

Opsteller : Sandra Tap
Aanwezig : Zie bijlage 2: deelnemers marktverkenning
Datum en plaats : 9 december 2024 Gemeentehuis Overbetuwe

Welkom en plenaire vragen beantwoorden Mentimeter

Sandra opent het overleg en heet iedereen welkom. Dit betreft de tweede Verkennende dialoog met aanbieders over de zorgvorm Behandeling. In de vorige sessie hebben we de oproep van de zorgaanbieders gehoord om de zorgvorm Behandeling niet opnieuw te gaan inkopen en zijn daarmee teruggegaan naar de bestuurders. Bestuurders hebben daaropvolgend de opdracht ook aangepast en er zal op dit moment geen nieuwe inkoop voor de zorgvorm Behandeling plaatsvinden. Wel is de opdracht gegeven om te onderzoeken of en wat er eventueel binnen deze zorgvorm gewijzigd dient te worden. Doel van deze sessie is om in verkennende fase met elkaar te kijken welke aanpassingen wenselijk en mogelijk zijn binnen de huidige producten en kaders plaats te laten vinden. Daarnaast is de regio bezig met het opstellen van de regiovisie, wat mogelijk gevolgen heeft voor alle zorgvormen. Op 13 januari is ook een sessie gepland met de lokale teams vanuit de gemeenten.

Om met elkaar een goede dialoog aan te gaan zijn via de Mentimeter een aantal korte vragen opgenomen. Dit is niet een vaststaand gegeven maar wordt alleen gebruikt als input voor de themagroepjes om richting te geven in de discussie. De nuancering vindt in de themagroepjes plaats. Het is ook uitdrukkelijk niet de bedoeling om deze als zwart/wit uitkomsten mee te nemen in de inkoopprocedure.

Thema rondes (de onderliggende vragen uit de Mentimeter zijn opgenomen in bijlage 1)

Themaronde 1:

Groepsbehandeling versus individuele behandeling

Samenvatting:

De inhoud is leidend. De doelgroep en de problematiek bepalen wat de ideale groepsgrootte is, dit kan sterk verschillen. De maximale groepsgrootte wordt mede bepaald door het aantal behandelaren. In de praktijk is het lastig om groepen vol te krijgen, daarom is samenwerking tussen aanbieders belangrijk. De samenwerking is de laatste jaren sterk verbeterd, maar kan beter gefaciliteerd worden.

Om vaker te kiezen voor groepsbehandeling is een financiële prikkel wenselijk. Er wordt verschillend gedacht over hoe dit vorm te geven. Groepsbehandeling de norm maken is niet wenselijk.

Opgehaalde input:

- Het is de verantwoordelijkheid van de aanbieder om te bepalen wat de grootte van de groep moet zijn en of deze vol zit.
- Differentiatie in groepsgrootte is nodig. Het is afhankelijk van de doelgroep.
- Groepsgrootte bepaald ook hoeveel behandelaren ingezet worden, er wordt dan ook een interne minimale norm qua grootte gehanteerd.
- Het is zeer lastig om groepen vol te krijgen, ouders en kinderen staan er niet altijd voor open.
- Samenwerking tussen aanbieders is noodzakelijk om groepen vol te krijgen.
- Bij samenwerking moet je ook kijken naar of de cliënt past in de groep. Niet iedereen binnen dezelfde doelgroep past bij elkaar in een groep.
- Aanbieders moeten beter van elkaar weten welke groepen zij aanbieden en wanneer. Dit het liefst op gemeenteniveau.
- Deelnemers van oudergroepen of psycho-educatie zijn makkelijk "uitwisselbaar".
- Samenwerken betekent heel veel investeren, maar als het staat werkt het heel goed.
 - Informatievoorziening en financiering is lastig.
 - Afstemmen van verantwoordelijkheden is noodzakelijk.
 - De ervaringen zijn er in onze regio. Maak daar gebruik van.

- Het is mogelijk om meer groepsgericht te werken indien er een financiële prikkel komt. Denk hierbij aan een apart product (naar voorbeeld van Nijmegen), of een plusje voor groepsbehandeling op een andere indicatie.
- Indien er meer ingezet moet worden op groepsgericht werken geef iedereen dan deze opdracht, niet alleen behandeling, niet alleen jeugd.

