

Marktconsultatie ambulante begeleiding en ambulante begeleiding maatschappelijke opvang

Vraag	Antwoord
1. Welke definitie van begeleiding hanteert u? Wat is volgens u het verschil tussen begeleiding en behandeling?	Begeleiding is een lichtere vorm van hulp, hierin hoeft geen DSM-classificatie te voldoen. In begeleiding worden nieuwe vaardigheden aangeleerd, bijvoorbeeld omgaan met faalangst, omgaan met executieve functiebeperkingen, sociale vaardigheden aanleren, weerbaarheid versterken. Behandeling zie ik als zwaardere vorm van hulp, waarbij sprake is van onderliggende DSM-classificatie. Bijvoorbeeld, problemen ten gevolge van ASS, depressieve stoornis, ADHD. In beide gevallen wordt gewerkt met wetenschappelijk onderbouwde methodes (in mijn geval veelal cognitieve gedragstherapie, vormen uit de motivatiepsychologie, acceptance and commitment therapy en slapende honden wakker maken). Woonfoyers ondersteunt de cliënten op de verschillende leefgebieden en doelen. Woonfoyers zet hierbij geen behandeling in, maar zoekt hierbij wel de samenwerking op met externe partijen waar behandeling wel mogelijk is. Dit is per client verschillend. Dagelijks ondersteuning bieden op alle leefgebieden met een 24/7 bereikbaarheid, zonder contra indicatie. Begeleiding is hulpverlening aan cliënten. Behandeling is behandeling van patiënten (bv. Door een psycholoog of een psychiater). Begeleiding is praktische ondersteuning in de eigen thuissituatie/het dagelijks leven, gericht op het ontwikkelen, stabiliseren of compenseren van de zelfredzaamheid of het welbevinden van de cliënt. Het gaat om het (leren) toepassen van vaardigheden en inzichten. Behandeling daarentegen is vaker gericht op herstel van het probleem of het hanteerbaar maken hiervan. Al is de grens tussen begeleiding en behandeling niet altijd zo zwart-wit te zien en overlapt elkaar ook, samenwerking tussen behandelaar en begeleider is zeer wenselijk zodat nieuwe vaardigheden en inzichten uit de behandeling geoefend en geïntegreerd kunnen worden tijdens de begeleiding. De startpunten en doelen van begeleiding en behandeling liggen m.i. anders. Uitgangspunt voor begeleiding is het leren omgaan met de beperking in het dagelijkse leven en op alle leefgebieden. Met de beperking, die vaak na behandelding(en) chronisch blijkt te zijn je leven vormgeven (op de diverse leefgebieden). Behandeling is gericht op verwerking van (traumatische) ervaringen en waar mogelijk met therapeutische interventies het

	opheffen van de beperking. Behandeling is gewoonlijk voorliggend aan begeleiding, maar hoeft niet. Ook hier geldt maatwerk. Er is altijd sprake van een grijs gebied in de uitvoering van beide werkgebieden. Bij begeleiding is vaak sprake van 'uitbehandeld zijn'. Dat wil niet zeggen dat tijdens begeleiding iets wat 'uitbehandeld' is een vorm krijgt waardoor de last van de beperking verminderd. Doch de beperking is blijvend en zal vaak ook blijvend ondersteuning vragen ten einde de behaalde resultaten in stand te houden. Behandeling is meer gericht op genezing van de beperking. Dat kan soms, maar heel vaak hebben Wmo cliënten een behandeltraject achter de rug en blijkt er sprake van een chronische (psychische of lichamelijke) beperking die ondersteuning / begeleiding- coaching vraagt. begeleiding die erop gericht is mensen in positieve zin te veranderen, uitgaande van gezonde mensen en een geloof in de veranderingsmogelijkheden die liggen besloten in de blijvende wisselwerking tussen inzicht en gedrag. begeleidingsvormen die erop gericht zijn mentale blokkades of psychische stagnatie te verhelpen. . Definitie van begeleiding: Cliënt ondersteunen in het dagelijks functioneren op verschillende leefgebieden, (Z1 – Z4, M4 – M5, G1, V1) afhankelijk van de zorgvraag. Het verschil tussen begeleiding en behandeling: Begeleiding is ondersteuningsgericht, waar gezamenlijk met cliënt wordt gekeken naar de zorgvraag en ondersteuningsbehoefte. Behandeling is cliëntgericht en kan in verschillende vormen geboden worden. Bijv: diagnostisch onderzoek (testen, observatie) en/of EMDR, PMT etc, interventies gericht op herstel en/of voorkomen van verergering. Wij vinden het fijn dat u deze vraag stelt. Er is vaak onduidelijkheid over. Wij hanteren het liefst behandeling als het methodisch tot stand brengen van een gedragsverandering waardoor een gezondheidsklacht wordt verminderd of opgelost. Begeleiding is het proces van zelfstandig leren toepassen van gedragsstrategieën bij het omgaan met gezondheidsklachten of – beperkingen of het zelfstandig helpen functioneren in de maatschappij. Begeleiding is gericht op het stabiliseren van de situatie. Behandeling is gericht op vooruitgang/verbetering van een situatie die niet gewenst is; denk aan depressie, angst enz. Systemisch werken; bij ons wordt altijd naar het systeem gekeken. Waar is behandeling nodig en waar kan begeleiding volstaan. WmZ hanteert de oplossingsgerichte methode die gericht is om de hoogst mogelijke zelfstandigheid van de client te bevorderen. WmZ begeleidt, een GGZ instelling als Lentis behandelt. Wel is een betere communicatie bevorderlijk voor een nog meer effectieve begeleiding! Onder begeleiding verstaan we "ondersteuning bieden in het dagelijks leven die tot doel heeft meer zelfredzaam te worden". Onder behandeling verstaan wij een medische aanpak van een psychiatrische stoornis en bijbehorende problemen op verschillende levensgebieden.
--	---

