

Verslag marktconsultatie Haarlemmermeer van 22 juni 2017 voor contracten Wmo per 1 juli 2018

Aanwezig:

De markt voor welzijn, dagbesteding en ontmoeting inclusief vervoer, individuele begeleiding, kortdurend verblijf, huishoudelijke hulp en cliëntondersteuning voor de Wmo.

1. Welkom

Julius Manders, categoriemanager sociaal domein, heet alle aanwezigen van harte welkom. De Wmo contracten Haarlemmermeer lopen op 1 juli 2018 af. Als voor bereiding daarop houden we twee marktconsultaties. Vandaag is de eerste marktconsultatie Wmo. Eén van de redenen dat het goed loopt binnen Wmo in de Haarlemmermeer, is dat de aanbieders goed werk leveren. Onze inwoners zijn tevreden en als dat niet zo is lossen we dat op met elkaar.

2. Toelichting op het inkoop proces en het programma van vandaag

- a. De ervaring van onze inwoner is het belangrijkste voor ons.
- b. Verdere uitrol Haarlemmermeers model. Zie bijgaande link https://youtu.be/C6YRzLSeh_0
- c. Waar we naartoe willen in de Haarlemmermeer ligt vast in beleid.
- d. Binnen het krimpende budget dat we krijgen van het Rijk; Ook dit jaar gaan de bezuinigingen van het Rijk door.
- e. Geld volgt cliënt; inwoner wil ergens naar toe, dan kan dat. Dat kunnen we bijna altijd oplossen binnen aangekocht aanbod. Als er iets speciaals nodig is of specifiek maatwerk, dan doen we dat ook. Sturing werkt goed, fijn als mensen wat te kiezen hebben en dat houdt de markt gezond.
- f. Geen volume afspraken; geen omzetgarantie voor partijen.
- g. In de hand houden van de administratieve last; aanwezigen worden opgeroepen na te denken of dit slimmer kan.

Haarlemmermeers model:

- a. We geven ruimte aan de professional.
- b. We praten met en niet over inwoners.
- c. We gaan uit van alle leefgebieden, dus ook van talenten en vrije tijd; mensen zijn meer dan hun ziekte.
- d. We gaan niet onnodig problematiseren en medicaliseren.
- e. We gaan uit van maatwerk en werken oplossingsgericht.
- f. We verwijzen niet door, maar halen er anderen bij; dit past binnen concept '1 gezin 1 plan'. Het is een uitdaging om te ontdekken hoe we dat beter kunnen doen in de toekomst.

- g. We ontwikkelen de transformatie in het partnerschap met de markt.

Speerpunten algemeen inkoop beleid Haarlemmermeer:

- a. Social return.
- b. Innovatie.
- c. Veel lokale en regionale aanbieders in het sociaal domein; inwoners helpen staat voorop.
- d. Continu maken we de afweging welk instrument wordt ingezet: inkoop of subsidie?
- e. Inzet creatieve vormen van inkoop binnen bestaande wet- en regelgeving die maximaal faciliteren dat de cliënt goed wordt geholpen.
- f. Duurzaamheid.

Inkoop Wmo per 1 juli 2018:

- a. Wat gaan we inkopen?
Dagbesteding en ontmoeting inclusief vervoer, individuele begeleiding, kortdurend verblijf, cliënt ondersteuning en hulp bij het voeren van een gestructureerd huishouden.
- b. Voor wie gaan we inkopen?
Volwassen en ouderen uit de Haarlemmermeer.
- c. Hoe gaan we het inkopen?
Light, veelal zoals de vorige keer. Bestaande partijen zullen minder informatie hoeven aan te leveren. Er zullen prijzen uitgevraagd worden en op gestructureerde manier zullen die prijzen besproken worden. Wat zijn logische toenames of afnames en hoe is de prijs opgebouwd?
- d. Looptijd contracten?
Vijf jaar (met twee keer verlenging van een jaar).
- e. Transformeren?
Zoals eerder besproken neemt het budget van het Rijk voor het sociaal domein nog steeds af. In de toekomst zal het aantal Haarlemmermeerse inwoners dat ondersteuning nodig heeft bij het voeren van hun dagelijks leven groter worden. Daarom willen we dat de partijen die op 1 juli 2018 een contract met ons sluiten zich inzetten voor de beweging van zwaar naar licht. Hoe we dat willen doen voor de Wmo leest u in de Transformeermonitor. Zie de bijgaande link: <https://view.publitas.com/haarlemmermeer/de-transformeermonitor-sociaal-domein-2015-1/page/1>
- f. Partnerschap verder uitbouwen met elkaar.
- g. Open markt: Als een nieuwe aanbieder in de tussentijd wil toetreden tot onze markt kan dat. Ze moeten dan wel aan dezelfde eisen voldoen als de aanbieders waarmee wij een contract hebben gesloten op 1 juli 2018.

