

## Notulen derde marktverkenning Behandeling

Datum: 04-07-2019  
Locatie: Gemeente Rheden

---

### 1 Welkom

Martin heet iedereen welkom bij de derde marktverkenning Behandeling.

### 2 Zorgvorm specifieke eisen en productbeschrijvingen behandelingen

Consultatieproducten zijn niet wezenlijk gewijzigd. Aan toegevoegd is dat de lokale toegang deze straks ook kan inzetten. Mochten daarover opmerkingen zijn dan graag mailen naar Martin.

#### 2.1 Zorgvorm specifieke eisen

Hieronder is een opsomming gemaakt van de punten die zijn besproken tijdens de marktverkenning:

- De eerste zin zal aangepast worden. Dagbehandeling betreft ook J&O.
- Het is heel fijn dat positieve gezondheid is meegenomen in de visie van de GGZ. In de producten wordt transformatie gemist.
- Het lijkt alsof DSM-5 niet meer bestaat. Kan dit genuanceerd worden. Positieve psychiatrie. Zinsnede '...diagnostiek is niet helpend' aanpassen. Dit kan in enkele gevallen juist helpen zijn. Het is niet een uitgangspunt. Doe vooral wat nodig is om de problemen op te lossen. Ook vanuit de nieuwe gedachte van de nieuwe GGZ.
- De tekst lijkt erg toegespitst op de GGZ.
- Zinssnede: jeugdhulp behandeling – kan ook in de thuissituatie aanbieden graag aanpassen. Er werken al veel aanbieders vanuit de thuissituatie. Het zijn twee verschillende invalshoeken.
- Er moet meer J&O in. Kind problematiek staat niet voorop, maar het wordt uit de context veroorzaakt. Kwetsbare gezinnen bereik je door outreached te werken. Daarbij kan diagnostiek ondersteunend zijn. Het zijn alleen verschillende benaderingen en werkwijzen.
- Systeembenadering moet duidelijk worden.
- Samenwerking is van belang om deze visie uit te kunnen voeren. De samenwerking lvb, j&O en ggz moet in het stuk terugkomen.

Maarten zal een tekst aanleveren over de positieve GGZ. De hulpvraag is leidend. De diagnose is niet noodzakelijk, wel neem je de principes mee in de behandeling. De behandeling moet richtinggevend zijn.

#### 2.2 Behandelproducten

Iedere aanbieder krijgt maximaal 4 minuten om te reageren op de concept productbeschrijvingen. Toevoegingen kunnen ook nog per e-mail worden verzonden.

##### 2.2.1 KJRA

- Registraties en deskundigheid van het opleidingsniveau loskoppelen. In de productomschrijving loopt dit door elkaar heen. Hoe borgen we de kwaliteit van de behandeling? Bijvoorbeeld de vrijgevestigde vaktherapeuten kunnen dezelfde deskundigheid hebben als de vaktherapeuten in de multidisciplinaire teams in de complexe zorg. Samenwerkingen kunnen daarin helpen.

- In de beschrijving van de producten behandeling is er geen eenduidige omschrijving van A naar D. Bij D is de verwijzing naar de richtlijn van de beroepsvereniging van psychiaters goed benoemd, dit mag ook bij a t/m c, deze hebben zich ook te houden aan de beroepscode.
- In de zorgzwaarte moet er gekeken worden naar de problematiek. De beschrijving van de inhoudelijke werkwijze is niet aan de gemeente, hierbij ga je op de stoel van de behandelaar zitten.
- Een heldere samenwerking met de wijkcoaches is noodzakelijk, beschrijf wie bepaalt welk product ingezet gaat worden. Veel discussie kan voor komen wanneer beslissingsbevoegdheid niet helder is. Opnieuw is het aan de deskundigheid van de behandelaar om de indicatie te doen voor een product. Voor de onderbouwing mag uiteraard verantwoording afgelegd worden aan de wijkcoach.
- Wat is er voor vrijgevestigde haalbaar? Een eis is een multidisciplinair team, hier kunnen vrijgevestigde niet aan voldoen. Daarnaast hebben ook psychiaters éénpitters geen mix of crisisdienst. Bij bv enkelvoudige problematiek inzet EMDR, licht of complex. Is dit dan product A? Met deze omschrijving kan daar discussie over zijn.