	We zien in de dagelijkse praktijk dat een ‘hybride’ vorm waarin behandeling en begeleiding in elkaar over loopt heel goed en behandeling versterkend werkt. Bijvoorbeeld, een cliënt met een angststoornis is in het bijzonder gebaat bij ‘exposure’ waarin je de cliënt heel langzaam blootstelt aan datgene wat hij/zij heel lastig vindt. Het plan wordt opgesteld door de gedragswetenschapper, maar het blootstellen kan gedaan worden door een MBO geschoolde medewerker. Ook cliënten die te maken hebben met een depressie en die gebaat zijn bij meer lichaamsbeweging kunnen ook prima geholpen worden in een combinatie van WO opgeleide medewerkers en MBO geschoolde medewerkers. Ook dit zijn weer combinaties van behandeling en begeleiding. Wij verstaan onder begeleiding: ondersteuning door een bevoegd hulpverlener, gericht op versterking van de zelfredzaamheid van een cliënt. Het verschil tussen begeleiding en behandeling is de financiering en het functieniveau van de medewerker. Behandeling wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet, begeleiding vanuit de WMO. <u>Behandeling</u> Behandeling wordt gegeven door een universitair geschoolde psycholoog en is meestal een korte periode. Zoals het woord al zegt, wordt een probleem “behandeld” oftewel aangepakt en indien mogelijk opgeheven of hanteerbaar gemaakt. Het gaat vaak om het aanleren van nieuwe vaardigheden. Hiervoor is een verwijfsbrief van huisarts, medisch specialist of gemeentewerker nodig. <u>Begeleiding</u> Begeleiding wordt gegeven door een geschoolde pedagoog. De begeleiding neemt meestal een langere periode in beslag (afhankelijk van de doelstellingen). Tijdens de begeleiding worden nieuwe vaardigheden en inzichten intensief geoefend en verder eigen gemaakt. Behandeling is gericht op genezing, gebruikt een vast traject met een vooraf gedefinieerde methode; alles is zo expliciet mogelijk en er is vaak een medisch aspect: er worden vaak medische hulpmiddelen gebruikt en er kunnen medicijnen worden gebruikt. Behandeling wordt bijvoorbeeld gedaan door een psychiater of fysiotherapeut. Begeleiding is vooral gefocust op het aanleren en oefenen van nieuwe vaardigheden, het beter kunnen omgaan met de eigen situatie en de omgeving, en voor zover mogelijk meer zelfredzaam worden. Voorbeelden zijn pedagogische begeleiding, coaching, training, begeleid wonen en dagbesteding. Beide worden uitgevoerd door zorgprofessionals, beide zijn (als het goed is) op maat, beide maken gebruik van professionele, in de beroepsgroep erkende methoden, beide werken met een zorgplan, waarbij regelmatig evaluatie en bijstelling plaatsvindt, beide werken samen met andere zorgprofessionals en doen aan intervisie. Begeleiding kan in sommige situaties ook in een groep plaatsvinden, bij behandeling is dat minder gebruikelijk.
--	--

	G1 Begeleiding gezondheid. Behandeling richt zich op verbetering van de situatie en/of minimalisering van de problematiek. Begeleiding richt zich op bestendiging en onderhoud van de aangeleerde vaardigheden (stut en steun voor de lange termijn). ondersteuning van cliënten bij de hulpvraag die er speelt en samen werken aan de doelen die met de gemeente overeengekomen zijn. Behandeling gebeurt onder supervisie van een gedragswetenschapper. De begrippen behandeling en begeleiding liggen dicht bij elkaar. Het begrip behandeling impliceert dat het probleem wordt onderkend, aangepakt en 'behandeld'. Het wordt opgeheven of hanteerbaar gemaakt. Behandeling is vooral gericht op herstel of verbetering van de klachten. Het aanleren van nieuwe vaardigheden en het opdoen van inzichten in de eigen problematiek. Begeleiding neemt meestal een langere periode in beslag, omdat de beperking niet overgaat en vaak ondersteuning nodig is op meerdere leefgebieden. Het gaat vaak om oefenen en ondersteunen van (nieuwe) vaardigheden. (Zelf)redzaamheid en zelfsturing worden bevorderd. Begeleiding is ondersteuning richting zelfstandigheid in richting van het aanleren en oefenen van (nieuwe) vaardigheden. Behandeling gebeurt onder toezicht van een behandelaar (psychiater, gedragswetenschapper etc.) en wordt gedaan middels medicatie of methodes die bewezen effectief zijn. Zowel behandeling als begeleiding werken aan een gedragsverandering. Echter bij behandeling is de DSM (de stoornis) het belangrijkste uitgangspunt en bij begeleiding de context (de beperking). Behandeling werkt aan genezing en verandering en begeleiding werkt aan herstel, integratie en re-integratie. De verschillen tussen beide zijn de laatste jaren minder geworden door de verzwaring van de doelgroep. Hierdoor is ook bij begeleiding de kennis van de DSM ook onmisbaar geworden. Begeleiding is vooral gericht op zelfredzaamheid vergroten, participatie en rehabilitatie. Behandeling meer op symptoombestrijding. Begeleiding gezondheid is een extra taak bij dagbesteding . Op vele kleine momenten in de dag wordt dit geboden, om de deelnemer te leren omgaan met zijn beperking. Behandeling is wat wij niet doen; kortdurend, op afgesproken tijden met als doel 'herstel van de gezondheidstoestand' binnen Praktijk/Atelier Ilona Molenaar is ondersteunend en inzicht gevend. Het gaat vaak om een intensief zoekproces waarin opnieuw invulling gegeven wordt aan mensen met NAH. De begeleiding helpt bij het omgaan met een verkregen beperking en is gericht om het bevorderen, behouden en compenseren van de zelfredzaamheid. Voorbeelden hiervan zijn (in de thuissituatie) planning van activiteiten, dagelijkse regelzaken, het nemen van beslissingen en structuren van de dag. Begeleiding richt zich op cognitieve, lichamelijke en
--	---