Planning inkoop Wmo 1 juli 2018

- a. Verslagen eerste marktconsultatie Wmo op TenderNed, Tweede week juli 2018.
- b. In de zomer van 2017 zal de gemeente gaan werken aan een conceptprogramma van wensen en eisen.

- c. Op 26 oktober 2017 een tweede consultatie waar we dit concept van wensen en eisen met de markt bespreken.
- d. In November/December 2017 zal de gemeente een inkoopdocument maken.
- e. Tweede week van januari publicatie van inkoopstukken Wmo op TenderNed.
- f. Op 1 juli 2018 ingaan contracten Wmo.

Op 26 oktober ontvangt u de gedetailleerde planning inkoop Wmo die loopt van januari 2018 tot en met 1 juli 2018

De heer Manders licht het programma van de middag verder toe.

3. Resultaten uit de werkgroepen.

Werkgroep A: Sturen op resultaat zonder resultaat financiering – Julius Manders

De transitie is gelukt en de eerste stappen in de transformatie zijn gezet. In onze transformeermonitor leest u hoe we de komende jaren verder willen met het Haarlemmermeers model. De volgende belangrijke stap is dat we met u gaan kijken welke resultaten we voor en samen met onze inwoners willen gaan halen. Sturen op resultaat zonder over te gaan op resultaatfinanciering. Wat zijn de ideeën van de gemeente hierover? Welke rol speelt u daarin? Wat hebt u nodig van ons?

A.1 Resultaatfinanciering staat het resultaat juist in de weg. Ieder cliënt is anders dat vat je niet vooraf in een systeem.

Hoe vindt financiering plaats? Wordt er gekeken naar de situatie per cliënt of wordt er alleen gekeken naar een vast beschikbaar bedrag per cliënt? Bij sommige cliënten is één hulpverlener voldoende, bij andere cliënten spelen er meerdere problemen tegelijk en moeten we dus meerdere soorten hulpverlening toepassen. Ook komt het voor dat bijvoorbeeld begonnen wordt met hulpverlening voor een kind, maar dan blijkt het probleem bij de ouders te liggen of andersom. Dit vraagt dan een andere aanpak. Bovendien is het beoordelen van resultaat voor iedereen verschillend, voor de cliënt, voor de opdrachtgever, de aanbieder en de gemeente.

A.2 Sturen op resultaat kan alleen als je resultaatfinanciering invoert.

Dat is subjectief. Natuurlijk worden er kosten gemaakt bij iedere zorgverlening die wordt toegepast. En natuurlijk maken we onderscheid tussen zware, middel en lichte zorgbehoefte. Maar naarmate de juiste zorg op de juiste plaats wordt toegepast, kunnen zorgbehoeften afnemen naar lichtere vormen. Dat is lang niet altijd het geval, maar het is wel mogelijk. Bij verschillende cliënten zullen verschillende kosten gemaakt moeten worden, maar dat is niet erg. Als er echter geld en energie gestoken wordt in verkeerde zorg, dan kost dat geld maar lost het niets op. Sterker nog, dat kan een probleem zelfs verergeren. Het belangrijkste resultaat dat beoogd kan worden, is het helpen van de cliënt waar dat nodig is. Dat geeft het snelste resultaat en de beste oplossing. Niet alle cliënten zijn gelijk. We kunnen er niet van uit gaan dat alle cliënten op een uniforme manier geholpen kunnen worden.

