

Notulen marktverkenning Behandeling

Datum: 24-4-2019

Aanwezigen: Praktijk Rigtering, Autimaat, KJRA, Praktijk Zij aan Zij, FamilySupporters, Stichting Siza, Eigen Kracht Centrale, Pro Persona, Pluryn / Intermetzo, Stichting GGnet, , Entrea Lindenhout, Parnassia, Karakter, Jeugd GGZ, 's Heeren Loo, Driestroom, Raadthuys Psychologen, Pactum, Stichting Zozijn Zorg, Praktijk Relou, Loofles Specialistische Begeleiding, gemeente Doesburg, gemeente Rheden, gemeente Arnhem, gemeente Wageningen, gemeente Renkum, gemeente Duiven/Westervoort en Module inkoop.

Afwezig: Kind & Meer, OGHeldring en Dr. Bosman

Welkom en uitgangspunten

Iedereen wordt welkom geheten door Martin Doeve (relatiemanager J&O en jeugd GGZ). Het totale inkooptraject wordt door hem toegelicht. Daarna geeft Marjet van Genugten (gemeente Duiven/Westervoort) aan wat de gemeenten met de nieuwe inkoop willen bereiken. De PowerPointpresentatie is bijgevoegd.

Vragen n.a.v. PowerPointpresentatie:

Wanneer moet er worden ingeschreven?

Volgens de huidige planning zal er eind januari moeten worden ingeschreven.

Ontvangen wij de PowerPointpresentatie?

Ja die ontvangen jullie, tevens ontvangen jullie een verslag. De presentatie en het verslag zullen ook gepubliceerd worden op de website van de regio centraal Gelderland.

Wat is de status van de kwaliteitseisen?

Er is nu een algemeen kwaliteitskader. Specifieke kwaliteitseisen en zorgvorm specifieke eisen moeten nog geformuleerd worden. De algemene kwaliteitseisen zijn doorgenomen met aanbieders. Krijgen de aanbieders nog een terugkoppeling? De regio centraal Gelderland zal navraag doen bij de projectleider.

Welke prikkel wordt er in de contracten verwerkt om af te schalen?

Er zijn door aanbieders verschillende ideeën over op- en afschalen. Er is bijvoorbeeld input geleverd, maar wat wordt er gedaan met deze input? Het voorliggend veld zal ook meegenomen moeten worden in de mogelijkheid om op- en af te schalen.

Is er door de gemeente een analyse gemaakt met betrekking tot op- en afschalen? De aanbieders hebben het gevoel dat ze veel op- en afschalen.

Is het mogelijk om meer jeugdconsulenten / scholen en bijvoorbeeld een arts uit te nodigen bij de volgende marktverkenning, dit om het gehele veld in beeld te krijgen?

Het signaal vanuit de markt is duidelijk. We zullen nadenken of het een toegevoegde waarde heeft om deze partijen uit te nodigen bij de 2e marktverkenning of dat dit thuishoort bij de transformatietafel Ambulante Specialistische Jeugdhulp.

Stellingen

In de bijeenkomst is aan de aanbieders per stelling gevraagd om in het vak 'eens/voor' of 'oneens/tegen' te gaan staan. En daarna is er over gediscussieerd. Stellingen 2, 6 en 8 zijn niet doorgenomen tijdens de marktverkenning. De aanbieders hebben op deze stellingen schriftelijk kunnen reageren. Martin Doeve heeft 25-04-19, 14.54 uur een mail gestuurd.

Stelling 1. Aanbieders beschikken over voldoende mogelijkheden om de zorg af te schalen (lichtere producten in te zetten). Ben je vanuit de inkoop voldoende gefaciliteerd?

Bij deze stelling zijn er ongeveer evenveel "voor- en tegenstanders".

Groep "eens"

De mensen die het eens zijn met deze stelling geven aan dat er al afgeschaald wordt. Met name in poule A wordt hiermee geëxperimenteerd. Sommige aanbieders zijn een beetje verontwaardigd: zij geven aan dat zij al afschalen maar dit blijkbaar niet duidelijk is voor gemeenten. Zij vragen zich dan ook af hoe gemeenten willen dat afschaling zichtbaar gemaakt wordt. Aanbieders willen graag meewerken aan het zichtbaar maken van op- en afschalen, maar weten niet hoe.

