

Opsteller : Sandra Tap
Aanwezig : Zie bijlage 1: deelnemers marktverkenning
Datum en plaats : 3 oktober 2024, Westervoort

Welkom en Plenaire uitleg over stand van zaken en vervolg

Sandra heet de deelnemers welkom bij de Verkennde dialoog Behandeling. Er volgt een toelichting op de reden van deze Verkennde Dialoog en hoe de huidige productstructuur is ingericht binnen de zorgvorm Behandeling. Zie voor deze toelichting de presentatie, horende bij de verkennde dialoog.

Thema rondes

Vooraf waren de volgende thema's bedacht:

1. Duur van de Behandeling
2. Methodes/methodieken
3. Doelgroep, domein en productstructuur
4. Strategisch Partnerschap/samenwerking met en tussen aanbieders
5. Wat ontbreekt momenteel in de zorgvorm Behandeling en wat zouden aanbieders graag anders zien.

Deze thema's zijn deels besproken binnen de subgroepen en verwerkt in de tabel onder het kopje 'Uitwerking opgehaalde input'.

De thema's zijn slechts deels besproken omdat gezamenlijk als belangrijk werd gevonden om een open dialoog met elkaar te voeren waarbij de boodschap was dat overeenstemming nodig is op een aantal voorliggende zaken voordat op detail de inhoud ingegaan kan worden.

Eén belangrijke pijler die met elkaar besproken is, is of een nieuwe inkoop nodig en wenselijk is of dat we met elkaar toe kunnen werken naar aanpassingen, verheldering en/of uitwerking van de huidige producten. De aanwezige aanbieders gaven aan dat de voorkeur is om te gaan voor aanpassingen, verheldering en/of uitwerking in plaats van nu een nieuwe Inkoop alleen voor de zorgvorm Behandeling te organiseren.

Daarnaast is besproken dat de regio Centraal Gelderland werkt aan een regiovisie. Mogelijk risico kan dan zijn dat als er een apart inkooptraject komt, vanuit de regionale visie andere keuzes gemaakt zouden moeten worden wat tot gevolg heeft dat nogmaals een inkooptraject doorlopen dient te worden.

Ook wordt na de inkoop Verblif nu de aansluiting op ambulante gemist. Oproep is dan ook om gezamenlijk te kijken naar visie en doel, maar ook hoe we de Hervormingagenda een plek kunnen geven.

Mooi zou zijn om met elkaar de problemen waar tegenaan gelopen wordt uit te wisselen om uiteindelijk uit te komen op een gezamenlijke 'probleemdefinitie' en alleen aan te passen wat nodig is.

Hoe vinden we aansluiting tussen de toegang en aanbieders. Hier is wat in te doen met elkaar.

Na deze mooie open dialoog is, zoals al aangegeven, in subgroepen een aantal kernpunten van de thema's besproken.

Uitwerking opgehaalde input

Vraag vanuit de aanbieders is om inzichtelijk te maken welke knelpunten bij gemeenten spelen.

In onderstaand overzicht zijn de volgende gegevens aan elkaar gekoppeld:

- De door de gemeenten geconstateerde knelpunten

- De opgehaalde input binnen de verkennend dialoog
- De ontvangen input via de e-mail