	psychische mogelijkheden die de client in staat stellen om in hun eigen persoonlijk leefomgeving te kunnen functioneren. is vaak kortdurend en streeft naar verbetering of verandering van o.a. gedrag. Hiervoor wordt specifieke deskundigheid ingezet doormiddel van een medische aanpak met een specifiek behandel doel. Onder behandeling verstaat De Nieuwe Zorg Thuis een medische aanpak van stoornissen en bij behorende problemen op verschillende levensgebieden. Begeleiding: Hierin staat juist de praktische kant voorop, dus niet medisch, maar juist gericht op het aanleren van vaardigheden, het toe leiden naar zelfstandig(er) functioneren, woonbegeleiding en ter voorkoming van terugval steunende, signalerende en interveniërende contacten. : daar waar volgens specifieke therapeutische richtlijnen behandeling/therapie wordt geboden zoals: cognitieve (gedrags) therapie, EMDR, Oplossingsgerichte therapie. Systeemtherapie, schematherapie, gerichte therapie om functies te trainen, dyslexiebehandeling. : coachende gesprekken, in trainen van aangeleerde vaardigheden en gedrag, uitvoeren en/of verbreden van lifestyle adviezen, pedagogische ondersteuning. Begeleiding start altijd met een gezamenlijke analyse van: de hulpvraag, de cliënt- en omgevingsgebonden factoren die maken dat een hulpvraag er is en de factoren die een rol kunnen spelen in het beantwoorden van de hulpvraag. De analyse strekt zich uit over meerdere levensgebieden. Complexe ontwikkelingsproblematiek is leidend voor specialistische begeleiding. Vanuit deze analyse worden zowel de cliënt als zijn omgeving geactiveerd om de hulpvraag te beantwoorden. Een begeleidingstraject is ons inziens specialistisch wanneer er sprake is van een bewust en doelgericht traject, gericht op ontwikkeling en vergroting van zelfredzaamheid en daarmee geluk van de cliënt. Begeleiding is met name gericht op het veranderen van gedrag. Indien bovengenoemde niet voldoet, en de cliënt belemmerd wordt door hardnekkige gedachten- en gedragspatronen, kan behandeling daaraan toegevoegd worden. In een behandeltraject is er sprake van specifieke aandacht voor aan het gedrag onderliggende gedachten en gevoelens. Een begeleidingstraject dient een geïntegreerd verlengstuk te zijn van de behandeling, waarin hetgeen geleerd in de behandeling wordt geoefend in het dagelijks leven. Andersom is het van belang om de aspecten van de oefeningen en voortgang in het dagelijks leven worden teruggekoppeld in het behandeltraject, om het effect op diens gedachten- en gevoelspatronen te integreren en te vergroten. Begeleiding en behandeling kunnen elkaar overlappen. In het algemeen zie ik behandeling als iets dat door een psycholoog/therapeut/orthopedagoog/e.d. wordt gedaan. Voor mijn organisatie geldt dat zowel begeleiding als behandeling door HBO-ers wordt gedaan.
--	---

	Kostentechnisch zit daar dus minder verschil in. Het verschil zit hem dus in de opleiding van degene die het doet. Dit heeft echter niets met het opleidingsniveau te maken. In mijn beroepsgroep (specialist hoogbegaafdheid) zie je dat onze werkzaamheden (gezien bovenstaande) als begeleiding aangemerkt wordt, echter zijn de resultaten in veruit de meeste gevallen vergelijkbaar als bij een behandeling. Behandeling is curatief, gericht op genezen van de oorzaak van symptomen. Het laten verdwijnen en/of verminderen van de psychische beperking. Begeleiding is het verminderen van de symptomen of ermee leren omgaan. Beide zijn additief aan elkaar en voor herstel is een integrale aanpak wenselijk. Begeleiding vindt ook levenslang plaats als er geen genezing (dus behandeling) meer plaats kan vinden. Voor kinderen, jongeren en gezinnen is begeleiding gericht op ontwikkeling en het vergroten van de zelfredzaamheid op alle domeinen. Begeleiding kan ook gericht zijn op het in stand houden/borgen van een goed en veilig opvoedklimaat. • Behandeling is gericht op herstel. Begeleiding is gericht op het zo goed mogelijk omgaan met de psychische klachten of kwetsbaarheid, zodat deze de cliënt minder beperken in zijn/haar dagelijkse leven. Het gaat bij begeleiding om het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie, zodat de cliënt zo lang mogelijk zelfredzaam blijft en in de eigen omgeving kan blijven. • In de praktijk is het onderscheid soms lastig te maken. Dit komt deels door de complexiteit van de problematiek van onze doelgroep, maar ook doordat bepaalde zorgverleners zowel behandeling als begeleiding bieden. Complexiteit hierbij zijn de financieringsschotten. • Wij gaan graag in gesprek met een afvaardiging van de gemeenten en zorgverzekeraars omtrent het grijze gebied tussen behandeling en begeleiding. Begeleiding is toeleiden tot ... (afhankelijk van de cliënt behoefte) Behandeling is verwerking van een bepaalde gebeurtenis of ziekteleer. Dagbesteding is begeleiding - in een groep - waarbij kinderen en jongeren verschillende activiteiten doen. Dagbesteding is voor iedereen met een beperking. Wij bieden specialistische begeleiding. Dit houdt in, individuele maatwerk trajecten toegepast voor een specifieke doelgroep. Meer tot hoogbegaafd al dan niet in combinatie met een aanvullende diagnose. (Het specifieke karakter van deze doelgroep icm onze kennis en ervaring en in te zetten methoden, maakt dat dit binnen de specialistische begeleiding valt) Wij bieden levensloop begeleiding. Hier sluiten wij, gedurende meerdere fases in het leven van de cliënt, aan bij zijn/ haar ontwikkeling en hun systeem.
--	---

	Iedere levensfase heeft immers nieuwe behoeften en uitdagingen. Zelfredzaamheid staat hierbij voorop. Wij leren onze cliënten (jong en oud) verantwoordelijk te zijn en invloed te hebben op hun eigen ontwikkeling. Tevens bieden wij kortere begeleidingstrajecten. Onze begeleiding is gericht op het versterken van de kwaliteiten en het ondertitelen van sociale processen. Samen zoeken wij naar de mogelijkheden die ieder individu heeft. In onze begeleiding zijn we praktisch in het meedenken met de cliënt, oefenen we met het aanleren van vaardigheden. Onze begeleiding bevindt zich regelmatig op het snijvlak tussen begeleiding en behandeling. Wij verwijzen door naar behandelaren in geval van depressie, trauma, diagnostiek en medicatie advies. Wij willen pleiten dat de term specialistische begeleiding wordt opgenomen in de productcodes (net zoals in andere gemeenten zoals bijvoorbeeld de OWO gemeenten). Begeleiding is dichterbij voor de cliënt en behandeling wordt vaak als meer afstandelijk ervaren. Behandeling is meestal gericht op genezing, gebruikt een vast traject met een vooraf gedefinieerde methode; alles is zo expliciet mogelijk en er is vaak een medisch aspect: er worden vaak medische hulpmiddelen gebruikt en er kunnen medicijnen worden gebruikt. Behandeling wordt bijvoorbeeld gedaan door een psychiater of fysiotherapeut. Begeleiding is vooral gefocust op het aanleren en oefenen van nieuwe vaardigheden, het beter kunnen omgaan met de eigen situatie en de omgeving, en voor zover mogelijk meer zelfredzaam worden. Voorbeelden zijn pedagogische begeleiding, coaching, training, begeleid wonen en dagbesteding. Beide worden uitgevoerd door zorgprofessionals, beide zijn (als het goed is) op maat, beide maken gebruik van professionele, in de beroepsgroep erkende methoden, beide werken met een zorgplan, waarbij regelmatig evaluatie en bijstelling plaatsvindt, beide werken samen met andere zorgprofessionals en doen aan intervisie. Begeleiding kan in sommige situaties ook in een groep plaatsvinden, bij behandeling is dat minder gebruikelijk. Het verschil tussen behandeling en begeleiding is in veel gevallen niet erg duidelijk. Met name veel soorten van therapie kunnen onder de bovenstaande definitie van 'behandeling' worden gedefinieerd, maar soms is therapie ook bedoeld op de manier zoals beschreven bij
--	---

