialistisch behandelaar is betrokken. Het gaat hier dan in termen van GGZ om basis GGZ.
- Registratie eisen systeemtherapeut: zie begeleiding intensief.
- GGZ-aanbieders geven aan dat ze zo werken dat een regiebehandelaar afweegt of behandeling basis of intensief wordt ingezet.
- GGZ kent andere eisen dan bij J&O en LVB. De omschrijving loopt nu door elkaar. De gemeenten geven aan dat zij dit dilemma ook zien. Er zit verschil in deze doelgroepen.

Behandeling intensief individueel

Toelichting:

Verschil behandeling basis:

Min. Hbo+

Eindverantwoordelijkheid specialistisch behandelaar (in plaats van betrokkenheid).

Gedragswetenschapper is geen specialistisch behandelaar.

Vragen/opmerkingen van aanbieders:

- Waar staat de + voor? Is dit een officieel post hbo-diploma of volstaat een specialisatie/aanvullende opleiding? Dit zou specifiek omschreven moeten worden.
- Aanbieders geven aan binnen een behandeling dat diverse behandelaars worden ingezet die Hbo opgeleid zijn en niet Hbo+. Voorbeelden zijn een vaktherapeut of gezinsbehandelaar.
- De Hbo' wordt naast een behandelaar ingezet, juist ook bij een complexe behandeling. Dit gaat altijd in een multidisciplinair team.
- Een minimum opleidingseis van Hbo+ gaat verder dan de eigen voorwaarden van de GGZ-sector.

Dit is een dilemma. Gemeenten willen een specifieke doelgroep bij behandeling intensief onderbrengen. Als de minimumeis wordt aangepast naar Hbo dan geldt dezelfde eis als bij behandeling basis. Dit wordt dan te breed, onderscheid zit dan alleen nog op het multidisciplinaire team en de specialistisch behandelaar (geen gedragswetenschapper). De afbakening zit op de doelgroep, maar door het niet goed af te bakenen in de leveringsvoorwaarden is de verwachting dat discussie in de uitvoering ontstaat over wat in te zetten. Dit is niet wenselijk. Bovendien kan het leiden tot opwaartse druk naar behandeling intensief.

Begeleiding groep basis

Toelichting: leveringsvoorwaarden zijn gelijk aan individueel.

Opmerkingen/vragen van aanbieders:

Bij groep is het minimum opleidingsniveau Mbo3 geven aanbieders aan. Er staat altijd wel iemand naast met een opleiding op minimaal Mbo4 niveau.

Twee verwijzingen voor individueel en groep naast elkaar kan, maar niet op hetzelfde moment.

Vrijstelling van onderwijs: bij afbouw bedden wordt onderwijs steeds knellender. Gaat problemen opleveren in de praktijk als het zo strak wordt geformuleerd. Het komt voor dat er jeugdigen niet naar school gaan zonder dat er een vrijstelling is. De aanbieders moeten dan wel voor opvang/dagbesteding zorgen. De leerplichtambtenaar heeft hier een belangrijke rol in. Vraag wie gaat het oppakken. Verantwoordelijkheid van het onderwijs, maar die verwijzen naar zorg.

Begeleiding intensief groep

- Definitie aanpassen (zie individueel)
Mbo3 of 4? Levert geen problemen op als je er Mbo4 van maakt. In praktijk wel deel van de groep inzet van Mbo3 (bijvoorbeeld even sport of spel tussendoor) onder supervisie van. Mbo3 dus niet uitsluiten geven andere aanbieders aan

Behandeling basisgroep

- Min. hbo-opleidingsniveau is haalbaar volgens aanbieders.
- Een groepsgrootte van maximaal 6 kinderen per behandelaar volstaat in de meeste gevallen.
- Uitzondering hierop is de crisismodule groep. Deze kent vanwege de beschikbaarheid van jeugdhulp een flexibel aantal kinderen. Dit kan variëren van 3 tot 6 kinderen per begeleider.

Behandeling intensief groep

- HBO+ zie opmerkingen bij behandeling groep individueel
- Groepsgrootte zie basis (1:4): aanbieders geven aan dat dit vrij veel is. Kleinere groepen komen voor.
- Er is een categorie waarbij je flexibel wilt kunnen inzetten: een deel van de individuele behandeling wordt in groepsvorm gedaan. Er is dan vaak sprake van inzet van meerdere behandelaars op een groep. Vraag is hoe dit in te passen is. Valt dit onder behandeling groep of kan het onder behandeling individueel weg worden gezet? Hoe wordt in dat laatste geval gedeclareerd?