A.3 Resultaatfinanciering is een papieren werkelijkheid die niet past in het Haarlemmermeers model.

Er moeten wel afspraken gemaakt worden over het te behalen resultaat. Gelukkig hebben we bij de gemeente ook zorgprofessionals die weten wat er speelt en wat er voor mogelijkheden zijn. Een zorgverlener die met een cliënt contact heeft gehad en weet wat voor zorg er nodig is, neemt vervolgens contact op met de gemeente. Bij de gemeente werken mensen die het vak kennen, zodat er een goed onderbouwd plan van aanpak kan worden gemaakt en uitgevoerd.

A.4 Zijn we net gewend aan P x Q gaan we over naar resultaatfinanciering. Veel administratief gedoe en kosten.

Misschien wel, maar op de lange termijn kan het ook kosten besparen. Als gekeken wordt naar de afzonderlijke problemen bij iedere cliënt en per casus wordt aangestuurd op een gerichte aanpak van dat probleem, dan kan bij gebruik van minder middelen toch een beter resultaat worden behaald. Niet iedere cliënt heeft iedere stap in een standaardproces nodig, soms kan het forceren van vastgestelde regels juist vertragend werken op de vooruitgang van de cliënt.

A.5 Zonder resultaatfinanciering geen inhoudelijke en financiële innovatie in de markt.

Dat is zeker niet waar. We zijn als aanbieders doorlopend bezig te onderzoeken of het beter kan. Dat blijven we graag in partnerschap met de Haarlemmermeer doen. We moeten goed nadenken over wat we resultaat noemen. Is het resultaat te beschrijven als de totaal gemaakte kosten of restant van besteed budget per cliënt, of is het de voortgang die de cliënt maakt als gevolg van de zorgverlening die geboden wordt.

A.6 Wat dacht je dat we tot nu toe deden als aanbieder, natuurlijk sturen we op resultaat bij onze klanten.

De gemeente wil dat de hulpverleners zelf aangeven wat er per casus nodig is. Vertrouwen in de professional. De hulpverleners hebben rechtstreeks contact met de cliënten. De bezoekers van de markconsultatie vinden dat de gemeente Haarlemmermeer goed bezig is. Er wordt geluisterd naar behoefte van de cliënten in iedere afzonderlijke casus. Per cliënt moet vooraf goed gekeken worden wat er nodig is. Voordat zorgverlening begint, moeten er goede afspraken gemaakt worden over wat er gaat gebeuren. Veel mensen hebben moeite met het benoemen van de problemen, maar het is wel nodig dat problemen goed omschreven worden voor er adequate hulp geboden kan worden. Cliënten zijn individuen die niet kunnen of willen worden vergeleken met anderen. Iedere situatie is anders. Voor de één is andere zorg nodig dan voor de ander. Soms meer, soms minder en ook de wijze waarop de zorg moet worden verleend kan verschillen. Alleen als zorgverleners en gemeente goed met elkaar communiceren en elkaar niet tegenwerken, kan er een positief resultaat bereikt worden.

Voor de cliënt is het vaak moeilijk om hulp te vragen. Wanneer de cliënt zo ver is, weet hij nog niet altijd waar hij precies moet aankloppen. Zodra de cliënt om hulp komt vragen, dan is het zaak dat degene die het eerste contact heeft, zorgt dat de hulpvraag op de juiste plaats terecht komt. Niet eenvoudig doorverwijzen, maar een benodigde partij erbij halen en contact onderhouden.

A.7 Verwarren jullie resultaat niet met regie?

Het is wel degelijk belangrijk om de regie van een hulpverleningstraject in de hand te houden. Regie en resultaat zijn twee verschillende dingen, maar ze houden wel verband met elkaar. Een regieschrift bijhouden voor het naleven van afspraken en monitoren van voortgang is hier een voorbeeld van. Zonder goede regie haal je geen goed resultaat.