	'begeleiding' Definitie van begeleiding is dat er belemmeringen zijn in het dagelijks leven als gevolg van lichamelijke, geestelijke of sociale problemen. Waardoor een inwoner begeleiding nodig heeft. Begeleiding is ondersteuning bij het lichamelijk, geestelijke en sociale problemen. Behandeling is gericht op herstel of verbetering van de problemen. Begeleiden is het ondersteunen van de dagelijkse levensverrichtingen. Bij behandelen staat de problematiek/diagnose op de voorgrond. De begeleidings- en behandelvisie van Humanitas DMH stelt de cliënt en zijn perspectief centraal. Samen met de cliënt wordt het perspectief opgesteld, door daarover in dialoog te gaan of door zijn wensen en behoeften te signaleren en te interpreteren. Door samen met de cliënt te werken aan zijn perspectief vergroten we de autonomie, zelfredzaamheid en dragen we bij aan zelfontplooiing. Aan de hand van de mogelijkheden en beperkingen van een persoon kan de begeleidings- en/of behandelingsbehoefte worden bepaald. Begeleiding en behandeling valt op <u>drie</u> niveaus te onderscheiden. • Het <u>eerste</u> niveau heeft betrekking op <u>begeleiding</u> van de cliënt bij alledaagse gebeurtenissen en het zo goed mogelijk vorm geven van de dienstverlening aan de cliënt. Hieronder verstaan we het dagelijks pedagogisch klimaat. • Het <u>tweede</u> niveau van ondersteuning gaat om het geven van <u>begeleiding en behandeling</u> aan de hand van algemeen geldende methodieken, zoals oplossingsgericht werken, LACCS werken, competentiegericht werken en presentietheorie. • Het <u>derde</u> niveau van ondersteuning betreft de <u>individuele behandeling</u>, op maat gemaakt met individuele doelen welke gericht zijn op het behandelen van bijkomende problematiek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van methodieken. Voorbeelden hiervan zijn: Agressie Regulatie op Maat, SoVa en Weet wat je kan (psycho-educatie LVB). Op alle niveaus speelt diagnostiek (handelingsgerichte diagnostiek om de begeleidings- en behandelingswijze te bepalen) een belangrijke rol. Het gaat om het vormen van een beeld van de cliënt en zijn zorgvraag en om de aard, frequentie en manier van ondersteuning vast te stellen. Hoe sluiten we goed aan bij de mogelijkheden van de cliënt? Soms lopen cliënten vast in het bereiken van hun perspectief als gevolg van bijkomende problematiek of dubbele diagnose, bijv. psychiatrische problematiek en/of problemen in het gezin en de sociale context.
--	--

	Begeleiding (op het eerste niveau) is dan niet toereikend. Bij cliënten waar een of meerdere problemen een rol spelen, is naast begeleiding ook behandeling nodig om het perspectief te kunnen bereiken. Behandeling binnen Humanitas DMH bestaat uit het stabiliseren van het functioneren van de cliënt. De cliënt wordt ondersteund bij het omgaan met bijkomende problematiek en bij het gebruiken van sociale steun, zodat hij binnen zijn eigen mogelijkheden en beperkingen (weer) in staat is richting te geven aan zijn eigen leven. De behandeling vindt plaats aan de hand van <u>behandeldoelen</u>, gericht op het aanleren van nieuw gedrag en het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden. De behandeling vindt in de eigen leefomgeving plaats en is gericht op het wegnemen van belemmeringen bij de cliënt zodat hij weer mee kan doen in de samenleving en de kwaliteit van zijn leven toeneemt. Bij een dergelijk begeleidings-/behandeltraject ligt de regievoering/ inhoudelijke coördinatie in directe samenwerking met of bij de gedragsdeskundige. Soms vraagt bijkomende problematiek specialistische (kortdurende) behandeling. Humanitas DMH organiseert dit in samenwerking met ketenpartners, zoals onder andere GGZ instellingen of verslavingszorg. Hierbij treedt de gedragsdeskundige op als regisserend behandelaar. Begeleiding is gericht op het stimuleren van de ontwikkeling van jeugdigen op de verschillende ontwikkelingsgebieden, bijvoorbeeld ter bevordering van de zelfredzaamheid. Het aanbod bevat activiteiten waarmee een jeugdige wordt ondersteund bij het uitvoeren van dagelijkse levensverrichtingen en het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. Het accent bij deze vorm van ondersteuning ligt meer op praktische ondersteuning en enkelvoudige problematiek gericht op het stimuleren van de ontwikkeling en de ondersteuning bij de zelfredzaamheid. Behandeling is gericht op het aanleren van nieuwe competenties en vaardigheden en het bevorderen van gedragsverandering en het bevorderen van de opvoedkundige vaardigheden die gericht zijn op het hanteerbaar maken van de meervoudig complexe problematiek op verschillende leefgebieden. Het accent bij deze vorm van ondersteuning is gericht op het tot stand brengen van gedragsverandering. Het gaat daarbij om problematiek die niet vanuit het basisteam kan worden opgepakt. Ambulante (woon)begeleiding is intensieve en integrale hulpverlening in de thuissituatie van deelnemers met meervoudige problematiek. Deelnemers ontvangen training en begeleiding zodat zij binnen afzienbare tijd meer zelfstandig (zonder of met minder hulp) kunnen wonen en leven. Daarnaast dagbestedingsactiviteiten, training of toeleiding naar zelfstandig(er) functioneren door het
--	--