Algemene opmerkingen:

- KDC: geen aanbieders aanwezig die dit leveren. Wordt nog apart naar gekeken.
- Maximale duur behandeling in oorspronkelijke document (max 2 jaar) is eruit gehaald.
- Logopedie is geen Jeugdwet, maar ZVW.
- Diagnostiek maakt onderdeel uit van behandeling.

Ambulante alternatieven voor afbouw van verblijf

- Nog in ontwikkeling. In principe wordt dit ondergebracht bij begeleiding of behandeling. Als er sprake is van afwijkende eisen of bekostiging dan wordt dit apart opgenomen als ambulante alternatief in het productenboek.
- Deel landt in samenwerkingsagenda (integraal ambulante team). Wens om te koppelen aan een verantwoordelijkheid van aanbieders.

Vervolg

- De presentaties van de marktconsultaties en de verslagen worden a.s. vrijdag (05 oktober) gepubliceerd in Mercell.
- De aangepaste definities, n.a.v. deze marktconsultatie, worden ook gedeeld.

Sub-sessie 5: Crisis

9 van de 12 uitgenodigde aanbieders waren aanwezig.

1. Opening

Voorzitter heet iedereen welkom en licht agenda toe. Op de agenda staan inkoopproces, inhoud en bekostiging. Voorstelrondje volgt.

2. Perceelindeling

Perceelindeling en het aantal contractanten per sub-perceel wordt toegelicht:

De subtender Crisis is onderverdeeld in Crisis Triage en Crisis Interventie. Beide onderdelen kennen een aantal percelen. Te weten:

Crisis Triage bevat de percelen:

1. Coördinatiepunt Spoedhulp (1 contractant)
2. Crisisdienst GGZ-jeugd (2 contractanten)

Crisis Interventie bevat de (sub)percelen:

3. Ambulante crisiszorg (7 contractanten)
4. Crisis verblijf in drie sub- percelen:
 - Licht verstandelijke beperking (1 contractant)
 - Algemeen (1 contractant)
 - Jeugd GGZ (1 contractant)
5. Crisispleegzorg (5 contractanten)

Vraag aanbieder: Hoe verhoudt het aantal voorgenomen contractanten zich tot het aantal huidige contractanten. Antwoord: Hebben nu minder contractanten hierdoor de mogelijkheid om ruimer dus meer partijen te contracteren.

De SAS-aanbestedingsprocedure wordt toegelicht. Een SAS-procedure biedt meer vrijheid om dingen in te richten dan een reguliere Europese aanbestedingsprocedure. Er zal worden gewerkt met een hoofdtender en een subtender. Het KIT-instrument (Kwaliteit- en Integriteitsinstrument Twente) is toegevoegd aan de hoofdtender. Zowel de selectie als gunning zal in één fase plaatsvinden bij deze SAS-procedure en zal dus niet worden opgeknipt in een aparte selectie- en gunningsfase. Deze vorm van selectie en gunning in één fase heeft het karakter van een openbare procedure.

3. Toetsing gunningscriteria

Gunningscriteria worden aan de markt voorgelegd en gevraagd wordt of er aanvullingen zijn.

- *Gunningscriteria kwaliteit*

Vraag aanbieder: Zijn er specifieke methodieken als kwaliteitscriteria toegevoegd?

Antwoord: Bij Ambulant wordt wel ASH of FF gevraagd. Aanbieder geeft aan dat FF organisatielicenties niet worden uitgegeven. IHT staat er ook in. Hiervoor is aanvullende crisisscholing nodig.

Vraag aanbieder: Kenniscentrum wordt genoemd maar wat wordt daar onder verstaan (nadere actie uitwerken waar de definitie kenniscentrum voor staat). Antwoord: Bijvoorbeeld een landelijk orthopedagogisch behandelcentra bedoeld om aan te sluiten bij landelijke ontwikkelingen, nieuwe ontwikkelingen. Daarom willen we dat aanbieders zich daarbij aansluiten. Conclusie is wel dat wat er onder kenniscentrum wordt verstaan, geconcretiseerd moet worden.