Inzetten op lichtere zorgvormen

Samenvatting:

Om goed af te kunnen schalen naar lichtere zorgvormen is een goede samenwerking met het lokale team wenselijk. Hiervoor dienen de lokale teams wel goed bemand te zijn. Bij een verwijzing vanuit de huisarts worden de korte lijnen met het lokale team gemist.

Ogעהaalde input:

- Of je kan afschalen hangt af van de zorgvraag. Het is noodzakelijk om deze eerst helder te krijgen. Het is wenselijk dat dit in de driehoek (jeugdige – aanbieder – gemeente) gebeurt.
- Er is veel krapte bij lokale teams. Er is daardoor geen vast aanspreekpunt en geen intensieve samenwerking. Hierdoor kan je niet snel schakelen in de driehoek richting afschaling.
 - Het ervaren verloop van personeel bij de lokale teams in deze regio is erg groot.
 - Kennis bij het lokale team mist door het verloop.
- Wijkteams moeten goed bemand zijn, zodat je binnen een paar dagen een reactie krijgt.
- Langdurige betrokkenheid van het lokale team is zeer lastig. Als ze al betrokken zijn is het geen probleem. Bij verwijzing van een huisarts duurt het zeer lang om het lokale team aan te haken.
- Bij een verwijzing vanuit een huisarts mis je de korte lijnen met het lokale team, dat zit afschaling in de weg
- De huisartsroute mag anders lopen als hierdoor een betere samenwerking met de gemeente ontstaat.

Systeemgericht werken

De resultaten van de Mentimeter laten duidelijk zien dat bij systeemgericht werken er gekeken wordt naar iedereen om de jeugdige heen (incl. school, sportclub, etc.). in de groepsdiscussies is dit onderwerp verder niet ter sprake gekomen.

Themaronde 2:

Productomschrijvingen

Wens van aanbieders is om niet de zorgzwaarte op te nemen in de productbeschrijvingen. Productomschrijvingen moeten ruimte geven voor invulling door aanbieders zelf zodat er ook maatwerk geboden kan worden per casus. Er is begrip dat lokale teams soms nog meer kaders wensen, maar dit dient niet meegenomen te worden in de productomschrijvingen. Dit heeft meer te maken met samenwerking en werkafspraken. Zo zijn aanbieders van mening dat het qua samenwerking veel efficiënter en werkbaarder zou zijn als er per lokaal team een vast aanspreekpunt komt per zorgaanbieder. Er is nu vaak te veel discussie met het lokale team over het benodigde aanbod.

Wens is dat productomschrijvingen minder rigide zijn en een kader meegeven. Hoe meer gekaderd, hoe meer inflexibel. Daarnaast dient het zo min mogelijk differentiatie mogelijk te maken. Voorkeur is liever 4 producten dan 20 producten waarin je probeert iedere zorgvraag apart te omschrijven. Er moet niet gedacht worden in zorgzwaarte maar juist in inclusie, zorgbehoefte en aansluiting bij de omgeving bij het kind. Dit zou ook aansluiten bij de nieuwe insteek van de GGZ “transdiagnostisch model”

Hoe minder rigide beschrijving en zo min mogelijk differentiatie. Liever 4 producten dan 20 producten. Niet denken in zwaarte, maar denken in inclusie en aansluiten omgeving bij het kind. Dit maakt het gedurende een traject ook mogelijk om als aanbieder in te spelen op de behoefte van de jeugdige. Gemeenten dienen vanuit hun regiofunctie dan te evalueren en het gesprek aan te gaan welke resultaten zijn behaald en waarom deze wel of niet zijn behaald.

Dit evalueren mag volgens aanbieders wel vaker en structureler, op inhoud. Er werd gesproken van elk kwartaal (regio achterhoek). Dit beeld dat er, als toekenning van een beschikking makkelijker gaat, vaker op inhoud gecontroleerd mag worden wordt breder gedeeld. Dit zou ook helpen om de “perverse prikkels” van het inkoopstelsel tegen te gaan.