Binnen de groep die tegen de stelling is wordt gesuggereerd dat er onvoldoende afgeschaald wordt en dat hier een prikkel voor moet komen vanuit inkoop/gemeenten. Een aanbieder van de groep "voor" de stelling is het hier niet mee eens. Deze aanbieder vindt dat er voldoende producten zijn om af te schalen (gezien de verschillende productniveaus). Ook een andere aanbieder geeft aan geen enkele behoefte aan beloning voor afschaling te hebben: ze ziet afschalen als een professionele verantwoordelijkheid. Er moet meer overleg met de wijkteams komen over hoe je afschaalt in plaats van een beloning.

Een andere aanbieder geeft aan dat er professioneel debat gevoerd dient te worden over hoe hulp goedkoper kan. Dit moet niet op individueel niveau. Er moet besproken worden hoe er eerder genormaliseerd kan worden.

Opnieuw geeft een andere aanbieder aan dat het de vraag is of je bij afschaling via inkoopvragen moet werken, of de samenwerking met wijkteams/voorliggende veld moet verbeteren. Hij geeft aan dat er twee logica's zijn: een politiek logica en het beste voor de cliënt. Je vindt elkaar altijd bij "zo goed mogelijk voor de cliënt". Hier zit echter ook een spanningsveld: de één vindt dat het zo goedkoop mogelijk moet, de ander wil de beste zorg.

Groep "oneens"

Aanbieders zijn benieuwd hoe de prikkels worden ingebouwd door bijvoorbeeld positieve beloning. Gemeente zou kunnen helpen met een positieve prikkel. Aanbieders vinden dat de gemeente moet kijken wat zij kunnen doen om partijen samen te laten werken. De tegenstanders geven aan dat wanneer je kijkt naar de producten op zich dat er dan voldoende middelen zijn om af te schalen zolang je binnen de producten blijft. Maar voor hun zit de afschaling vooral naar het voorliggend veld en in dat opzicht beschikken ze niet over voldoende mogelijkheden.

Aanbieders zijn geen voorstander van het woord 'afschalen'. Het is volgens hun niet het juiste woord. Het gaat meer om wat je met elkaar doet (inclusief de omgeving). Ze geven aan dat je op hoofd niveau moet kijken hoe het goedkoper kan, maar niet op casus niveau. Gaat om de juiste zorg op de juiste plaats. Iemand eerder naar het voorliggend veld brengen is de belangrijkste boodschap.

Voor de top van de cliënten (zwaarte) is afschaling niet mogelijk. Daar is gewoon schaarste. Voor het midden stuk (zorgtrajecten die afgeschaald kunnen worden naar verloop van tijd). Daar kan meer op

ketenniveau worden ingezet, of door wijkteams die de casusregie oppakken. Het vervelende is dat wijkteams in hun aanpak verschillen. Wijkteams die beter betrokken zijn hebben meer invloed.

Beide groepen

Er wordt nog aangegeven dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid is om de kosten van zorg terug te brengen. Een gezamenlijke oplossing is dan ook belangrijk. Deze vindt je niet door eenzijdig te sturen op budgetten. Er zal nog meer uit het voorliggende veld gehaald moeten worden, bijvoorbeeld onderwijs. Daarnaast zou het helpen als de functies van de wijkteams gelijk gemaakt zouden worden. Op dit moment doet het ene wijkteam alleen de beschikkingen, terwijl het andere wijkteam casusregie voert en dan ook een rol heeft bij het op- en afschalen. Het is heel erg zoeken voor aanbieders wie op welke manier georganiseerd is.

Aanbieders geven aan dat verantwoording op cliëntniveau voor afschalen niet alleen bij zorgaanbieder ligt maar ook bij lokale toegang en de burger.

Conclusie: Dit vergt meer informatie en zoekwerk om te bepalen of in de inkoop er rekening mee moet worden gehouden en welke rol de lokale toegang hierin neemt of moet hebben.