#### 2.2.2 GGNet

- Er wordt onderscheid gemaakt tussen behandeling en dagbehandeling wat niet duidelijk is hoe zich dit verhoudt tot de producten.
- Wat is de definitie van declarabele tijd. Binnen de huidige ggz indirect / direct gebonden tijd schrijven wij beide.
- Wat ik mis is crisiszorg onder behandeling D. En waar is dan de toeslag voor de beschikbaarheidstoelage.
- Meer helderheid over de functiemix. Hoe moeten wij het opleidingsniveau lezen, voor de gehele behandelstap of regiebehandelaar die ingezet gaat worden.
  - Behandeling A staat HBO niveau, regiebehandelaar moet aansluiten bij wat wetgeving hierover aangeeft zoals een HBO master (verpleegkundig specialist) of WO+(++) of AMS
  - Behandeling D complexe problematiek, meest dure zorg. Rol van de klinisch psycholoog staat niet beschreven (deze lijkt te ontbreken, deze taxeert net als psychiater risico's).

#### 2.2.3 Pactum

- Het lijkt heel erg op GGZ gericht te zijn en minder op J&O.
- Productspecifieke eisen geven harde kaders, de producten bieden weinig houvast. De omschrijving is minder duidelijk en hard, hierdoor kunnen met wijkcoaches discussies ontstaan. Criteria bij de zorgaanbieders zijn hard gesteld.
- Als je bijvoorbeeld naar multi problem gezinnen kijkt, wil je een mix inzetten van professionals. Wat is er nu feitelijk nodig en van welke invalshoeken kijk je dat.
- Blij met minder vormen.

#### 2.2.4 Autimaat

Autimaat stuurt een e-mail met op- en/of aanmerkingen.

#### 2.2.5 Raadthuys

- Reikwijdte wettelijke zin moet nader onderzocht worden.
- Zijn al goede opmerkingen gegeven over taken en verantwoordelijkheden. BIG is dit al wel geregeld.

- Hebben wij de professionele vrijheid om te kijken wat echt nodig is. Dat moet wel meegenomen worden. Wijkteam kan en mag niet door professionele autonomie van behandelaren kruisen.
- Mix als uitgangspunt. Wij hebben voor 90% WO+ in dienst, hoe moeten wij dan de producten bepalen.
- Behandelaren in opleiding: hoe en waar moeten we die indelen.

#### 2.2.6 's Heerenloo

- Er wordt geen verschil gemaakt tussen inspannings- en outputgericht zoals bij andere producten waarbij je bij de één een concreet volume afspreekt en de ander het beoogd resultaat.
- Het is heel breed opgezet dus je kunt er in principe heel veel onder hangen maar eea is ook afhankelijk van tarief en uren die je er dan voor beschikbaar hebt om in te kunnen zetten: wat nodig is- maatwerk.
- Samenwerking in de keten is enorm belangrijk wordt er steeds aangegeven, dan moet de LVB er wel duidelijker in beschreven worden dan de GGZ kant die er nu staat. Er wordt steeds gezegd dat het belangrijk is om samen te werken in de keten, ook rondom het systeem van het kind. Kan dit meegenomen worden in de beschrijvingen?

#### 2.2.7 Family supporters

- Kwetsbare gezinnen met meervoudige problematiek lijken buiten de boot te vallen. Omdat specialistische GGZ niet altijd toegerust is om outreached te leveren.
- Producten en opleidingsniveau helpt niet. Maatwerk is heel erg helpen.
- Voorliggend veld. Het zit altijd in een resultaat. Wie doet de triage. Wat is er nodig, bepaald de wijkteam dat?
- Positieve gezondheid contextueel is mooi. Daarin kan nog meer ontschorst worden. Hier kunnen pilot ingesteld worden.
- Opleidingsniveau WO of HBO, mix. Er kan hierdoor onnodig dure zorg geleverd worden.
- Multidisciplinaire aanpak lijkt binnen de producten nu niet goed te worden ondersteund.