Wens vanuit aanbieders is wel dat de regio kritisch kijkt naar de productomschrijvingen en ervoor zorgt dat overal dezelfde definities en begrippen worden gehanteerd. Zorg voor uniformiteit.

Momenteel hanteert de regio voor 1 product 2 verschillende varianten (GGZ en J&O). Verschil zit niet op doelgroep of soort aanbieder maar op de wijze waarop invulling wordt gegeven aan het product en met name hoe gedeclareerd kan worden. J&O is gericht op bepaald functieniveau en GGZ op mix van functies. Gedurende de gehele sessie worden er voor- en nadelen benoemd van beide systemen. Er zijn aanbieders die de J&O methodiek prefereren en aanbieders die de GGZ-methodiek prefereren. Dit maakt ook dat het voor de regio lastig is om een ideale oplossing in te richten. GGZ-methodiek wordt gezien als administratief makkelijker omdat er niet meerdere codes per casus dienen te worden aangevraagd. Aan de andere kant is de J&O methodiek zuiverder want dan kan per casus gedeclareerd worden wat ook daadwerkelijk is ingezet en passend is bij de zorgvraag per jeugdige. Daarentegen leeft het idee dat dit wel voor meer administratieve last bij zorgaanbieders en gemeenten en kan het zijn dat gedurende een traject meerdere producten toegekend moeten worden of juist weer stopgezet. Partijen die J&O producten inzetten geven echter aan dit niet zo te ervaren. Er is wel veel draagvlak om de productnamen J&O en GGZ los te laten omdat dit te veel verwijst naar een bepaalde doelgroep terwijl de producten niet zo bedoeld zijn.

Bij opschaling kan er wel sprake zijn van meer administratieve stappen.

Opgehaalde input:

- Productomschrijvingen niet verder afkaderen en specificeren. Dan kan er minder maatwerk geboden worden passend bij zorgvraag van de jeugdige.
- Niet meer producten toevoegen en verder differentiëren.
- Gemeenten dienen vanuit regiefunctie te evalueren op geleverde zorg en welke resultaten zijn behaald. Dit mag en dienst structureler te gebeuren.
- Uniformiteit in productomschrijvingen qua definities en begrippen.
- Zowel J&O producten als GGZ-producten laten bestaan omdat er voorkeur is voor beide methodieken vanuit verschillende aanbieders. Er kan wel gekeken worden naar andere benamingen omdat het losstaat van doelgroep.

Product Consultatie

De meeste aanbieders zijn het erover eens dat de consultatie-producten ingericht dienen te blijven op functieniveau. Op de vraag: Hoe werkt het met ervaringsjaren vs. vers van de opleiding maar wel met bepaalde opleiding, komen veelal dezelfde antwoorden binnen. Op inhoud wordt de juiste medewerker gezocht. Dit kan in principe ook een HBO'er zijn met een bepaalde expertise. Kind en Jeugdpsychiaters (KJP'ers) zijn schaars en veelal bij andere zorgaanbieders te vinden. Er is dus volgens de regio wel voldoende ingekocht alleen kunnen andere aanbieders vaak niet bij dat aanbod komen.

Een HBO'er met ervaring is juist eerder binnen het eigen team van de aanbieder zelf te vinden. Daarnaast wordt opgemerkt dat niet iedere medewerker consultatie durft te bieden. Wel op basis van kennis, maar bieden van consultatie zonder jeugdige gezien of gesproken te hebben heeft blijkbaar een drempel. In die zin speelt ervaring en houding ook een rol. Dit heeft er vooral mee te maken dat de geconsulteerde zich verantwoordelijk voelt voor hoe dit door de consulterende partij wordt uitgevoerd. Met andere woorden als zij, op basis van beperkte kennis over de situatie, advies geven en het resulteert in een negatieve situatie voor de cliënt zijn ze bang om aansprakelijk te worden gehouden. Dit verhindert de hoeveelheid professionals die consultatie bieden, ook al zouden ze het op inhoud wel kunnen.