Stelling 2. De huidige producten voor de behandeling van jeugdigen voldoen ook voor jeugdigen met verblijf

Op deze stelling konden aanbieders schriftelijk (per mail) reageren. Dit is door geen enkele aanbieder gedaan. Op basis hiervan wordt er dan ook geen conclusie aan verbonden.

Stelling 3. Diagnose is onderdeel van het product behandeling en geen apart product.

Het overgrote deel van de groep is het eens met deze stelling.

Groep “eens”

Een vrijgevestigde aanbieder reageert: volgens haar is het nooit wenselijk geweest voor vrijgevestigden om de diagnose en diagnostiek uit elkaar te halen. Wanneer een inwoner/cliënt bij je komt, luidt het altijd: “ik heb een probleem en hoe kun je mij hierbij helpen”. Het hoort bij elkaar: er wordt een diagnose gedaan en dan volgt er een behandeling. Het is niet handig om beide te splitsen, het gaat juist ook om het voortraject.

Groep “oneens”

Vrijgevestigde/kleine organisatie: Ze willen diagnostiek en behandeling apart zodat je voor een andere aanbieder kan doorverwijzen naar een andere aanbieder.

Karakter/ ProPersona geeft aan dat de administratie, de achterkant, het probleem is. Administratief willen ze één product. Als gemeenten het willen kan een onderscheid gemaakt worden. Inhoudelijk kan je een verschil hebben maar administratief niet. Aanbieders zijn eensgezind, want administratief en inhoudelijk is het een verschil. Vooral aansluiten zoals bij andere regio's het recent is vormgegeven.

Beide groepen

Aanbieders zijn het erover eens dat het prettiger is dat er één beschikking is en als hiervan afgeweken moet worden, dit via het systeem aangegeven dient te worden. Er moet een knip gemaakt worden tussen de inhoud en de administratie. Je kunt het als twee producten laten staan, maar dan wel met één beschikking of je laat diagnose vallen onder het product behandeling. Praktijk Zij aan Zij geeft aan de knip bij dyslexie aan te houden.

Daarnaast wordt de kanttekening gemaakt dat het niet een voorwaarde is voor behandeling is dat er een diagnose onderligt. Met name vanuit J&O komt deze opmerking.

Conclusie: Er is geen voorkeur voor een apart product voor diagnose

Stelling 4. Voor de berekening van de tarieven wordt gebruik gemaakt van opleidingstarieven en NIET van mixtarieven

Er staan meer personen in het vak met opleidingstarieven dan in het vak mixtarieven.

Groep “opleidingstarieven”

Een voorstander van het opleidingstarief geeft aan dat er steeds meer regio's zijn die met opleidingstarief gaan werken (net als J&O). Bij een mixed tarief wordt je gedwongen om professionals met verschillende opleidingsniveau aan te nemen/in te zetten om zo op het mixed tarief uit te komen. Dit is minder wenselijk.

Aanbieders die het oneens zijn met deze stelling geven aan dat hun systeem totaal niet op opleidingsniveau ingericht is en het enorm veel kosten het systeem anders in te richten. Aanbieders in de “eens” groep zijn het hier juist weer mee oneens: volgens hen is er een grote groep die hier al wel op ingesteld is. Daarnaast is het misschien wel goedkoper als je per opleidingsniveau betaalt.

Een aanbieder geeft aan dat er door de betaling op basis van opleidingsniveau een beweging van matchcare naar stepped care plaats kan vinden. (*stepped care betekent lichte interventies waar het kan, gevolgd door intensievere interventies waar het moet. Matched care staat voor het afstemmen van de behandeling op de kenmerken van de patiënt*). Er kan dan op inhoud een professional gekoppeld worden.

Aanbieders in de “eens” groep vinden dat het systeem niet leidend moet zijn om het opleidingstarief niet uit te proberen.