Aan de andere kant, als in de praktijk per geval blijkt dat een ingeslagen weg niet de juiste is, dan moet de regie worden aangepast om alsnog het gewenste resultaat te behalen. De klantbeleving is het belangrijkste. Als gemeente vinden we regie één van de punten waar we met elkaar nog veel kunnen winnen. Daarom ook de werkgroep één huishouden één plan. Iedere zorgverlener weet op zijn eigen vakgebied altijd precies wat er nodig en mogelijk is, maar is niet altijd bereid of geneigd om rekening te houden met een andere vorm van zorg door een andere aanbieder. Dit kan er voor zorgen dat verschillende zorgverleners die één cliënt bedienen, elkaar ongewild tegenwerken. Dat moeten we zien te voorkomen bijvoorbeeld door het voeren van goed en open overleg, zowel tussen hulpverleners en cliënt als tussen hulpverleners en gemeente. Het is belangrijk om afspraken te maken (en na te leven) zodat de cliënt de beste zorg krijgt. Dat wat goed loopt moet zo blijven, maar bij uitzonderingsgevallen is er tussentijds aanvulling of verandering nodig. Betrek vooral de cliënt bij het vinden van aanvullende oplossingen. Belangrijk is om samenwerkingsintentie op te nemen in de contracten. Waar nodig moet het mogelijk zijn om meerdere zorgverleners op één casus te zetten, maar die zorgverleners moeten daar wel onderling aan meewerken. Natuurlijk zijn er ook in de Haarlemmermeer enkele probleemgezinnen die meer nodig hebben dan anderen, maar die zijn er overal. Het is belangrijk deze zaken als uitzondering te blijven zien. Daar kan je geen algemeen geldend beleid voor maken. uitzonderingen algemeen toe te passen. Waar het om gaat is de juiste zorg bieden op de juiste plaats.

A.8 Zonder resultaatfinanciering in de inkoop innoveert de markt niet voldoende.

Er komt een vraag uit de groep of de gemeente nieuwe ideeën toestaat. Antwoord is: ja. Per casus wil de gemeente tot goede oplossingen komen en natuurlijk spelen de kosten daar een rol in. Als voor een specifieke casus een andere aanpak nodig is dan gebruikelijk, dan wil de gemeente daar absoluut over nadenken. Zeker als dat het positieve resultaat bevordert.

Werkgroep B: Ontmoeting in plaats van geïndiceerde dagbesteding - Vivienne Otto en Petra van Doorn

De kern van onze transformeermonitor is de beweging van zwaar naar licht. Of het zo lang als mogelijk uitstellen van zwaar. We hebben op dit moment ontmoetingsaanbod met lichte ondersteuning in de wijk en bijvoorbeeld inloop GGz. Een mooie variant tussen vrij toegankelijke ontmoetingsactiviteiten in buurtcentra en dagbesteding met een indicatie. Hoe voorkomen we dat er een groei komt van én dagbesteding met een indicatie én ontmoeting aanbod met lichte ondersteuning in de wijk? Ontmoeting en dagbesteding met een indicatie in één perceel opnemen? Waar de groei van het één wordt betaald uit de afname van het ander?

Wat willen we bereiken?

Inwoners in een kwetsbare situatie zo lang mogelijk deel kunnen laten nemen aan sport, cultuur en andere vormen van vrijetijdsbesteding met lichte vormen van ondersteuning en in hun eigen wijk. Zodat er een zinvolle invulling van leven is en mantelzorgers minder druk ervaren. Dichtbij en toegankelijk.

Er zijn al diverse ontmoetingen met lichte ondersteuning;

- Huis van de Buurt
- Sociëteit
- Wijkontmoetingscentrum
- De Ark
- Samen Vitaal
- GGZ Inloop
- Bio-soepie

Uitgangspunten zijn;

- Zo dichtbij mogelijk;
- Goede spreiding;
- Uitstelling van geïndiceerde activiteiten;
- Partijen doen het met elkaar;
- Ruimte voor lokale initiatieven;
- Veel met vrijwilligers;
- Aansluiten bij aanpak Meer voor elkaar in de buurt;
- Samenwerking met meerdere partijen uit het sociale domein en de zorg.