Er zijn tenslotte veel aanbieders die aangeven dat de administratieve regels rondom consultatie het momenteel lastig maken om dit ook in te zetten. Vaak voordat de toewijzing door de aanbieder is ontvangen, is de tijd waarin consultatie benodigd is alweer voorbij. Oplossingen hiervoor die benoemd worden zijn: beschikkingsvrij inzetten of de zorggever stuurt een factuur naar de zorgvrager. Bij lokale teams als zorgvragen, dan factuur naar gemeente. Daarnaast is ook nog de optie genoemd op dit te financieren d.m.v. een lumpsum waarbij wel registratie van uren wordt gedaan op basis van opleidingsniveau en dan jaarlijks een factuur naar de gemeente wordt gestuurd.

Enkele aanbieders vroegen zich af of (vanuit deze aandachtspunten rondom verantwoordelijkheid voelen voor uitvoer op basis van advies en de administratieve regels) er niet kan worden gekeken naar een andere omschrijving van het product consultatie waardoor de verantwoordelijkheid voor de uitvoer en de administratieve afhandeling (facturering) bij de partij komt te liggen die het consult aanvraagt. Nb. Regio IJsselland heeft een model o.b.v. ervaring geprobeerd en dat lijkt niet te werken.

Opgehaalde input:

- Consultatieproducten ingericht laten op functieniveau
- Hogere consultatieproducten worden vaker ingezet door schaarste van deze medewerkers en niet bij alle aanbieders werkzaam zijn.
- Er mag meer motivatie komen om medewerkers consultatie te laten durven bieden.
- Huidige administratieve regels rondom inzet van producten consultatie werken beperkend en maken het lastig om in te zetten op korte termijn.

Functie-eisen stellen in lijn met de norm van de werktoedeling

Het opleidingsniveau is bepalend voor een tarief. Expertise zit vaak in een bepaald opleidingsniveau. Echter zijn verschillende aanbieders ook van mening dat bijv. een KJP'er per definitief beter/passend is dan een PMT'er. Er wordt verwezen naar de regio achterhoek waarbij opleidingsniveau wel leidend is voor de (behandel)regie, maar niet voor het invullen van de wijze "hoe" het aanbod wordt ingevuld. Aanbieders krijgen daardoor meer vrijheid om te bepalen welk soort professional effectiever is tijdens de behandeling.

Verder is er voor de GGZ-methodiek wel overeenstemming dat de eisen in lijn zijn met de norm van de verantwoorde werktoedeling.

Opgehaalde input:

- Het opleidingsniveau is bepalend voor een tarief. Expertise zit vaak in een bepaald opleidingsniveau.
- Voor de GGZ-methodiek wel overeenstemming dat de eisen in lijn zijn met de norm van de verantwoorde werktoedeling. Hiermee wordt de GGZ-financiering bedoeld en de eisen die gesteld worden dat degene die de zorg levert, dit ook mag gezien de kwaliteitseisen/diploma's/kennis

Themaronde 3

Specifieke producten en Diversiteit aan producten in de huidige contracten aanscherpen:

Vaktherapie kan alleen worden ingezet als onderdeel van een (GGZ)-Behandeling

Samengevat: de mening tussen aanbieders is hierover verdeeld. Wel willen aanbieders J&O aangeven dat bij de inkoop 2020 bewust vaktherapie meer aan de voorkant is gezet met als doel de beweging naar voren te halen en S-GGZ af te schalen.

Opgehaalde input:

- Het zou niet alleen moeten gaan over vaktherapie, maar ook over andere 'behandelvormen'. Of vaktherapie onderdeel is van behandeling of dat het behandeling is, is afhankelijk van de hulpvraag. Lichtere problematiek kan je zo prima behandelen, bij een meer complexe hulpvraag dan is de voorkeur wel om een andere discipline eraan koppelen.
- Er is een groep jeugdigen met lichte problematiek die goed geholpen is met deze inzet. Daarvoor is een breder traject/behandeling niet nodig.
- Zet een regiebehandelaar in op een (complex) behandeltraject. De regiebehandelaar houdt het totale overzicht op de behandeling en de behandeldoelen en stuurt bij als nodig.
- Bespreek de doelen met een consultant en leg met elkaar verantwoording hierover af. Dit vormgeven op een manier die past binnen de setting.
- Cliënt in samenspraak met regisseur en zorgaanbieder (driehoek) bepalen of de doelen behaald zijn.
- Schets vooraf een duidelijk perspectief wanneer je zonder hulp verder kan (verwachtingen).