Vraag aanbieder: als het goed is zijn alle eisen gespecificeerd vanuit de regiovisie. Veiligheid zijn daar nu speciale eisen voor? Dat je methodisch werkt bijvoorbeeld. Antwoord: Wordt nagekeken in hoeverre mee te nemen bij kwaliteitseisen. Tevens wordt er aangevuld dat methodisch werken een onderdeel is van het KIT-instrument (Kwaliteit- en Integriteitsinstrument Twente).

Vraag aanbieder: Hoe groot is het verschil tussen de eisen in de hoofdtender en de sub-tender? Antwoord: Hoofdtender zijn de minimale eisen die gelden voor alle sub-tenders. De eisen in de sub-tender zijn specifieke eisen voor deze sub-tender, in dit geval Crisis. Zorg bij aanbieders is dat er veel plannen van aanpak ingeleverd moeten worden. Uitgelegd wordt dat plan van aanpak alleen ingeleverd hoeft te worden bij de aanbestedingsprocedure, en niet bij de toelatingsprocedure. Dit is dus alleen van toepassing is bij de sub-tender Crisis en Advies & Expertise.

Vraag/opmerking aanbieder: Je weet eigenlijk als aanbestedende dienst exact hoe het huidige zorglandschap eruitziet en hoeveel contractanten er zullen komen, waarom wordt er dan nog zo'n uitgebreide procedure gevolgd waarin we dergelijke lange plannen van aanpak aan moeten leveren. Gesuggereerd wordt dat de plannen van aanpak qua omvang in A4 teruggebracht kunnen worden, dit wordt meegenomen in de werkgroep.

Vraag aanbieder: Er is nu 1 partij gecontracteerd voor het onderdeel Crisis GGZ, is er een beeld van hoeveel buiten regionale plaatsingen er worden gedaan? Antwoord: er is voor 1 contractant gekozen aangezien we maar met één partij een beschikbaarheidsfinanciering willen afspreken bij crisis GGZ. Er is geen direct beeld van hoeveel buiten regionale plaatsingen er zijn gedaan.

Vraag aanbieder: Crisisgezinshuizen doen niet mee, moeten die niet meedoen? Aanbieders geven aan dat voor crisisgezinshuizen een uitzondering gemaakt zou kunnen worden voor max 6 cliënten, dus meer dan 6 cliënten plaatsen. Aangegeven wordt dat dit niet in lijn is met de uitgangspunten in het segment wonen en verblijf, product gezinshuizen. Wordt wel meegenomen als aandachtspunt om eventueel iets te voor bedenken in de inkoopgroep.

Gevraagd wordt aan de aanbieders of er specifiek (aanvullende) gunningscriteria te bedenken zijn, passend bij de percelen voor crisistriage aanvullend op de voorgestelde Crisis gunningscriteria op het gebied van kwaliteit. De voorgestelde gunningscriteria zijn minder van toepassing op triage geven aanbieders aan maar aanbieders hebben daarnaast ook geen aanvullingen.

- *Gunningscriteria Kwaliteit personeel. Zijn hier aanvullingen op, bijvoorbeeld minder A4?*

Aanbieder geeft aan dat het wel ver gaat. Bijvoorbeeld aangaande welzijn van het personeel. Aanbieder is HKZ gecertificeerd en dan mag je er wel van uitgaan dat dit goed geborgd is. Juist de dingen die niet onder HKZ vallen daar zou je meer op uit willen vragen, zoals innovatie.

Verder is behoud personeel lastig geven aanbieders aan, dat is een landelijke trend. Voor kwaliteit Crisis hulp is het wel belangrijk om iets te zeggen voor kwaliteit personeel. Wat je niet afvangt in harde kwaliteitseisen terug laten komen in gunning. Dat lijkt nu soms dubbel en in beiden terug te komen. Criteria zouden minder algemeen moeten en meer toegespitst moeten zijn op Crisis.

- *Gunningscriteria samenwerking*

Toegelicht wordt dat gemeenten de ligduur willen verminderen en z.s.m. naar ambulante hulp willen. Daardoor zal er samenwerking tussen Ambulant en Crisis moeten zijn als er jeugdigen van Ambulante hulp naar Crisis hulp gaan en visa versa.

Aanbieders geven aan dat van crisisbed naar behandeling ingewikkeld is door een beperkt aantal bedden en de soms ingewikkelde hulpvraag. We willen wel samenwerken maar we zitten soms vol.

