



MARKTCONSULTATIE AMBULANTE BEGELEIDING EN AMBULANTE BEGELEIDING MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

Het betreft de begeleiding in het kader van de Wmo en Jeugdwet

Vraag 1. Welke definitie van begeleiding hanteert u? Wat is volgens u het verschil tussen begeleiding en behandeling?

Er is geen eenduidig antwoord te geven om het verschil is tussen begeleiding of behandeling weer te geven. Het is niet “zwart-wit” te stellen aangezien er een grijs gebied.

De algemene deler uit de beantwoording is dat:

- Behandeling is gericht op de problematiek van de cliënt met als doel de problematiek op te lossen of te verminderen.
- Begeleiding is leren omgaan met de beperking en de zelfredzaamheid te vergroten en te kunnen participeren in de samenleving.

Ook is aangegeven dat behandeling kortdurend is en begeleiding ook voor een langere periode kan worden ingezet. Tevens wordt behandeling vaak uitgevoerd door een psychiater, gedragswetenschapper of orthopedagoog en is gebaseerd op een methodieken die bewezen effectief zijn en eventueel gecombineerd met medicatie.

Vraag 2. Moet de huidige indeling (Z1-Z4, M4-M5, G1, V1) van de resultatenmatrix worden gehandhaafd? Graag toelichten.

Over het algemeen wordt er positief geantwoord om de indeling van de resultatenmatrix te handhaven. Wel is aangegeven dat deze op onderdelen verbeterd kan worden, zoals een heldere omschrijving van de (sub)resultaten en de interventieniveaus.

Vraag 3. Heeft u suggesties om de administratieve lastendruk terug te dringen?

De meeste aanbieders zijn tevreden met de huidige manier van werken en worden de administratieve lasten niet als heel groot ervaren. De volgende suggesties zijn nog wel benoemd:

- Vast te houden aan de landelijk ontwikkelde werkwijzen.
- Waar het kan lange indicatie af te geven
- Langere looptijden van de contracten
- Niet maandelijks declareren maar over te gaan op een soort van (vooraf) trajectfinanciering.
- De gemeentelijke processen meer op elkaar af te stemmen en wellicht samen te voegen.
- Minder heen en weer berichten in het berichtenverkeer.

Vraag 4. Heeft u (innovatieve) ideeën die bijdragen aan de transformatie?

Aanbieders geven aan dat er nog veel te winnen is op het gebied van samenwerking en co creatie. Hiervoor is een goede basis nodig waarbij ieder zijn rol goed kent maar ook doet waar men goed in is. Op cliëntniveau moet één partij de regie hebben. Ook is de doorstroom naar een voorliggende voorziening is genoemd. Waarbij de gemeente moet oppassen dat deze voorzieningen en inwonersinitiatieven niet als vervanging van de professionals wordt ingezet waar het niet kan.

Vraag 5. Bent u bereid afspraken te maken over de duur van begeleiding en afschaling? Welke kritische prestatie indicatoren (KPI's) zouden hier contractueel over vastgelegd kunnen worden?

De reacties op deze vraag zijn verschillend en in twee delen beantwoord.

1. Duur van de begeleiding en afschalen

Over het algemeen zijn aanbieders terughoudend in het maken van afspraken over de duur van de begeleiding en afschaling. Er wordt aangegeven dat dit op cliëntniveau bekeken moet worden. Ook is dit

erg doelgroep afhankelijk, er zijn doelgroepen bij waar afschaling niet mogelijk is maar juist het voorkomen van opschaling een doel op zich is.

2. KPI's

Bij de KPI's is aangegeven dat het niet alleen om het meten van de cijfers gaat maar om het "tellen en vertellen". Het afspreken van KPI's is goed maar het duiden van de verzamelde cijfers is van groot belang.

Vraag 6. Welke kwaliteitseisen zouden we moeten borgen in het aanbestedingsdocument om de kwaliteit van zorg te waarborgen?

Over het algemeen worden de huidige kwaliteitseisen omarmd. Voor grotere organisaties zijn HKZ of ISO certificaten een passende eis, voor kleinere aanbieder met 1 of 2 werknemers niet. Hier moet rekening mee worden gehouden. Daarnaast is ook aangegeven dat er een verschil is tussen kwaliteitseisen van de aanbieder en de kwaliteitseisen die gesteld worden aan de medewerkers van de aanbieder. Hiervoor worden ook registraties als SKJ en registerplein benoemd.

Vraag 7. Hoe staat u tegenover lumpsum-financiering en wat is daar voor nodig?

Het grote deel van de aanbieders geeft aan niet positief te zijn over lumpsum financiering. Er wordt aangegeven dat deze grote nadelen met zich meebrengt en het met name een commerciële uitwerking heeft op grote aanbieders. Ook werkt het tegen de keuzevrijheid van de inwoner. Indien er wordt overgegaan op lumpsum financiering moeten er duidelijke afspraken over worden gemaakt. Hoogte van het bedrag, aantallen cliënten etc. Al met al wordt aangegeven dat deze vorm nog veel haken en ogen heeft en men tevreden is met de huidige financieringsmethodiek.

Vraag 8. Hoe kan de effectiviteit van de begeleiding worden verbeterd?