- Regel als gemeente in je verordening wat wel of niet onder jeugdzorg valt. Waar dit kan zou dit zoveel mogelijk gezamenlijk ingericht moeten worden.
- Gemeenten moeten de regierol beter vormgeven/strakker in handen nemen, betrek daarbij ook de huisartsverwijzingen.
- Binnen instellingen is vaktherapie vaak een onderdeel van de GGZ-behandeling. Vertrekpunt is kijken welke therapievorm aansluit aan bij een client. Dat zou het uitgangspunt moeten zijn. Wie maakt deze keuze? Dat is de verwijzer.
- Vaktherapie zou onderdeel moeten zijn van een samenwerking, bijv. met een regiebehandelaar. Apart aanbod creëert ook vraag; oftewel waar leg je de grens.
- Vaktherapie is juist laagdrempelig met jongere kinderen. Als alleen koppelen aan zwaar en moeilijk. Hierdoor is geen duurdere vorm van zorg nodig,
- Het gaat om integraal samenwerken, waar ligt de hulpvraag en welke zorg moet ingeregeld worden. Zet de disciplines in op de expertise.
- De verwijzer geeft richting aan een behandelvorm, de behandelaar beslist samen met cliëntsysteem welke behandeling het wordt, na intake en telkens weer bij evaluaties.
- Doen we wel wat nodig is? Schaal je af en doe je af wat nodig is? Haal informatie op bij degene waar het over gaat waar je het zou willen
- Als voorbeeld: kijk naar West Brabant Oost waar een aparte productcode is voor vaktherapie.

Groepsbehandeling heeft de voorkeur boven individuele behandeling

Samengevat: groepsbehandeling moet niet de norm zijn maar daar waar nodig moet wel groepsbehandeling ingezet worden. In de groep kunnen jeugdigen met elkaar sparren en van elkaar leren.

Opgehaalde input:

- Soms is iets individueel nodig voor de jeugdige om in een groep te komen.
- Vanwege privacy vindt veel 1 op 1 behandeling plaats, in een groep kan je meer normaliseren.
- Zorg voor verbinding tussen de GGZ en jeugdhulp om samen te gaan voegen.
- Wees sturend in groepsaanbod. De toegang geeft richting om behandeling waar het kan in groepen plaats te laten vinden.
- Weinig in de groep, is ook een spiegel van de maatschappij. Normaliseer op gemeente of regioniveau.
- Gezamenlijk verwachtingen schetsen, stel geijkte paadjes ter discussie.
- Voorbeeld Wijchen; middelbare scholieren samen gezet met zorgaanbieders. Deze hebben fin. risico overgenomen. Kies dan een paar aanbieders om dat te gaan doen.

Actieve samenwerking met andere aanbieders is noodzakelijk voor een goed zorgtraject.

Samengevat: eens dat samenwerking nodig is. Op dit moment wordt wel samengewerkt maar nog onvoldoende actief. Vraag is waar de rol ligt om dit voor elkaar te krijgen. Bij aanbieders of bij de regio? Daarnaast hangt samenwerken ook samen met een goed product voor consultatie. Samenwerking vindt nu onvoldoende plaats waardoor er bij de ene aanbieder een lange wachtlijst is en bij de andere niet maar deze wordt niet ingezet.

Opgehaalde input:

- Maak samenwerking mogelijk, formuleer als gemeenten een opdracht.
- Meer samenwerking als consultatieproduct anders wordt vormgegeven (bijv. via een strippenkaartmodel).
- Formuleer grenzen ook als er iets niet werkt, bijv. de werkgroep wachttijden. Lost het niets op, stop er dan mee.

Afschalen is een actief onderdeel van de behandeling.

Samengevat: afschalen waar dat kan ja, maar dit kan ook in uren zijn. Naast afschalen zou ook opschalen mogelijk moeten zijn.