#### 2.2.8 Karakter

- Het model op basis waarvan de wijkteams, zorgverleners of verwijzers de inschatting maken in welke productgroep de jeugdige valt is niet duidelijk. Hierbij is ook de vraag of per jeugdige de zorgzwaarte en dus productgroep wordt ingeschat of per behandelinterventie. Indien het de bedoeling is per behandelinterventie, dan willen wij meteen opmerken dat dit een zware toename van administratieve lastendruk vraagt (veranderende manier van tijdschrijven) en een aanpassing van de systemen. Wij pleiten dus voor inschatting van zorgzwaarte.
- Binnen de productomschrijvingen is het onderscheid tussen A en D niet duidelijk. Op basis van welke onderscheidende factoren valt een cliënt in A tot en met D.
- Er is veel onduidelijkheid over product specifieke eisen. Op basis waarvan wordt het onderscheid gemaakt? In andere woorden, wanneer schrijf je je waar op in. Bedoel je hier bijvoorbeeld wie de hoofdbehandelaar is (welke functiegroep). Het verzoek om hierbij ook wet- en regelgeving te betrekken.
- Het document bevat veel GGZ taal. Dit is niet wenselijk voor een integrale aanpak over de sectoren.

#### 2.2.9 Siza

- Erg vanuit de GGZ beschreven.
- Zorg over specifieke eisen, belemmeren deze eisen maatwerk. Met andere behandelvormen en de keten samenwerken kan hierdoor belemmert worden.

#### 2.2.10 Rigtering

- In hoeverre is het mogelijk om op- en af te schalen.
- Door deze indeling krijg je wellicht duurdere zorg dan misschien nodig is. En tegelijkertijd vanuit de wet zijn er bepalingen. Je hebt regiebehandelaren, wie mag A dan eigenlijk leveren. Bij A kan ik alleen denken aan een kindercoach.
- Wie bepaalt welk product ingezet gaat worden?
- Waar zetten we enkelvoudig trauma neer. In B zou het moeten kunnen als je de eisen leest, maar vanuit de wet en behandelooptpunt hoort het in C.
- Bij product C en D kun je denken aan kwetsbare gezinnen met een hoog risico, maar geen crisis. Een psychiater kan dan al wel ingezet worden. Past dat in de productmix? Niet alle zorg vanuit C heeft ook weer die psychiatermix nodig.
- Wij missen heel erg een product voor gezinnen met een hoog risico, maar wat nog geen crisis is.

#### 2.2.11 Pluryn

- Direct en indirecte tijd blijft een ding.
- Sluit zich aan bij veel sprekers.
- A-D veel overlap met verblijf. Veel gecombineerde therapieën met verschillende opleidingsniveaus.
- Toets door regiebehandelaar.

#### 2.2.12 OGHeldering

- MST, ambulante behandeling. Die valt in de meeste gevallen onder C, maar kan ook onder D vallen. Waar ligt de scheiding tussen C en D. En wie bepaald dat.
- Het is veel op GGZ gericht.
- Je kunt bij bepaald producten ook trajectprijzen afspreken.

#### 2.2.13 Parnassia

- Te veel GGZ gericht.
- Productspecifieke eisen niet helemaal dichttimmeren.
- Soms kan je bij behandeling A ook GGZ inzetten. Waarom staat in de eisen alleen HBO diploma. Je moet meer kijken naar wat nodig is.

#### 2.2.14 Pro Persona

- Sluit zich aan bij vorige (ggz) sprekers.
- Product D staat top GGZ keurmerk. Wij hebben dat voor een afdeling, maar wanneer mag je dan leveren.
- Gemeenten en instellingen moeten gaan voldoen aan de landelijke eisen over uniformering administratieve processen.
- 4 producten consultatie is vrij veel.