Situatie is in piramide vorm weer te geven;



Kan er binnen de piramide geschoven worden? Hoe kan de middenlaag nog beter neergezet worden en wat is daarvoor nodig?

Er zal gediscussieerd worden in 3 subgroepen. De thema's die behandeld worden zijn;

1. Kwaliteit van het aanbod.
2. Kwantiteit van het aanbod.
3. Financiering.

Plenaire samenvatting per thema

1. *Kwaliteit van het aanbod*

- De professional moet goed inzicht hebben in de zwaarte van de zorg.
- De professional moet goed kunnen samenwerken met de vrijwilligers en moet kunnen coachen.
- De professional moet een minimum aantal uren aanwezig zijn.

2. *Kwantiteit van het aanbod*

- Vertrekpunt moet de vraag van de inwoner zijn.
- Combinaties met dagactiviteiten die er al zijn.
- Op locatie of eventueel mobiel aanbod.
- Voorkeur voor activiteiten per woonkern.
- Themagericht aanbod in plaats van doelgroepgericht.

3. *Financiering*

- Beschikbaarheidsvoorziening.
- Voorzichtig zijn dat doelgroep niet vervuult al selecteert zich dat waarschijnlijk wel uit.
- Aandacht voor onrendabele plekken – kleine kernen.
- Voorkeur voor lump sum bedrag.
- Inkoop kan een drempel zijn voor kleinere partijen.



- Goed kijken wat het resultaat van bijvoorbeeld een sociëteit moet zijn. Als er minder mensen geïndiceerd zijn, komen ze dan terecht bij de laagdrempelige inloop of blijven ze dan thuis?
- Optie zou zijn opstart in subsidie en vervolg in reguliere inkoop.
- Moet de indicering wel naar beneden aangezien door vergrijzing de groep ouderen steeds groter wordt?

Bediscussieerde punten per thema

1. *Kwaliteit van het aanbod*

- Professional moet inzicht hebben in en deskundigheid op het gebied van op- en afschalen, beoordelingsvermogen en door kunnen pakken naar geïndiceerde zorg.
- Aantrekkelijk maken voor zowel mannen als vrouwen.
- Vast vertrouwd gezicht, zowel van professional als vrijwilliger.
- Soms combinatie mogelijk van geïndiceerd en niet geïndiceerd – expertise uitwisselen.
- Omgaan met ontwrichtend gedrag door deelnemers (bijv. psychiatrisch, lichte beperking).
- Niet 'zorgen', gaat om zelfredzaam zijn.
- Uitgaan van de kwaliteiten van de inwoner/cliënt.
- Minimum aantal uren aanwezigheid professional in combinatie met vrijwilliger.
- Toeleiding; evt. via huisarts, vooraf gesprek.
- Vrijwilligers (VOG) en contract met proeftijd, aandacht voor zelfredzaamheid.
- Samenwerking met vrijwilligers (kan beginnend klant zijn), professional is coach en trainer.
- Lokale partijen betrekken, aanbieder moet draagvlak creëren.
- Goede verbinding met gebiedsteams/sociale makelaars, huisarts. Welzijn op recept.
- Vervoer een mix; zelf komen, shuttlebus, ANBO-bus (bestuurder moet kwaliteiten hebben om te gaan met de doelgroep).
- Denken aan maatjes constructie.
- Verschillende vormen; dag arrangement/lunch/IKEA/Albert Heijn.
- Definitie doelgroep, op maat maken? Geïndiceerd <-> algemeen, ook stimulerend werken.
- Participatiecoach bedenkt met inwoner hoe de week wordt ingevuld.
- Goede training vrijwilliger nodig.
- Vrijwilliger zo licht mogelijk, professional nodig om kwaliteit te waarborgen.
- Begeleiding is afhankelijk van de doelgroep, de activiteit en de aanwezigheid van mantelzorger.
- Mantelzorgers die mee zijn vragen ook om specifieke begeleiding.
- Mentaliteit/cultuur.
- OTT, RIBW Ingeest, Vita Amstelland, Gemeente Amstelveen, 'bijspringen en versterken'.
- Verbinden aan de wijk, in gesprek met de buurt.
- Met openingstijden ook denken aan weekenden, avonden, feestdagen. Vervoer is hierbij een factor van extra aandacht.
- Activiteiten met een thema; eten, sporten.
- Wat vinden klanten belangrijk?