Opgehaalde input:

- Opschalen en afschalen is actief onderdeel van de behandeling.
- Als prikkel actiever vormgeven in de producten, dan actiever kijken hoe nodig.
- Het is verwachting managen, als je met elkaar de doelen helder hebt dan is het onderdeel van het proces.
- Mogelijkheid tot opschalen geeft ook de mogelijkheid tot afschalen.
- Inzet van de behandelaar is op basis van opbrengst.
- Schaal af op frequentie, dit kan niet altijd maar wel als uitgangspunt.
- Voorbeeld Rheden/Rozendaal: gezamenlijk werken met voorveld.
- Regel overbruggingszorg op het moment dat er langere tijd gewacht moet worden op behandeling (> 6 maanden), dit kan ook over de domeinen heen en kan alvast een gedeelte van de vraag wegnemen.

Consultatie vindt niet/nauwelijks plaats doordat de inzet van het product administratief te veel werk oplevert

Samengevat: de huidige producten consultatie is een intensief stuk administratie waardoor deze onvoldoende wordt gebruikt. Probleem wordt ervaren in het gegeven dat een dossier aangemaakt moet worden.

Opgehaalde input:

- Producten zijn niet gecontracteerd of worden niet gebruikt omdat het niet voldoende bekend is. Zorg ervoor dat je aanbieders hierover informeert.
- Wordt vaak gegeven maar niet geregistreerd/betaald om dat de administratieve lasten hoger zijn dan de opbrengsten (rechtmatigheid). Hierdoor wordt het ook niet optimaal ingezet.
- Draai het om zodat er geen dossier aangemaakt hoeft te maken. Leg het product neer bij de 'consultvrager', en zie het als een afschalingsproduct.
- Zorg ervoor dat ook lokale teams dit product kunnen inzetten en gebruiken bij de intake.

Plenaire terugkoppeling en afsluiting

Vanuit de sessies is mooie input opgehaald. Deze gaat nu verder uitgewerkt worden richting de huidige producten en deze aan te scherpen waar dit kan. Hierbij is van belang dat niet alle aanpassingen kunnen. Dit betreft aanpassingen die een 'wezenlijke' wijziging zijn van de overeenkomst. Deze aanpassingen kunnen we niet op korte termijn aanpassen maar wel meenemen als er t.z.t. een nieuwe inkoop plaatsvindt.

Naar deze punten willen we in gezamenlijkheid kijken met 5 aanbieders uit deze Verkennende Dialoog. Aanmelden kan via sandra.tap@inkoopsgd.nl.

Bijlage 1: vragen Mentimeter

Themaronde 1:

Groepsbehandeling versus individuele behandeling

Het aanbod bij groepsbehandeling kan mogelijk verbeterd worden. We onderzoeken wat de behoefte is.

1. Wat is de ideale groepsgrootte voor groepsbehandeling?
 - a. 2 tot 4
 - b. 5 tot 7
 - c. 8 tot 10
2. Groepsbehandeling moet de norm zijn?
 - a. Ja
 - b. Nee

Systeemgericht werken

Systeemgericht werken zit al binnen de eisen van de huidige inkoop, toch zien we in de praktijk dat hier verschillend naar gekeken wordt.

3. Bij systeemgericht werken kijken wij naar:
 - a. Het gezin
 - b. Iedereen om de jeugdige heen (school, sportclub, etc.)
 - c. In de praktijk richten we ons vooral op de jeugdige

Inzetten op lichtere zorgvormen

Op- en afschalen is noodzakelijk voor het bieden van goede zorg. In de praktijk kent dit zijn uitdagingen.

4. Wanneer stop je met behandelen?
 - a. Als alle doelen behaald zijn
 - b. Als de hulpvraag is opgelost
 - c. Als de jeugdige aangeeft klaar te zijn met de behandeling
 - d. Als de indicatie afgelopen is
5. Wat is er nodig om af te schalen naar een lichtere zorgvorm?
 - a. Goede samenwerking met een lokale toegang waarbij deze vraag neergelegd kan worden
 - b. Goede samenwerking met een partij die begeleiding biedt
 - c. Zelf deze begeleiding kunnen bieden
 - d. Niks, want na behandeling is het klaar
 - e. Anders: ...