	aanleren en oefenen van nieuwe vaardigheden. Door de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten tracht men zodanige voortgang te boeken, dat er steeds minder begeleiding nodig zal zijn en dat de cliënt binnen afzienbare tijd weer zelfstandig en zonder hulp kan wonen en leven. De begeleiding gaat uit van de veranderingspotentie van mensen. <i>Methodische uitgangspunten</i> De kern van de gehanteerde methodiek ligt in de Leger des Heils aanpak. Omdat bij de doelgroep veelal sprake is van ingewikkelde problematiek op meerdere leefgebieden, zijn de na te streven doelen gebaseerd op een integrale aanpak. In de begeleiding werken we richting herstel van het gewone leven: - Uitgaan van mogelijkheden en talenten van de deelnemer en de regie bij de deelnemer leggen, en - Als medewerker de ruimte krijgen om je te ontwikkelen, te werken vanuit vertrouwen en met een gezonde balans en te steunen op je eigen professionele kennis. Onder behandeling verstaan wij een (medische) aanpak van een psychiatrische stoornis en bijbehorende problemen op verschillende levensgebieden. Behandeling valt onder ZVW (Zorgverzekeringswet) en de WLZ (Wet Langdurende Zorg) en wordt door de zorgverzekeraar c.q. zorgkantoor vergoed. Marktconsultatie ambulante begeleiding Pagina 2 van 5 TenderNed-kenmerk: 217783 Het verschil tussen behandeling en begeleiding is dat de behandeling zicht richt op de oorzaak onder de hulpvraag waardoor er gedragsverandering kan optreden. In de begeleiding wordt gewerkt aan de inzichten om het geleerde in de thuissituatie toe te blijven passen. Behandeling vindt plaats door of tenminste onder verantwoordelijkheid van een psycholoog/psychiater of orthopedagoog. In het licht van het verschil tussen de Wmo en de Jeugdwet gaan wij er van uit dat behandeling niet in de Wmo plaats kan vinden en uitsluitend in het domein van de Jeugdwet, Zvw en Wlz een plaats heeft. Bijgaand twee links waarbij de verschillen inzichtelijk worden. Toevoegingen tussen [...]. https://www.ggz-nhn.nl/site/kostenenbetaling/Veelgestelde-vragen-over-betaling/Kosten-en-betaling-Veelgestelde-vragen-over-betaling-Wat-is-het-verschil-tussen-behandeling-en-begeleiding.html Onder behandeling verstaan wij een medische aanpak van een psychiatrische stoornis en bijbehorende problemen op verschillende levensgebieden. Behandeling wordt aangeboden door een of meerdere professionals [van GGZ NHN]. Behandeling valt onder Zvw (Zorgverzekeringswet) en de Wlz (Wet Langdurende Zorg) en wordt door de zorgverzekeraar c.q. zorgkantoor vergoed [bij 18+].
--	--

U moet hierbij denken aan bijvoorbeeld woonbegeleiding, maar ook dagbestedingsactiviteiten, training of toeleiding naar zelfstandig(er) functioneren door het aanleren en oefenen van nieuwe vaardigheden. Begeleiding vindt in toenemende mate buiten de GGZ plaats en zoveel als mogelijk in uw woonomgeving.

Begeleiding valt onder de WMO en wordt door de gemeente vergoed.

<https://www.lkhnederland.nl/onderzoek-innovatie/innovatieprojecten/begeleidingsarrangementen>

Over behandelen en begeleiden kan in elk geval wel gezegd worden dat:

- bij behandelen wordt uitgegaan van de cliënt, de diagnose en het ziektebeeld en haar consequenties.
- bij begeleiden de nadruk ligt op de persoon met zijn kwetsbaarheden en zijn mogelijkheden op alle levensgebieden.

Het overlap (of grijze) gebied, waar aspecten van begeleiden en behandelen samen voorkomen, laat zich moeilijker omschrijven.

Formuleren van een advies met daarin:

- de te hanteren criteria van behandelen en begeleiden
- de delen van de behandelarrangementen-database die beschouwd kunnen worden als horend bij begeleiden
- de delen van de behandelarrangementen-database die behandelen en begeleiden bevatten en hoe deze te duiden
- begeleidingsonderdelen die binnen de behandelarrangementen-database gemist worden, maar van belang zijn voor de autisme zorg binnen het Leo Kannerhuis Nederland-concept

In september 2014 is het advies door Lister opgeleverd*.

Een werkgroep binnen Lister, bestaande uit ervaren (persoonlijk) begeleiders en gedragsdeskundigen heeft de volgende stappen doorlopen ten einde een advies te formuleren:

- a. literatuur onderzoek naar de termen behandelen en begeleiden
- b. doorlopen van de bestaande behandelarrangementen op begeleidingsaspecten
- c. beschrijven van de 'overlap gebieden' en op grond van de criteria een advies schrijven
- d. beschrijven, vanuit theorie en praktijk, welke begeleidingsonderdelen toegevoegd kunnen worden.

[Misschien dat het advies van Lister aan het Leo Kannerhuis Nederland uit 2014 opvraagbaar is.]

Behandeling gaat om de onderliggende aandoening en het oplossen daarvan. Begeleiding gaat om het hanteerbaar maken van de aandoening en mensen ondersteunen zodat ze ondanks de beperking die ze hebben toch op hun eigen manier mee kunnen doen, meetellen en van betekenis zijn. Het gaat om het aanleren van vaardigheden of leren gebruik maken van vaardigheden van anderen.

In onze beleving gaat de WMO vooral over begeleiding en hoort behandeling primair thuis in de zorgverzekeringswet en de wet langdurige zorg.

Begeleiding voor Yes We Can Clinics betreft methodisch verantwoorde beïnvloeding (doelgericht, bewust, procesmatig en systematisch) in de vorm van emotionele opvang en activiteiten (dagbesteding) waarin nieuw geleerd gedrag kan worden toegepast en gestimuleerd. De professionals zijn opgeleid op HBO of MBO niveau en staan onder supervisie van een psychiater (hoofd-/regiebehandelaar). Behandeling is geneeskundige zorg, uitgevoerd door medisch specialisten (psychiater, psycholoog, orthopedagoog). Echter gedurende het behandeltraject zijn naast behandeling, begeleiding, dagbesteding en verblijf noodzakelijk voor de doelen van de behandeling. Daarmee zijn behandeling, begeleiding en dagbesteding en verblijf onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het verschil tussen behandeling en begeleiding zit in de professional die de activiteit uitvoert en de aard van de activiteit zelf. Begeleiding is bij ons in alle gevallen gericht op de behandeling en draagt hieraan bij. Onze trajecten zijn in alle gevallen multidisciplinair. Activiteiten zijn op elkaar afgestemd en versterken elkaar.

Er is altijd sprake van een vastgestelde stoornis of klacht. De behandeling is gebaseerd op behandeldoelen zoals vastgelegd in de behandelovereenkomst. Begeleiding kan nodig zijn om een bijdrage te leveren aan het invullen van de randvoorwaarden voor behandeling. Daarnaast is de begeleiding met name gericht op activering en aanbrengen van (dag)structuur c.q. toepassen/handhaven/ondersteunen van (praktische)vaardigheden in het dagelijks leven.