- Brede intake – niet de verwachting wekken dat je alles op kunt lossen. Maar wel bij eerste melding al kijken waar de behoefte precies ligt.
 - Preventieve activiteiten inzetten.
 - Gesprek aangaan met de mensen op de plekken waar ze nu komen/zijn.
2. *Kwantiteit van het aanbod*
- Begin bij de vraag van de bewoner, is er een vraag en hoe vind je die? Ophalen in de buurt, GGZ organisaties, welzijnsorganisaties, kerk, sociale makelaars, professionals in de wijk. Het gesprek aangaan en luisteren.
 - Maatvast aanbod in de wijk meenemen in gebied.
 - Mix waarden qua doelgroep.
 - Meer/verschillende activiteiten of partijen in een gebouw.
 - In een groep waar kan, individueel waar nodig.
 - 'Tussenvoorziening' in elke kern, moet het op locatie zijn?
 - Arbeidsmatig combi ontmoeten?
 - Dichtbij inwoners i.v.m. vervoer.
 - Denk ook eens aan ander locaties zoals bijvoorbeeld een kerk. Probeer met leukere uitstraling beter imago te creëren waardoor bredere doelgroep aangetrokken wordt.
 - Promoten met leuke activiteit om mensen binnen te krijgen.
 - Spreiding van het aanbod.

Werkgroep C: '1 gezin 1 plan' – Femke Nederstigt

'1 gezin 1 plan'; Eén van de beloftes van de decentralisaties naar de gemeente. Toch gaan veel zaken in ons Meer-team over knelpunten binnen 1 gezin 1 plan. We zien nog vaak meerdere zorgplannen naast elkaar in plaats van één plan. Als het plan er wel is, blijkt dat de uitvoering vaak weerbarstig is. Hoe werk je als aanbieders samen aan één plan? Hoe ga je om met je eigen zorgplan binnen het totale gezinsplan?

Met landelijk decentralisaties wordt '1 gezin 1 plan' uitgesproken en gepromoot. In praktijk is het echter vaak lastig om het vorm te geven als er meerdere zorgverleners in één gezin werken. We zien dan vaak dat zorgplannen nog niet goed op elkaar afgestemd zijn. Hoe kunnen we dit verbeteren?

Stelling 1: Het gezinsplan/persoonlijk plan van de cliënt is leidend

- Het persoonlijk plan is heel belangrijk, maar alle betrokken organisaties (gemeente, instellingen) hebben een eigen format waaraan voldaan moeten worden. Voorbeeld: Jeugdzorg wil iets anders dan gemeenten. Wie bepaalt uiteindelijk dit format?
 - o Is een format nodig? Zou dat een paraplu kunnen zijn waar je als organisatie je eigen zorgplan aan hangt?
- De wens van de cliënt is niet altijd gelijk aan die van de gemeente / betrokken zorginstantie.