Themaronde 2:

Productomschrijvingen en Functie-eisen stellen in lijn met de norm van de werktoedeling

Binnen de huidige productbeschrijvingen dient gekeken te worden of deze duidelijk genoeg zijn en voldoende een vertaling te geven van de inhoudelijke uitvoering. Dit om ruis te voorkomen, bij zowel de zorgaanbieder als het lokale team. Daarnaast dient er gekeken te worden naar de functie-eisen of deze in lijn liggen met de norm van de werktoedeling.

6. De productbeschrijvingen zijn concreet en specifiek omschreven
 - a. Eens
 - b. Oneens

7. De doelgroep in de productbeschrijving per product is duidelijk omschreven
 - a. Eens
 - b. Oneens
8. Product consultatie; op basis van opleidingsniveau/ mix:
 - a. Eens
 - b. Oneens
9. Verdeling blijven hanteren tussen J&O en GGZ en dus geen specifiek onderscheid tussen deze doelgroepen, maar op declaratie van functieniveau vs. mix van medewerkers
 - a. Eens
 - b. Oneens
10. Indeling van opleiding/functie per product past bij de norm van verantwoorde werktoedeling?
 - a. Eens
 - b. Oneens

Themaronde 3:

Specifieke producten en Diversiteit aan producten in de huidige contracten aanscherpen:

Vaktherapie wordt nu ingezet als stand-alone of weggezet onder behandelingsproducten. Wij zien een waarde in dit product, maar zoeken naar een duidelijk afbakening.

11. Vaktherapie kan alleen worden ingezet als onderdeel van een (GGZ)-Behandeling
 - a. Eens
 - b. Oneens

Groepsbehandeling versus individuele behandeling

We gaan er vanuit dat inzet van groepsbehandeling een meer efficiënte inzet van middelen is. Wij denken ook dat verscheiden hulpvragen zich goed lenen om dit in groepsverband op te pakken en dat dit ook een versterkend effect kan hebben, maar in de praktijk zien we dat dit weinig wordt toegepast.

12. Groepsbehandeling heeft de voorkeur boven individuele behandeling
 - a. Eens
 - b. Oneens

Samenwerking

Wij gaan er vanuit dat samenwerking per definitie iets is dat meerwaarde kan brengen, maar wij ervaren dit vanuit de praktijk niet. Vaak wordt er niet tijdens de behandeling maar na afloop verwezen naar een andere partij.

13. Actieve samenwerking met andere aanbieders is noodzakelijk voor een goed zorgtraject.
 - a. Eens
 - b. Oneens

Afschalen

We denken dat vergoten van de zelfredzaamheid gepaard kan gaan met vallen en opstaan en dat afschalen van zorg hierbij belangrijk is. In de praktijk zien we vaak losse trajecten en mist er een samenhang. We zoeken naar een duidelijk plan, waarbij de afschaling ook een rol krijgt.

14. Afschalen is een actief onderdeel van de behandeling.
 - a. Eens
 - b. Oneens

Consultatie

In het kader van de samenwerking dachten wij dat het product consultatie veelvoudig zou worden ingezet (als middelen om elkaar te consulteren), de praktijk laat zien dat dit niet zo is.

15. Consultatie vindt niet/nauwelijks plaats doordat de inzet van het product administratief te veel werk oplevert
 - a. Eens
 - b. Oneens

Bijlage 2: Deelnemerslijst

Deelnemers

Inkoop SDCG

Inkoop SDCG

Inkoop SDCG

Gemeente Arnhem

1Stroom

Lingewaard

Overbetuwe

Renkum

Wageningen

Zevenaar

Autimaat

Denkkracht

Elver

Entrea Lindenhout

GGNet Jong

Karakter

Kind & Meer

KJRA

Parnassia Groep

Praktijk Ponga

Praktijk Relou

Praktijk Rigtering

Prolis

Raadthuys GGZ

RIOZORG

s Heeren Loo

Stichting ROOZ

VIGO Pactum

Youké

ZijaanZij

Jan van Houten

Joep Buskens

Sandra Tap

Tea Terpstra

Niels Zwikker

Andrea Versteeg

Mariska Gort

Luc Parie

Luuk van Lier

Feitze van Zwol