Van behandeling is sprake als er verbeterdoelen zijn geformuleerd, die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeling is niet alleen op herstel gericht, maar kan ook gericht zijn op voorkomen van verergering, waaronder begrepen het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening, voor zover:

- de interventie gestructureerd is,
- programmatisch is, en
- zich richt op een specifiek behandeldoel.

De functie begeleiding omvat het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. Begeleiding kan ook gericht zijn op ouders/verzorgers.

	Zie hiervoor ook de toelichting bij het onderdeel behandeling. Met bedoelen wij het doelgericht werken aan herstel of voorkomen van verergering van een aandoening, of het aanleren van vaardigheden of gedrag die herstel en ontwikkeling bevorderen. Met de term doelen wij op activiteiten die de zelfredzaamheid van cliënten bevorderen, behouden en uitbreiden. En/of tekorten in zelfredzaamheid compenseren en kwaliteit van leven verbeteren. Geen antwoord: Begeleiding zien wij als ondersteuning naar zelfredzaamheid. Behandeling, het veranderen van gedragspatronen. Behandeling gaat meer in op de complexe problematiek dan bij begeleiding. Wij streven naar een combinatie van de twee, wij proberen het op integrale manier op te lossen. Dit beide systeemgericht (systeem is gezin/familie/ sociale omgeving) . Wij willen de volgende begeleiding gaan geven; G1. Behandeling gericht op herstel. G2. Begeleiding op het sociaal, emotionele spectrum. Timon verzorgt begeleiding tot zelfredzaamheid als er sprake is van complexe problematiek. Dat is begeleiding in de eigen thuissituatie (of een locatie van Timon). We versterken en trainen de cliënt en zijn of haar netwerk. De regie ligt grotendeels bij de cliënt. Bij behandeling is er sprake van een dusdanige verstoring dat het dagelijks leven en functioneren in het (sociale) netwerk in belangrijke mate wordt beïnvloed. De ambulante hulpverlener van Timon voert de regie op de hulp aan een jongvolwassene en verbindt - daar waar dat aan de orde is - met andere specialismen zoals GGZ en hulp aan mensen met een licht verstandelijke beperking. De hulpverlener werkt altijd in samenwerking met de jongvolwassene. Doelgericht en vraaggericht. Bij begeleiding legt BiOns de nadruk op de persoon met al zijn kwetsbaarheden en al zijn mogelijkheden op alle levensgebieden. Wij hanteren hierbij de zelfredzaamheid matrix. Het verschil met behandeling is dat hierbij uitgegaan wordt van de gestelde diagnose/ziektebeeld en de mogelijke consequenties hiervan. Bij behandeling werk je aan de kern van het probleem/de beperking door een erkend behandelaar (arts, psychiater, maatschappelijk werker e.d.). Bij begeleiding zet je acties uit om het probleem/de beperking in de dagelijkse praktijk in betere banen te leiden en om zaken zo mogelijk aan te leren in de praktijk. Dit wordt uitgevoerd door professionals die breder opgeleid zijn. De definitie van begeleiding die wij hanteren is de volgende: het ondersteunen van mensen met psychische problematiek in het vergroten van de zelfredzaamheid en het verstevigen van de eigenwaarde. De autonomie van de cliënt staat hierin voorop. Dit doen wij door
--	---

	talenten te benutten, persoonlijke eigenschappen te ontwikkelen en eigenwaarde, eigen verantwoordelijkheid en welbevinden te bevorderen. Hierdoor worden de participatiemogelijkheden van mensen vergroot en zorgafhankelijkheid verkleind. Begeleiding is ondersteuning op diverse levensgebieden en is gericht op het (opnieuw) verkrijgen van grip op het leven ondanks de psychische problematiek. Behandeling is gericht op verhelpen, verminderen, voorkomen of accepteren van een psychische problematiek. Deze klacht hoeft niet specifiek cliëntgebonden te zijn kan ook systemische behandeling vragen. Begeleiding is gericht op praktische ondersteuning waarbij deze gericht is op participatie in de samenleving. Begeleiding is niet gericht op genezing maar is aanvullend op een participatiebeperking waarbij deze participatiebeperking moet afnemen tot een niveau waarbij de cliënt een zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid ervaart. Begeleiding is meer gericht op het aanleren van vaardigheden en minder op de persoon. Onder begeleiding verstaan wij o.a. maar zeker niet alleen activiteiten waarmee een cliënt wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. Begeleiding kan ook toezicht omvatten. Het bieden van toezicht buitenshuis kan nodig zijn voor de regie over het eigen leven of deel uitmaken van de ondersteuning van dagelijkse levensverrichtingen. Begeleiding kan op alle leefgebieden, waarbij steeds het doel is het vergroten van de zelfredzaamheid met een zo'n groot mogelijke kwaliteit van leven. Begeleiding is weldegelijk methodisch onderbouwd, maar geeft veel meer ruimte voor improvisatie en hit and run activiteiten. Behandeling heeft altijd een curatief uitgangspunt waarbij er gestreefd wordt naar (zoveel mogelijk) genezing van een gediagnostiseerde stoornis of beperking. Er wordt hierbij veel meer van de persoon verwacht als het gaat om zelfreflectie. Het doel is vaak dat er iets in de persoon veranderd waardoor het omgaan met de buitenwereld verbeterd wordt. Daarnaast is er veel meer aandacht voor het innerlijke gevoelsleven en zelfbeeld. Behandeling kan ook nog gericht zijn op voorkomen van verergering, waaronder ook valt het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening cq beperking. Behandeling is (vaak) gebaseerd op wetenschappelijk bewezen methodes. De behandeling wordt ook vaak op een gestructureerde en programmatische manier ingezet en per behandeling is specifieke deskundigheid. Ook het voorschrijven van medicatie kan hierin een rol spelen. Behandeling betreft geneeskundige interventies gericht op genezing van de ziekte. Begeleiding richt zich op de gevolgen van de (chronische) ziekte. Bij begeleiding gaat het niet zozeer over de problematiek/ stoornis zelf, maar het functioneren van de inwoner met de (sociale) problematiek voortkomend uit bijvoorbeeld een stoornis en/ of beperking.
--	---