Vraag aan aanbieders: zouden jullie bijvoorbeeld een plan van aanpak op basis van knelpunten moeten schrijven. Antwoord: Nee, ben je eigenlijk een plan voor iemand anders aan het schrijven.

Aanbieders: Weging gunningscriteria samenwerking mag laag zijn.

Opmerking gemeenten: Zouden we als gunningscriteria kunnen uitvragen hoe aanbieders graag samenwerken en welke mogelijkheden er gezien worden. Ook om te leren van elkaar. Als laatste geven aanbieders dat criterium samenwerking toegang eruit gehaald kan worden. Discussie zit niet tussen aanbieders en toegang.

- *Gunningscriterium leren en verbeteren*

Vraag aan aanbieders: Moet dit apart als criterium of samengevoegd worden. Antwoord: Kan samen genomen worden met kwaliteit en kwaliteit personeel.

Wordt toegelicht door gemeenten dat als je crisispleegzorg biedt als aanbieder je ook regulier pleegzorg moet bieden. Dit kan alleen niet als harde eis worden opgenomen aanbestedingstechnisch gezien. Aanbieder merkt op dat er zover bekend geen partijen zijn die alleen crisispleegzorg bieden.

- *Gunningscriterium Zorg zo dichtbij als mogelijk*

Wordt verder toegelicht en zijn verder geen opmerkingen vanuit aanbieders.

- *Weging gunningscriteria*

Wordt nog naar gekeken door inkoopgroep en komt verder niet ter sprake.

4. Inhoudelijke vragen:

- *Vraag gemeenten: Voorstel is om het perceel Crisis verblijf op te delen in drie sub-percelen. Kan de markt zich hierin vinden?*

Aanbieders kunnen zich hierin vinden. Kunnen drie contractanten zijn maar ook één.

Vraag aanbieder: Heb je bij Crisisverblijf GGZ leveringsplicht? Antwoord: ja.

- *Inschrijvers op het perceel Crisis pleegzorg moeten gecontracteerd zijn voor de voorziening Pleegzorg, segment Wonen. Kan de markt zich hierin vinden?*

Antwoord aanbieder: Ja, zijn geen partijen bekend die alleen crisispleegzorg bieden.

Opmerking aanbieder: Als duur max 28 dagen is, moet de voorziening die daarna komt goed gefaciliteerd worden.

Er wordt aangegeven dat dit aanbesteding technisch waarschijnlijk niet mogelijk is om dit als "harde eis" op te nemen

- *Piekmomenten Hoe voorkomen we piekmomenten gedurende het jaar? Gemiddeld over het jaar is het aantal crisisbedden voldoende, alleen op piekmomenten niet. Hoe kunnen we de piek afvlakken aan de voorkant?*

Aanbieder: De wereld is niet maakbaar, hoeveel invloed hebben aanbieders hierop.

Gemeenten: Zijn wellicht wel knoppen waaraan gedraaid kan worden. Aanbieders binnen Crisis zien wellicht wel waar het fout gaat wat tot een Crisis situatie heeft geleid. Aanbieder geeft aan dat de vraag is hoeveel Crisis je nodig hebt. De pieken zijn er bijna altijd in de zomervakantie en kerstvakantie. De verandering moet in het Ambulante deel plaatsvinden geven aanbieders aan. Crisis is voor een zo kort mogelijke termijn, het preventieve gedeelte zit voornamelijk bij Ambulant en hier moet het gesprek over worden gevoerd.

- *Ligduur*

Vraag aanbieder: Waar komt de ligduur van 28 dagen vandaan? Waarschijnlijk is dit afgeleid van FF en ASH omdat daar ook 28 dagen worden gehanteerd. Conclusie is houden op 28 dagen. Dit is geen minimum maar een maximum. Daarom formuleren als maximaal 28 dagen als dat nu nog niet op deze manier is geformuleerd. Moet voorkomen worden dat er discussie ontstaat over de duur van de indicatie.

Opgemerkt wordt door aanbieder dat er niet altijd een vervolgplek binnen 28 dagen beschikbaar is. Eerder overgaan naar een ambulante alternatief zou wenselijk zijn.

Aanbieder merkt op dat het goed zou zijn om de inzet van ambulante medewerkers naast crisis te stimuleren ten behoeve van uitstroom. Dat is nu niet mogelijk omdat er niet gestapeld mag worden.