- Is wens van cliënt concreet genoeg? Als zorgverlener dien je altijd mee te denken: wat is het beste voor de cliënt.
- We ontkomen er als aanbieders niet aan een eigen plan op te stellen. Al is het maar vanwege beroepskaders, inspectie, declarabel maken.
- Wat is het uitgangspunt als je een plan opstelt? Client centraal of houd je rekening met wat 'handig' is?
- Bijna overal wordt n.a.v. een keukentafelgesprek een plan van aanpak opgesteld. Dit wordt naar de cliënt gestuurd, maar niet naar de zorgverlener(s). Dit zou wel veel meer inzicht geven.
- Gegevensuitwisseling blijft lastig. Als cliënt eigenaar is van zijn eigen plan, kan hij er voor kiezen organisaties geen inzage hierin te geven.
- Een zorgplan is de uiteindelijk vormgeving van de methodiek die er achter zit. We werken allemaal met andere methodieken waardoor de plannen er anders uitzien. Dat maakt het complex.
- We moeten geen systemen koppelen die niet met elkaar kunnen praten waardoor er veel meer administratie komt.
- We hebben met de wet te maken, meldplicht. Waardoor je als organisatie verantwoordelijk bent om alles in kaart te brengen.
- Is het letterlijk bedoelt '1 gezin 1 plan'? Dat is een illusie. Maar we moeten contact hebben als we met meerdere aanbieders in een gezin werken. De grootste aanbieder kan het onderling contact initiëren.
- Verwijsindex wordt niet van alle kanten goed gebruikt. Zo zijn we afhankelijk van de medewerking van cliënten om openheid van zaken te geven.
- Jeugdgezondheidszorg weet vaak niet dat er andere hulpverleners actief zijn in een gezin. Het is ook niet bij alle aanbieders bekend dat zij dit zouden moeten melden.
- Principe geldt volgt client, betekent ook dat bij financier alle gegevens zijn. Het facturatiesysteem van de gemeente en het bestand van de zorgverzekeraar. Maar met de privacy wetgeving kan dit in de praktijk niet.
- Op wijkniveau de problemen bekijken, dat maakt het acceptabel voor bewoners. Het gaat dan niet om één gezin, maar om de hele wijk. Voorbeeld is het project JOGG.
- Misschien is het probleem niet op te lossen als je geen geweld doet aan grote waarden.
- Er ligt een grote rol voor het team zorg en ondersteuning, die zien cliënten het eerst. Die zouden brede uitvraag moeten doen, belangen op tafel leggen.
- Wij zijn ogen en oren achter de voordeur als aanbieders. Onze mensen moeten niet alleen maar focus leggen op het probleem waar zij voor komen, maar ook verder kijken. Gemeente mag hier in de uitvraag ook eisen aan stellen. Wat speelt er nog meer en weet je waar je terecht kunt om dit te melden?

Stelling 2: Het invullen van een regisseursrol past binnen de inkoop van de gemeente.

- Bij voorkeur beheert de cliënt zijn of haar eigen plan, maar als hij/zij dit (tijdelijk) niet kan, dan is dit de taak voor de zorgverlener(s).
- Alle instellingen hebben hun eigen prioriteit(en). Eén is met ouder bezig, ander met het kind. Lastig om op één lijn te krijgen. Vaak is er ook sprake van 'koudwatervrees' om de regie te nemen.
- Het is moeilijk samenwerking met GGZ, doordat zij zoveel (financiële) klappen heeft gehad.
- Alle partijen moet zich meer bewust worden van het belang van samenwerking.



- We zouden moeten volgen wat de professionals zeggen, los van contracten.
 - o Het is pijnlijk om te zien dat medewerkers zich hierin soms geremd voelen. Voor ambulante begeleiders in verschillende regio's is het lastig omdat er per gemeente grote verschillen zijn.
- Gemandateerde professionals krijgen informatie die wij niet krijgen (nieuwsbrief).
- Samenwerking moet bevorderd worden, maar de administratieve last hierdoor niet verzaard.
- Het onderling contact zoeken werkt goed en snel. Bel de andere zorgverlener om iets te vragen of overleggen. Dit is een cultuurverandering, mensen vinden het lastig elkaar te bellen. Het kan helpen als we elkaar beter leren kennen (pitchen, netwerklunches). Hier moeten dan wel middelen voor komen.
- Een onafhankelijke rol definiëren zodat het gezin/de cliënt zodra het kan weer de verantwoordelijkheid neemt.
- Een soort marktmeester zonder belang aanstellen. In het onderwijs is hiervoor de intern begeleider. In de zorg is het niet anders.
- De begeleidende rol bij de huisarts neerleggen. Hij is de poortwachter. Eventueel kan dit een taak van de praktijkondersteuner worden.
- We moeten oppassen het systeem niet in de richten o.b.v. de 'zware gevallen'. Een klein aantal heeft wat extra's nodig, de meeste gaan goed.

4. Hoe gaan we verder?

Aanwezigen worden bedankt voor hun komst en inbreng. Het verslag van deze en de aankondiging voor de volgende bijeenkomst op 26 oktober 2017, zullen binnenkort te vinden zijn op TenderNed.