Nr	Geconstateerde knelpunten door gemeenten	Zie punt:	Input uit de Verkennende dialoog
1	<p><i>Groepsbehandeling versus Individuele behandeling:</i> In de praktijk blijkt dat aanbieders die niet gecontracteerd zijn voor groepsbehandeling, groepsbehandeling inzetten onder individuele behandeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productomschrijving verduidelijken / aanscherpen van de gemaakte afspraken • Onderzoeken: <ul style="list-style-type: none"> ○ Is er behoefte aan uitbreiding van aanbieders binnen groepsbehandeling? ○ Is er behoefte aan een nieuw product (kleine groepen). Noot: binnen de huidige producten groepsbehandeling is de groepsgrootte niet vastgelegd. Door het loslaten van de groepsgrootte is voor aanbieders mogelijk een kwalitatief goed product aan te bieden. 	1	GGZ-groep in plaats van individueel. Wat zijn hier de mogelijkheden.
2	<p><i>Aanpassen productomschrijvingen</i> Productbeschrijvingen zijn te ruim gedefinieerd en te complex beschreven (verschil is onduidelijk) waarmee informatie over hulpvraag ontbreekt.</p>	1	Groep is de norm, tenzij het niet anders kan
3	<p><i>Systeemgericht werken</i> Gericht werken binnen het gezin, niet enkel zorg voor het kind maar ook de ouder. Systeemgericht werken zit al binnen de eisen van de huidige inkoop.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koppelen aan de Hervormingsagenda • Met zorgaanbieders verder uitwerken • Beleidsvraagstuk/visie 	1, 2, 3, 5, 6, 8	Wijkteams, consulenten goed betrekken bij aanpassing of formuleren van nieuwe producten/ideeën
4	<p><i>Bekostiging</i> Aanpassen productstructuur > onderscheid maken in de producten en tarieven, mixtarieven afschaffen en gebruik prestatiecodes, werken met maximale duur en volume</p>	2, 3, 6	De focus zou moeten liggen op het gehele zorgpad → domeinoverstijgend. Onderwijs, Zorg en Welzijn, voorliggende voorzieningen, algemene voorzieningen, vroegsignalering
5	<p><i>Wachttijden en directe/indirecte tijd</i> Verschillende verhoudingen bij aanbieders van direct en indirecte tijd. Bij behandeling groep geldt dat de indirect cliëntgebonden tijd is opgenomen in het tarief en alleen de daadwerkelijke geplande uren van aanwezigheid in de groep gefactureerd kan worden > aanscherping of verduidelijking nodig? Directe en indirecte tijd speelt bij alle zorgvormen en producten, advies TransitiePartners is om dit over alle zorgvormen gelijk te trekken</p>	2	Diagnostiek is een onderwerp dat gemeenten en aanbieders met elkaar kunnen uitwerken
6	<p><i>Inzetten op lichtere zorgvormen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De gestelde voorwaarde dat aanbieders zich inschrijven voor lichtere producten terwijl zij deze niet leveren (bv. contract voor B en A2 dan bieden ze geen dienstverlening op hulpvraag A), heeft geen zin/is niet van meerwaarde. Bij verificatie dit toetsen. - Hoe zorgen we hier voor de koppeling en samenwerking met partijen van begeleiding? Nu wordt afschalen vooral gezien binnen behandeling, maar uit de praktijk blijkt dat er afgeschaald kan worden van behandeling naar begeleiding. 	2, 6	Eenzijdige vorm van behandeling passend of een aanbieder die meerdere behandelproducten biedt?

	Afschalen alleen naar begeleiding > beweging op gang krijgen en samenwerking bevorderen		
7	<p><i>Financiering</i></p> <p>Betreft de financiering van academische functie, crisisdienst, vroegsignalering en innovatie. Is de huidige wijze van financiering nog gewenst?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparte producten voor de academische functie, crisisdienst, diagnose inrichten? • Onderzoeken stoppen met Behandeling D en consequenties 	2, 6, 10, 12	Ontschotting tussen zorgvormen en producten om samenwerking te stimuleren.
8	<p><i>Specifieke producten</i></p> <p>Willen we specifieke producten voor bepaalde problematiek (instroom vanuit onderwijs, echtscheidingsproblematiek, eetproblematiek, traumaverwerking, ASS/ADHD) of is de inzet vooral gericht op de hulpvraag omdat we willen loskomen van labels en dsm?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Binnen de huidige producten wordt uitgegaan van het ingezette opleidingsniveau i.p.v. de hulpvraag. • Uitzoeken waarom gemeenten willen afwijken in hun toewijzing als aanbieder verzoekt om op basis van tarief in te zetten • Uitzoeken specialisatie aanbieder 	2, 6	Op- en afschalen van begeleiding naar behandeling en vice versa. Verplichte koppeling en afspraken tussen aanbieders is hierbij een must.
9	<p><i>Maximale termijn verwijzing</i></p> <p>Indien er sprake is van een verwijzing door een geautoriseerde verwijzer de mogelijkheden nagaan om contractueel daar een maximale termijn over vast te leggen. (gelijk trekken met hoe Zorgverzekeraars dit geregeld hebben).</p>	2, 8	Andere regio's hebben een andere opbouw en invulling van de productopbouw
10	<i>Interventies</i>	2, 8	De vraag is of verandering een oplossing gaat bieden
11	<p><i>Delen van gegevens</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Koppelen aan de hervormingsagenda • Hiervoor is al een richtlijn opgesteld. Moet deze verhelderd worden? Is deze nog up-to-date? 	2, 4, 6, 7, 12	Product consultatie vrije vorm, zonder administratieve verplichtingen. Per aanbieder organiseren dat zij vormvrij consultatie kunnen bieden aan elkaar en aan gemeenten. Financiering nader te bepalen. Kijk vooral naar consultatie op complexe situaties.
12	<p><i>Duidelijkheid voorliggende voorziening</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beleid/ visie / verordening • Voorliggende voorziening i.r.t. Jeugdwet. Welke behandelingen (bv. vaktherapie, NAH) vallen onder de basisverzekering van de zorgverzekering. Hoe voorkomen we dat niet voorliggend wordt ingezet. Verplichte toets bij verwijzer of zorgverzekering vergoedt, is een goede optie of alleen vergoeding bij aanvullende verzekering, dus om die reden dan jeugdzorg? 	4, 7, 13	Iedere casus vraagt om een andere mix van personele inzet
13	<i>Funcie-eisen stellen in lijn met de norm werktoedeling</i>	4	Andere regio's hebben een andere opbouw van tarieven (mixtarief versus opleidingsniveau)
14	<i>Over alle onderdelen heen, in veel gevallen van de gemeenten lokaal en regionaal</i>	4, 5	Directe en indirecte tijd is ingewikkeld en hoe kan dit eenvoudiger?
		5	Beperking van de administratieve lasten in brede zin
		6, 12	Op- en afschaling, afspraken dienen te komen uit de driehoek in samenwerking tussen aanbieder, cliënt en gemeente.