Groep “mixtarieven”

Afstappen van mixtarief is een complete verandering van iets wat we vorig jaar hebben doorgevoerd. Het is heel veel werk bij grote instellingen om het aan te passen. Die zijn daar van afhankelijk van hun leveranciers. Het kost echt veel geld bij ze. Nog een probleem als ze het in verschillende regio's anders doen dan levert dat ook problemen op. Er is geen inhoudelijk argument, vooral willen ze zo min mogelijk verandering in verband met de kosten. Ze geven als tip mee om de omzetverhoudingen mee te nemen bij de grote instellingen, want zo'n verandering kost gewoon heel veel meer administratieve lasten en kosten. De zorg wordt niet anders als we overgaan op een opleidingstarief, maar het gaat ze wel meer geld kosten.

Ze hebben daar heel veel tijd voor gehad, maar voor grote instellingen is het nog niet op orde. Ze zijn ook afhankelijk van landelijke ontwikkelingen.

Andere organisatie geeft als tip om te kijken naar het Beerenschot onderzoek wat recent is afgerond. Er zit nu een hiaat in de inkoop t.o.v. wat dit onderzoek laat zien. Het tarief voor hoog gespecialiseerde zorg sluit niet goed aan.

Aanbieder geeft aan dat we ons met deze discussie richten op een klein stukje van de ijsberg. Het is een ontwikkeling die al 5 jaar speelt (keuze voor opleidingstarief vs mixtarief), maar het gaat veel meer om een maatschappelijke ontwikkeling om meer naar de 0^{de} lijn gaan en die te versterken.

Conclusie: Dit vergt meer informatie en zoekwerk om te bepalen op welke wijze we dit willen toepassen. Op basis van de keuze van de inhoud en kostenperspectief bepaalt de Opdrachtgever wat voor hem het best passend is. Daar waar er op uitgangspunten, voor de Opdrachtgever, geen verschil is tussen beide vormen is het aannemelijk te kiezen voor hetgeen dat het best passend is bij de markt.

Stelling 5. Per product wordt een standaard duur (periode) en volume (uren) gehanteerd

Eén aanbieder is het eens met deze stelling.

Groep “eens”

Maar één aanbieder is het met deze stelling eens. Hij zou willen bekijken of er toch naartoe gewerkt kan worden dat bepaalde zaken worden gestandaardiseerd. Er moet daarnaast meer gemonitord worden naar wat je wil bereiken en hoeveel het mag kosten.

Maar toewerken naar een aantal gestandaardiseerde producten is misschien wel haalbaar en wenselijk. Het ligt overigens veel eerder bij de transitie naar lichtere zorg als daar de cliënt aan toe is.

Groep “oneens”

De GGZ-aanbieders geven aan dat het moeilijk is om de duur van het traject te bepalen: inschatting en daadwerkelijke realisatie is lastig te voorspellen. Andere tegenstander van de stelling: vraag of standaard duur en standaard volume mogelijk is om te combineren. Bij J&O is het voor een vrijgevestigde makkelijker in te schatten want het zijn korte en voorspelbare trajecten, maar bij grote instellingen en andere grotere teams is dit moeilijker want het betreft langere trajecten. In z'n algemeenheid is men het niet eens met de stelling, omdat ze op deze manier in een keurslijf worden gedwongen. Er moet namelijk ruimte zijn voor maatwerk per jeugdige, zeker voor specialistische zorg/trajecten.

Resultaatsturing is hiermee mogelijk als het wenselijk is, maar je wilt vooral graag vraaggericht werken. Doorlooptijd en uren kunnen aan de voorkant inzichtelijk worden gemaakt voor de standaard trajecten, maar voor specialistische zorg is het niet mogelijk want dan wil je maatwerk leveren. Er zijn bij de specialistische zorg teveel randvoorwaarden.

Conclusie: Er is een voorkeur voor de inzet van het situationeel bepalen van de duur en volume per traject

Stelling 6. Interne doorverwijzing (zonder tussenkomst van lokale team) binnen een organisatie is niet nodig en onwenselijk

Op deze stelling kon schriftelijk (per mail) worden gereageerd. Door één aanbieder is er gereageerd. Deze stelling ligt in het verlengde van stelling 9. Op basis van die input is ervoor gekozen om een conclusie aan deze stelling te verbinden.