	Bij begeleiding gaat het er naar mijn mening ook om, om vanuit een betekenisvolle relatie en op methodische wijze de inwoner en zijn primaire leefomgeving te ondersteunen tot positieve en resultaatgerichte gedragsverandering en of het bestendigen van de aangeleerde vaardigheden coping en structuur op verschillende levensgebieden. Met een betekenisvolle relatie bedoel ik vanuit een respectvolle houding aan te sluiten bij de context en leefwereld van de persoon waarbij er bronnen worden aangeboord die het leven meer betekenis kunnen geven. In kaart brengen welke rollen de inwoner vervult en welke rollen versterkt kunnen worden om de redzaamheid en/of de participatie te vergroten. Het uitgangspunt is om op integrale wijze samen met de inwoner en alle betrokkenen rondom de inwoner tot één gezamenlijk plan te komen om zo de geformuleerde doelen te bereiken. Hierbij ligt de focus op het versterken van de aanwezige vaardigheden, (verborgen) drijfveren, talenten en kwaliteiten. Dit zodat de inwoner en zijn systeem meer autonomie ervaart en de redzaamheid en participatie toeneemt. Begeleiding is gericht op “het leren omgaan met” en het normaliseren “van”. Voorbeeld: Een inwoner die vanwege psychiatrische problematiek zichzelf niet in staat vindt om betaald werk te verrichten en op zoek te gaan naar welke rol hij binnen de maatschappij wel kan vervullen. Tegelijkertijd ook gericht naar welke behandeling voorliggend is zodat de inwoner (weer) betaald werd kan verrichten. Behandeling is erop gericht om middels een evidence based methodiek de problematiek van de inwoner zoals angst of depressie te voorkomen, op te heffen en/ of te verminderen. Als het gaat om de persoonlijkheid van een persoon, is het doel een dusdanige structurelere verandering in de psyche te bewerkstelligen dat de problemen zich niet meer voordoen en of dragelijk worden. Dichtbij hanteert voor ‘begeleiding’ de volgende definitie: het bevorderen, het behouden of het compenseren van zelfredzaamheid van de cliënt. Over het algemeen spreken we van behandeling wanneer het gaat om het aanleren van nieuwe vaardigheden/ gedrag of het verbeteren van vaardigheden/gedrag. Dit gebeurt ook vaak tijdens de begeleiding, want wanneer een cliënt groeit in zijn huidige vaardigheden gaat dit vaak gepaard met het aanleren van nieuwe vaardigheden. Het verschil met behandeling is daarom niet altijd in een strak format te gieten. Het verschil zit vooral in de complexiteit van de problematiek en de duur van het traject, een behandeltraject duurt over het algemeen korter dan een begeleidingstraject. Behandeling is volgens Fievelkwint doelgericht een (evidence based) programma inzetten gericht op verbetering van psychiatrische problematiek.
--	---

	Begeleiding is frequenter inzet om doelen te behalen rondom zelfstandig functioneren. Bij onze doelgroep gaat het vaak over mensen die op zoek zijn naar een plek in de samenleving waar ze zich thuis voelen en deel uitmaken van lokale activiteiten. Begeleiding richt zich op de mensen zelf in hoe zij het kunnen leren om hier (weer) vorm aan te geven maar ook op de context. Vaak zijn er interventies nodig in de context om het voor de doelgroep mogelijk te maken. Bij behandeling gaat het over factoren die aan de persoon te relateren zijn, meestal in de vorm van een diagnose waarbij specialistische therapeutische interventies nodig zijn gericht op het herstel van de persoon. Wel achten wij het van belang dat er afstemming is tussen onze begeleiders en behandelaars omdat er altijd overlap is en het één het ander kan versterken. Bij behandeling werk je aan de kern van het probleem/de beperking door een erkend behandelaar (arts, psychiater, maatschappelijk werker e.d.). Bij begeleiding zet je acties uit om het probleem/de beperking in de dagelijkse praktijk in betere banen te leiden en om zaken zo mogelijk aan te leren in de praktijk. Dit wordt uitgevoerd door professionals die breder opgeleid zijn. Begeleiding is gericht op praktische ondersteuning waarbij deze gericht is op participatie in de samenleving. Begeleiding is niet gericht op genezing maar is aanvullend op een participatiebeperking waarbij deze participatiebeperking moet afnemen tot een niveau waarbij de cliënt een zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid ervaart. Begeleiding is meer gericht op het aanleren van vaardigheden en minder op de persoon. Onder begeleiding verstaan wij o.a. maar zeker niet alleen activiteiten waarmee een cliënt wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. Begeleiding kan ook toezicht omvatten. Het bieden van toezicht buitenshuis kan nodig zijn voor de regie over het eigen leven of deel uitmaken van de ondersteuning van dagelijkse levensverrichtingen. Begeleiding kan op alle leefgebieden, waarbij steeds het doel is het vergroten van de zelfredzaamheid met een zo'n groot mogelijke kwaliteit van leven. Begeleiding is weldegelijk methodisch onderbouwd, maar geeft veel meer ruimte voor improvisatie en hit and run activiteiten. Behandeling heeft altijd een curatief uitgangspunt waarbij er gestreefd wordt naar (zoveel mogelijk) genezing van een gediagnostiseerde stoornis of beperking. Er wordt hierbij veel meer van de persoon verwacht als het gaat om zelfreflectie. Het doel is vaak dat er iets in de persoon veranderd waardoor het omgaan met de buitenwereld verbeterd wordt. Daarnaast is er veel meer aandacht voor het innerlijke gevoelsleven en zelfbeeld.
--	---

	Behandeling kan ook nog gericht zijn op voorkomen van verergering, waaronder ook valt het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening cq beperking. Behandeling is (vaak) gebaseerd op wetenschappelijk bewezen methodes. De behandeling wordt ook vaak op een gestructureerde en programmatische manier ingezet en per behandeling is specifieke deskundigheid. Ook het voorschrijven van medicatie kan hierin een rol spelen.
2. Moet de huidige indeling (Z1 –Z4, M4 – M5, G1, V1) van de resultatenmatrix worden gehandhaafd? Graag toelichten.	Ik besteed voor het eerst aan, en acht de categorieën voldoende bruikbaar.). Graag, op deze manier hebben wij als Woonfoyers beter in beeld waar en in welke mate de hulpvraag ligt op de verschillende gebieden. Nee, bij multi-problem cliënten is het niet werkbaar om de resultatenmatrix te hanteren. De huidige resultatenmatrix is o.i. ook verweven met elkaar; het één kan het gevolg zijn van het ander. Het is wel van belang om de zwaarte van de hulpverlening te kunnen definiëren. Ja, maar het is niet wenselijk om de subcategorieën (bouwstenen Z1t/m 4, M4 +M5) samen te voegen, ook qua financiering. Al hebben deze bouwstenen hetzelfde bovenliggende thema, dit zijn in begeleiding verschillende onderwerpen die elk hun eigen aandacht verdienen. Als de financiering hier niet bij past, is het lastig om hier ruimte voor te nemen in de praktijk. Ja dat mag. Naar mijn idee zijn dat de belangrijk startpunten om vorm te geven aan de uitvoering van de Wmo en in de begeleiding van cliënten geeft het voldoende ruimte om daar samen met de client vorm aan te geven. ja. Het is duidelijk en overzichtelijk. . Duidelijk systeem en onderverdeling in leefgebieden waar ondersteuning voor nodig is (zelfstandig wonen, financiën op orde, omgang met instanties op orde, activiteiten dagelijks leven op orde, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, gezondheid, veilige huiselijke relatie). Van belang dat omschrijving en resultaten duidelijk omschreven zijn. Hierdoor duidelijkheid voor cliënt, zorgaanbieder en gebiedsteammedewerker. Dit kortsluiten of alle partijen dit duidelijk hebben voor toewijzing te voorkoming van. Geen idee over. Z1-Z4 en M4-M5 is voor ons niet van toepassing.