#### 2.2.15 Entrea Lindenhout

- Het stuk is erg vanuit de GGZ visie en praktijk geschreven. De J&O kent geen DBC's, maar werkt wel volgens landelijk vastgestelde richtlijn, evidence-based methodieken, kwaliteitsnormen en erkende interventies. Daarnaast werkt Entrealindhout altijd in gezinnen met complexe problematiek, waar op meerdere leefgebieden problemen zijn en er in veel gevallen uithuisplaatsing dreigt. Dit onderscheidt ons van de eerste lijn. Daarnaast wordt vanuit J&O in veel gevallen regie gevoerd over de casus; GGZ behandelingen zijn vaak kortdurend en aanvullend.
- Met bovenstaande als uitgangspunten in relatie tot de gestelde productomschrijvingen, zie ik een inkadering die de werkelijkheid van de praktijk geen recht doet.
- Het netwerk is in onze zorg en ook getransformeerde zorg van essentieel belang om tot een duurzame verbetering te komen. Dit ontbreekt, net als de rol van regievoerder, in de omschrijvingen.
- De vraag is wie bepaalt welke categorie van toepassing is en wie bepaalt dat er wijzigingen plaats mogen vinden. Als dit bij de lokale toegang wordt belegd, voorzie ik grote issues op het gebied van samenwerking; ongedeelde visies; verkeerde prikkels, enzovoorts. Het mooiste zou in mijn visie zijn dat er overeenstemming is met lokale toegang, cliënt en zorgaanbieder over de doelen en het plan van aanpak.
- De vraag is of dit model bijdraagt aan de mogelijkheden om zorg te transformeren. Er lijken eerder meer schotten te ontstaan. Ook de netwerk samenwerking wordt er niet door vereenvoudigd.
- Welke administratieve last/wijzingen behelst het systeem?

#### 2.2.16 Jeugd GGZ

- Het blijft lastig om tot indelingen te komen. In deze indeling is lastig om onderscheid te maken. Het is misschien een kans om teksten aan te passen naar positieve gezondheid.
- Worstelingen tussen doelgroepen en doelen, functies die organisaties moeten hebben. Iets eenduidiger en consistenter, zodat de verschillen in producten helderder worden.
- Afschalen van producten. Wanneer lichtere zorg mogelijk is of zwaardere zorg nodig is hoe regelen we dit zonder administratieve last.
- Kan regie- of coördinatievoering wanneer we samenwerken met andere partijen opgenomen worden in de producten. Dit is een specifieke rol of opdracht.
- Wie bepaalt welk product je krijgt?

#### 2.2.17 Zij aan zij

- J&O werkt al veelal op deze manier.
- Het loopt heel erg door elkaar. Hoe bepaal je in welke groep de cliënt past?
- K&J psycholoog NIP mist nog als regiebehandelaar
- Kunnen consultatieproducten straks zonder beschikking worden toegepast?

### 2.3 Algemeen

Er wordt een werkgroep opgestart waarbij gemeenschappelijk de productbeschrijvingen doorgenomen worden. Hierbij zullen aanbieders uitgenodigd worden vanuit J&O, LVB, GGZ en vrijgevestigde. Anita Bongers en Martin Doeve zullen hierbij ook aansluiten. Via een mail kunnen aanbieders zich aanmelden en vanuit iedere invalshoek zullen er 2 aanbieders deelnemen.

### 3 Toepasbaarheid van de producten behandeling op verblijf en groepen

Er komt een scheiding tussen verblijf en behandelproducten. Stapelen van producten zal de bedoeling zijn. Verblijf en dagbehandeling kan door andere aanbieders geleverd worden. De producten kunnen daarvoor gebruikt worden.

### 3.1 Welke tijd is declarabel?

Direct / indirect cliëntgebonden tijd. De verhouding hierin helpt niet. Wat is realistisch en hoe moet dit gedeclareerd worden. Alle leveranciers declareren nu indirect en direct cliëntgebonden tijd.

### 3.2 Vervolg

27 augustus van 9:00 – 11:00 uur in Zevenaar

De groepsbehandelingsproducten worden nog uitgewerkt.

De Inkoop SDCG gaat ook een product ontwikkelen voor BSO+. Behandelgroepen 0-4 jaar.