Reactie van de aanbieder: ik ben voor! Wat ik begrijp van mijn netwerk in Arnhem is dat instellingen heel erg geneigd zijn om cliënten te houden ook al staan ze op de wachtlijst. Daarmee lopen ze wat mij betreft onnodig risico. We kunnen elkaar denk ik echt veel meer gebruiken voor doorstroom en om de zorg beter betaalbaar te maken. Ik ga daar een sport van maken, maar dan moet ik wel ook een goed marktbeeld kunnen krijgen van het voorliggend veld. Ik heb al wat verzameld, als jij nog documenten in je bezit hebt van aanbieders in het voorliggend veld dan hou ik me aanbevolen!

Conclusie: Er is een voorkeur om er voor te zorgen dat afstemming door de aanbieder met het lokale team wordt geregeld

Stelling 7. Er zijn vernieuwingen / ideeën of samenwerkingsvormen die geremd worden.

Bij deze stelling zijn er ongeveer evenveel “voor- en tegenstanders”.

Groep “eens”

Er moet meer vertrouwen komen om pilots uit te voeren. Bij de werkgroep ambulante specialistische jeugdhulp wordt geprobeerd met een aantal partners gezamenlijke ideeën/pilots op te zetten. Je merkt dat hier verschillende belangen spelen (bijvoorbeeld het politieke belang van wethouders in de regio), waardoor innovatieve ideeën geremd worden. De politieke agenda kan vernieuwing dan ook tegenhouden. Er is meer vertrouwen nodig: elkaar kennen en durven aan te spreken op het moment dat het niet goed gaat (bijvoorbeeld de wachtlijsten). Er is behoefte aan minder “wij/zij” (gemeente/zorgaanbieder).

Ook is er weinig probeerruimte aan de financiële kant. Ideeën worden afgeschoten op de financiële paragraaf. Nieuwe ideeën kunnen alleen binnen eigen tijd en eigen geld en dat werkt niet in de praktijk. Transitiegelden (voor het transformatieplan) moeten meer ingezet worden op projecten/pilots die op de inhoud ingezet worden. Geld gaat nu meer naar onderzoek dan naar beheersing.

Reactie gemeente: Het vergt veel tijd om tot dezelfde taal te komen, tussen gemeenten en verschillende aanbieders. Je probeert altijd op inhoud tot elkaar te komen. Er is behoefte om de klantreis in beeld te brengen: hoe maakt de klant dit door? Hier heeft ook de politiek behoefte aan. Je zit dan enerzijds op het vlak: hoe hebben we dat de afgelopen 3 jaar gedaan en wat willen we verbeteren.

Aanbieder onderbreekt: maar we kunnen niet weer vijf jaar wachten met het proberen van nieuwe ideeën. Verzuim etc. neemt toe.

Andere aanbieder geeft aan dat er veel tijd wordt geïnvesteerd in het grip krijgen op, op meer bureaucratie. Maar dat we veel sneller moeten innoveren en nieuwe ideeën uit moeten proberen.

Weer een andere aanbieder mist inzicht in waar de kosten nu zitten voor gemeenten. Ook is het belangrijk om sneller te schakelen rondom een casus. De gemeente dient beter regie te voeren.

Andere aanbieder: je zou veel meer in kunnen zetten op de 0^{de} lijn om escalatie te voorkomen.

Groep “oneens”

Vrijgevestigde GGZ: Het draait voornamelijk om vertrouwen. Het gaat niet om vertrouwen met betrekking tot de aanpak, maar vertrouwen om elkaar te durven aan te spreken zowel gemeenten als aanbieders. Gaat vooral over transformatiebudget en de samenwerking tussen gemeente en aanbieders. Teveel onderzoek en te weinig inzet. Andere mening is minder aanbieders zodat je geconcentreerder gaat werken op ketenniveau. Daarnaast ook meer andere partners betrekken (onderwijs, veel meer voorliggend veld). Meer inzetten op positieve gezondheid.