Een aantal aanbieders ziet mogelijkheden in een betere samenwerking met de toegang. Een aanvraag duurt soms lang waardoor klachten verergeren. Ook het tijdig maar volledig informeren kan bijdragen in een effectievere begeleiding. Naast samenwerking met de toegang kan een gezamenlijk zorgplan, opgesteld door alle betrokken hulpverleners, de effectiviteit bevorderen. Ook Investeren in beroepskwaliteit wordt benoemd zoals het voorbeeld van Groningen waarbij een verplichte supervisie van een gedragswetenschapper is opgenomen. De aanbieders moeten goed kijken wat echt nodig is en ook "durven" aan te geven wanneer er afgeschaald kan worden of dat een andere aanbieder meer passend is.

Vraag 9. Welke mogelijkheden zijn er voor verschuiving van individueel naar collectief? En wat is daarvoor nodig?

Over het algemeen blijkt wel dat aanbieders vinden dat een collectieve voorziening alleen ingezet als dit passend is bij de cliënt en zijn problematiek. Indien bepaalde problematiek bij meerdere personen in een bepaald gebied voorkomt, kan een groepsindicatie wellicht de mogelijkheid bieden in plaats van meerdere individuele indicaties.

Vraag 10. Welke vormen van (ambulante) begeleiding zijn volgens u nodig om instroom beschermd wonen te voorkomen en uitstroom beschermd wonen te kunnen bevorderen? Hoe kunt u dit organiseren?

Niet alle aanbieders voor begeleiding zijn bekend met de groep voor Beschermd Wonen. Vanuit de huidige situatie worden er wel een aantal knelpunten benoemd waar rekening mee gehouden moet worden:

- Voldoende beschikbare en betaalbare woningen
- Het intensief thuis begeleiden zoals (24/7 beschikbaarheid) afgestemd op de behoefte van de cliënt en niet op de mogelijkheden van de instelling
- Meer en betere samenwerking tussen de aanbieders onderling
- Rekening houden met gepland en ongeplande begeleiding

- Van individueel naar teamgericht werken
- Ontwikkeling van respijt plekken/bed op recept /time out plekken

Verder is nog benoemd dat een tussenarrangement zoals een semi intramurale setting waarbij vaardigheden aangeleerd kunnen worden een goede overgang kan stimuleren.

Vraag 11. Hoe ziet u het verschil tussen interventieniveau 5 en interventieniveau 6?

Uit de beantwoording blijkt dat er verschil is in interpretatie tussen niveau 5 en 6. Hetgeen het meest is benoemd is dat bij interventie niveau 5 de cliënt kan terugvallen op het eigen netwerk en dat bij interventie niveau 6 het eigen netwerk onvoldoende is om als vangnet te fungeren. Ook de term diffuus beeld wordt bij niveau 6 vaker benoemd waarbij stabilisatie ook een doel is terwijl bij interventie niveau 5 juist mogelijkheden voor ontwikkeling zijn. Enkele aanbieders geven aan dat het verschil te onduidelijk is en het best kan worden opgeheven.

Vraag 12. Welke invulling/activiteiten vallen volgens u onder interventieniveau 4? Hoe staat u tegenover om interventieniveau 4 onder te brengen in een algemene voorziening?

Aanbieders geven aan dat de vraag onvoldoende informatie geeft om een goed en eenduidig antwoord te kunnen geven. In een dialoog zijn er wellicht oplossingen mogelijk. In het algemeen kan gesteld worden dat het onderbrengen van interventie niveau 4 in een algemene voorziening niet wordt aangemoedigd door aanbieders. Indien een algemene voorziening niet toereikend is, wordt er een maatwerkvoorziening ingezet. Dit moet ook maatwerk blijven. Ook Wordt er gewezen op het risico dat er meer naar interventie niveau 5 zal worden overgeheveld, cliënten die nu begeleiding op niveau 4 ontvangen.

Vraag 13. Wat is er nodig om te kunnen afschalen?

Over het algemeen wordt aangegeven dat een goede samenwerking nodig is. Vooraf goed geformuleerde doelen zodat eenvoudig kan worden getoetst of de doelen zijn behaald. Ook een aparte afschaalbouwsteen wordt als optie genoemd. Om te kunnen afschalen naar een voorliggende voorziening moet het voorliggend kader beter worden gestructureerd.

Vraag 14. Welke suggesties op het gebied van ambulante begeleiding heeft u om ook in de toekomst de kosten beheersbaar te houden/terug te dringen?

Veel aanbieders hebben deze vraag niet beantwoord. De suggesties die wel zijn gegeven zijn o.a.:

- Mogelijkheid om deels te kunnen declareren
- Kleinere financiële stappen in de matrix, de verschillen zijn nu soms erg groot.
- Goede inschaling en tijdige evaluatie
- Betere aansluiting bij het onderwijs, die ook zorgbudget heeft.
- Het risico bij de aanbieders neerleggen door lumpsum of populatiebesteding.
- Vroegtijdige signalering
- Gebruik maken van "zorg op afstand"

De verwachting is dat de ambulante begeleiding alleen maar gaat stijgen door de maatschappelijke ontwikkelingen. Door meer duidelijkheid in de keten, meer samenwerking en meer flexibiliteit in het op- en afschalen kunnen de kosten worden beheerst.

Vraag 15. Heeft u nog andere suggesties/opmerkingen die u met ons wil delen?

- Meer kijken naar het "voorkomen van"
- De gemeente moet meer initiatieven stimuleren, ontwikkelen, evalueren en verbeteren.
- Onderzoek de reële prijs goed! Door allerlei regels en maatregelen stijgen de kosten behoorlijk (SKJ registratie verplichten, AVG, Cao loonstijging etc)
- Kijk naar pilots die andere gemeente draaien.

- Hoogbegaafde jongeren graag benoemen als aparte doelgroep.