		6, 12	Lokale toegang en aanbieders dienen Kennis te hebben van de sociale kaart, wanneer afschalen naar normaal (voorliggend, algemene voorzieningen) Onderwijs, Zorg en Welzijn, voorliggende voorzieningen, algemene voorzieningen, vroegsignalering
		6	Voorkomen dat een aanbieder te dure zorg inzet, waar goedkopere zorg mogelijk en passend is
		9	Afspraken over zorgzwaarte of duur van de zorg en ondersteuning dient te komen uit de driehoek in samenwerking tussen aanbieder, cliënt en gemeente.
		9	Teveel sturing op zorgzwaarte en duur heeft mogelijk een negatief effect?
		9	Is er verschil in de duur van de zorgpaden tussen GGZ en J&O trajecten?
		9	Behandelduur koppelen aan een product
		9	Beslisboom over duur van een traject
		11, 12	Wijkteams, consultants goed betrekken bij aanpassing of formuleren van nieuwe producten/ideeën
			<p>Onderstaande input gaat over alle onderdelen heen, in veel gevallen van de gemeenten lokaal en regionaal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beperking van de administratieve lasten in brede zin • De toegang dient te leren wat de zorgvraag en doelgroep is en welk best passend product hierbij hoort. Expertise bij de toegang is een must in het systeem waarin de regio werkt (lokale toewijzing). • De toegang dient een duidelijk rol in te nemen in de driehoek aanbieder, cliënt en toegang. Hierbij horen kortere indicatietermijnen en evaluatie van voortgang. • Organiseer als regio samenwerking op casusniveau, eventueel in ketenpartner overleg, spreek af wat de lokale toegang hierin voor rol kan hebben. • Organiseer samenwerking tussen aanbieders, waarbij overdragen van cliënten (dossier) normaal. Blijf niet leveren als het niet lukt of als de behandeling klaar is, maak samenwerkingsafspraken tussen aanbieders • Is verandering de oplossing of gaat het om tegenstrijdige belangen? Hoe realiseren

		<p>we een zo zorgvuldig mogelijke samenwerking en samenwerken binnen het algemene belang.</p> <ul style="list-style-type: none">• Overdracht van kennis van aanbieders naar lokale toegang en vice versa is van belang• POH inzet om huisartsen te ontlasten• Een gelijksoortig iets inrichten zoals het RET bij Verblijf. Breed over alle zorgvormen? Vooral op complexe situaties.• Vooral in de cyclus bij de start van een zorgtraject in afstemming tussen aanbieder, inwoner en zorgconsulent waar kennis en kunde bij elkaar gebracht kan worden om de juiste dingen te doen en de inwoners in de kracht te zetten waar het kan (normaliseren) Ook het vervolg en een blijvende dialoog tussen aanbieders en gemeenten bij afsluiten en overdragen zorgtrajecten is cruciaal. (later toegevoegd op basis van ontvangen feedback)
--	--	--

Rondvraag en sluiting

De door de deelnemers aangeleverde input wordt door de werkgroep verder uitgewerkt en zal leiden tot een advies richting bestuurders met betrekking tot wel of niet opnieuw inkopen, de wijze van inkopen en de wijze van bekostiging.

Er volgt een nieuwe sessie eind oktober/begin november.

Noot: deze termijn is niet haalbaar gebleken. De nieuwe sessie staat gepland voor maandag 9 december 2024.

Bijlage 1: Deelnemerslijst

Deelnemers

Inkoop SDCG	Jan van Houten
Inkoop SDCG	Joep Buskens
Inkoop SDCG	Sandra Tap
Gemeente Arnhem	Tea Terpstra
1Stroom	Niels Zwikker
Lingewaard	Andrea Versteeg
Overbetuwe	Mariska Gort
Wageningen	Luuk van Lier
&nu	
Autimaat	
Denkkracht	
Elver	
Entrea Lindenhout	
FamilySupporters Midden Gelderland	
GGNet Jong	
Karakter	
Kind & Meer	
KJRA	
Kluppluz	
Parnassia Groep	
Praktijk Ponga	
Praktijk Relou	
Praktijk Rigtering	
Prolis	
Psychologenpraktijk Dooijeweerd	
Raadthuys GGZ	
RIOZORG	
s Heeren Loo	
Stichting ROOZ	
VIGO Pactum	
Youké	
ZijaanZij	