- *Coördinatiepunt Spoedhulp: Vraag aan aanbieder: Wat heeft het Coördinatiepunt nodig om altijd een bed te kunnen bieden indien dit noodzakelijk is?*

Aanbieder: Verplichting van andere aanbieders om cliënt op te nemen.

De vraag is wat als het bed niet geboden kan worden door crisis verblijf aanbieders, wie belt dan de andere aanbieders voor een bed? Ligt deze verantwoordelijkheid bij het CPSH of bij de toegang? Probleem hierbij ligt vooral bij de bedden en niet bij ambulante. CPSH ziet meer

toe op triage en inhoud dan op het vinden/zoeken van een bed, wordt aangegeven door een aanbieder. Toegang van gemeenten ziet echter graag dat het CPSH de jeugdige plaatst. Inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt bij zowel gemeente als aanbieder wordt aangegeven. Verder zou hier wellicht ook een link met coördinatiepunt Wonen & Verblijf liggen.

Mocht de verantwoordelijkheid van het CPSH worden vergroot in de zin dat zij altijd verantwoordelijk zijn voor de plaatsing dan moet daar ook iets tegenover staan voor de aanbieders wordt nog opgemerkt.

- *Ambulantisering Crisis. Vraag aan aanbieders: Hoe kunnen we de ambulantisering van de Crisis vormgeven?*

Aanbieder: Zo min mogelijk een bed zoveel mogelijk ambuland.

Aanbieder: directe bereikbaarheid en beschikbaarheid medewerkers aanbieder zou veel helpen zoals dat in IJsselland is geregeld. Nu is het soms nog 24 wachten op de inzet terwijl dit ook direct zou kunnen.

Aanbieder: 24 uur bereikbaarheid is wel een zware last voor medewerkers. In het kader van behoud personeel wel iets om rekening mee te houden. Schaalvergroting hierin kan ook inzet vergroten.

Aanbieder: Gemeenten moeten faciliteren in verbetermogelijkheden. Nieuwe methodieken, opleiding/door ontwikkelen kosten ook heel veel geld voor aanbieders. Daar zouden gemeenten ook in kunnen ondersteunen.

- *Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er goede samenwerking plaatsvindt tussen aanbieders in de subtender Crisis, maar ook met bijv. Ambulant of Wonen & Verblijf?*

Gemeenten geven aan de hier het sturingsmodel voor gebruikt wordt. Hierin willen we ook meer op segmentniveau monitoren met meerdere aanbieders bij elkaar. Vaker samen het gesprek aan gaan. Hierin zouden we ook een gezamenlijk gesprek met crisis en ambuland kunnen voeren.

Verder geen opmerkingen vanuit aanbieders.

5. Bekostiging

Geen opmerkingen vanuit aanbieders. Qua bekostiging verandert er waarschijnlijk ook niks.

6. Zijn er nog vragen vanuit de aanbieders over het verstrekte Programma van eisen of is er iets gemist/ zijn er aanvullingen vanuit aanbieders?

Aanbieder: Wil ook graag even zeggen dat het goed geregeld is in Twente. Ook als je kijkt naar andere regio's.

Aanbieder: Het bed en het ambulante stuk samen gemist. Staat namelijk niet los van elkaar.

Gemeenten: Bij Ambulant wordt wel nagedacht over een bed op de achtergrond.

Aanbieder: Een behandelbed bij een aanbieder mag niet naar een crisisbed bij eenzelfde aanbieder. Zou wel moeten kunnen.

Aanbieder: Zou graag trajectfinanciering zien. Gemeenten geven aan dat wel het risico is dat als je dan een paar dagen zorg inzet gelijk het hele traject gefinancierd moet worden.

Aanbieder geeft aan dat er soms ook langer zorg wordt ingezet. Uiteindelijk is het belangrijk het zich uitmiddeld en gemiddeld op het aantal dagen uitkomt dat wordt gefinancierd.

Aanbieder: Hoe is de lijst van 16 oktober tot stand gekomen voor de marktconsultatie.

Waarom deze aanbieders? Zijn dit wel de aanbieders die crisis bieden? Wordt nog naar gekeken door gemeenten.

Aanbieder: Zou een link gelegd moeten worden met preventie/voorkomen Crisis.

Afsluiting

6 oktober worden de notulen gepubliceerd. 16 oktober en 2 november zijn er nog vervolg marktconsultaties.

Deelnemers worden bedankt voor de aanwezigheid en de inbreng en de marktconsultatie wordt afgesloten.