Conclusie: Dit vraagstuk is niet perse inkoop gerelateerd en hoort onderwerp te zijn bij de transformatietafel Ambulante Specialistische Jeugdhulp. Op dit moment voelen zorgaanbieders zich onvoldoende gehoord met betrekking tot nieuwe ideeën (pilots)

Stelling 8. Er zijn momenteel voldoende instrumenten om te sturen op resultaat

Op deze stelling konden aanbieders schriftelijk (per mail) reageren. Door één aanbieder is er gereageerd. Echter op basis van 1 reactie wordt er geen conclusie aan de stelling verbonden.

Reactie van de aanbieder: Ik vind resultaat de mate waarin de cliënt vooruitgang ervaart. Goede KPI's en duidelijke toetsing ervan helpt om organisaties verder te laten transformeren. Ontschotten, laagdrempelig zijn voor gezinnen die het, het hardste nodig hebben.

Stelling 9. Er is geen tot weinig samenwerking tussen zorgaanbieders binnen één ondersteuningsplan
Bij deze stelling zijn er ongeveer evenveel “voor- en tegenstanders”.

Groep “eens”

Er zijn verschillende meningen over wie de regie heeft over het ondersteuningsplan: het wijkteam of de inwoner zelf. De zorgaanbieder heeft hier zelf soms ook een verantwoordelijkheid in.

De gemeente zou meer regie moeten voeren: wat heeft de inwoner nodig? Hoe ga je het in het ondersteuningsplan verder vormgeven? Het is niet strak georganiseerd wie wanneer regie voert. Andere aanbieder: er wordt altijd een wijkcoach uitgenodigd voor afstemming. De samenwerking tussen aanbieders kan ook beter. Deze aanbieder geeft aan dat er soms casussen over de schutting worden gegooid. Een andere aanbieder oppert om gezamenlijke financiering te organiseren rondom een casus, bijvoorbeeld verslaving. Het is wenselijk dat er heldere afspraken komen over casusregie, die voor alle gemeenten gelden.

Groep “oneens”

Wijkteam moet (meer) regie voeren, maar er is genoeg samenwerking tussen aanbieders. Als reactie dat er teveel over de schutting wordt gegooid komen de tegenstanders met voorbeelden: Samenwerking tussen aanbieders gaat heel goed, maar samenwerking met de gemeente niet altijd. Daarnaast is het belangrijk dat er voor een goede samenwerking een eenduidig ondersteuningsplan nodig is. Daarom is het belangrijk dat aanbieders altijd uitvraag bij een nieuwe cliënt doen of er al zorg wordt verleend en of er al partijen bij betrokken zijn. Als er meerdere partijen zijn dan moet je samenwerking op zoeken. Ze zoeken alleen contact met de wijkteams/lokale toegang bij huisarts verwijzingen wanneer dat nodig is. Het is niet altijd nodig want soms zijn de lijntjes al gelegd met de andere behandelende zorgaanbieders.

Vanuit de voorstanders: Er wordt teveel over de schutting gegooid. Daarnaast staat er in het kwaliteitskader van Charlotte dat de gemeente de onafhankelijke casusregie kan toewijzen als er meerdere organisaties bij betrokken zijn. Hier zijn ze niet allemaal tevreden mee, want ze vinden dat ze daar zelf ook een stem in moeten hebben.

Conclusie: Hierin is de rol van de lokale toegang als regisseur zeer bepalend. Dit wordt in de toelidingsprocedure, die onderdeel uitmaakt van de aanbestedingsstukken, verder uitgewerkt.

Stelling 10. Er vindt geen behandeling plaats zonder samenwerking en afspraken met het onderwijs en thuissituatie.

Dit heeft heel veel raakvlak met de inhoud van stelling 1. Daarom wordt dit in de 2^e marktverkenning nog specifiek meegenomen.

Conclusie: Gemeenten geven aan het hiermee mee eens te zijn. De vraag is hoe hier inhoud aan kan worden gegeven.

Volgende marktverkenning

Deze is op 4 juni 2019 van 14.00 tot 16.00 uur. Locatie: Gemeentehuis gemeente Wageningen