	Wat is de toegevoegde waarde van G1 kort intensief? Vaak moeilijk in te schatten van te voren of een traject in 3 maanden klaar kan zijn en de prijzen liggen vlak bij elkaar? WmZ denkt van wel. Wel z.s.m. SMART doelen vaststellen; dat kan uiteindelijk kostenbesparend werken. We hebben daar geen expliciete mening over. We vinden het geen toegevoegde waarde hebben, maar ik kan me heel goed voorstellen dat het voor een gemeente wel meer handvaten geeft. Dit is werkbaar, maar onze organisatie kan ook “uit de voeten” met p*q, zolang de tarieven voldoende zijn om onze kosten te dekken. Ja, het geeft een duidelijk beeld waar je je op moet richten tijdens het opstellen van een definitief zorgplan. Het geeft een helder beeld waar de focus op moet liggen tijdens de begeleiding. mag in de huidige vorm gehandhaafd blijven. Handhaving van de huidige indeling heeft niet onze voorkeur. De matrix, zoals die voor alle producten is ingericht, biedt nauwelijks tot geen mogelijkheden tot verandering en innovatie (dus transformatie). aan de ene kant mooi omdat producten gestapeld kunnen worden, aan de andere kant is het een uitgebreid boekwerk om door te nemen voor de medewerkers. Het gaat om verschillende leefgebieden. Wel raadzaam om te handhaven vanwege de verschillende specialismen. Ja, echter is het lastig dat wanneer er meer doelen binnen 1 resultaat vallen, dit niet resulteert in meer budget. Met andere woorden: voor 1 doel ontvang je hetzelfde budget als voor 3 doelen binnen hetzelfde resultaatgebied. Ja. Het is een goede methode om passend zorg toe te wijzen. Door het werken met resultatenmatrix is het voor alle partijen duidelijk wat de verwachtingen zijn. omdat wij alleen G1 inkopen; ja. Wat ons betreft blijft dit gehandhaafd. Het systeem is inmiddels bij zorgaanbieder WMO en client bekend en hier wordt in de praktijk naar gewerkt, doelen zijn hierop afgestemd en zijn werkbaar in de praktijk. De Indeling Z1-Z4 is ons inziens toch een belangrijke aandachtsgebied. Dit zou heel goed ingevuld kunnen gaan worden met de functie Thuisondersteuner. Je zou dit kunnen gaan koppelen aan Z5 met daarin verschillende bouwstenen. M4-M5: zou heel veel gebruik kunnen maken is samenspraak met de begeleiding van DNZT-Online. Naar onze mening blijft dit een belangrijk onderdeel van de resultatenmatrix. V1: Dit blijft een gebied binnen de zelfredzaamheid matrix die altijd betrokken wordt in elke vorm van ambulante begeleiding. Dit moet gehandhaafd blijven binnen de matrix, maar kan eventueel binnen alle producten ingevoegd worden.
--	--

	Z1-Z4, M4-M5 en V1). Ik kan hier weinig van zeggen, aangezien wij hier geen gebruik van maken. G1: vooral handhaven. Hierbij nemen wij niet intramuraal op omdat wij alleen ambulantly behandelen. Onze gedragswetenschappers dragen hierbij als hoofdbehandelaar de begeleiding over aan HBO geschoolde pedagogisch medewerkers. Het zou prettig als de huidige vorm van indeling blijft. Deze is overzichtelijk en geeft onderscheid in resultaten. • Ten aanzien van Z 1/tm 4, deze wel blijven handhaven maar wel aan ieder resultaat een aparte bouwsteen toekennen met de daaraan gekoppelde financiering per Z bouwsteen (1 /4). In de huidige situatie worden vaak meerdere resultaten (Z1 / Z4) gegeven, echter met 1 financiële bouwsteen. Het is niet realistisch en haalbaar om voor het zelfde bedrag meerdere resultaten te behalen. • G1 begeleiding (interventieniveau 6) staat voor lichte psychische problematiek. Wij stellen voor G 1 begeleiding in 3 intensiteiten op te delen, te weten: Eenvoudige problematiek, meervoudige problematiek en complexe meervoudige problematiek. Op deze wijze kan G1 interventie niveau 7 vervallen. Nu zit er een te groot verschil tussen G1 begeleiding op interventie niveau 6 naar interventie niveau 7. Een ondubbelzinnige interpretatie van de resultaten is in de huidige matrix niet duidelijk. Dit geeft communicatie en interpretatie verschillen tussen enerzijds zorgorganisaties enerzijds, anderzijds indicatiestellers. Het is verstandig om de definities van de resultaten beter te duiden. Wij raden aan een extra bouwsteen te creëren voor: casus regie complexe doelgroepen, gekoppeld aan interventie niveau 6 complexiteit. Daarnaast adviseren wij de bouwsteen eenvoudige diagnostiek te laten vervallen en deze te vervangen door Domein Overstijgende Analyse (DOA). Of anders: bij de toekenning van de bouwstenen op interventieniveau 6 (complex en meervoudige problematiek) deze DOA uit te laten voeren. Dit komt de effectiviteit van de begeleiding en behandeling ten goede, lees : goedkopere zorg op termijn door het maken van de juiste keuzes. Aangezien wij op dit moment niet gecontracteerd zijn, is dit lastig aan te geven. In vergelijking met andere regio's vinden wij deze resultaten minder overzichtelijk dan in de meeste andere regio's waar wij gecontracteerd zijn. De huidige indeling kan simpeler met minder bouwstenen. Nu zijn er veel interpretatieverschillen bij toekenningen. Onze voorkeur is een simpeler model, waarin de toegang/gemeente de te behalen resultaten bepaalt (de WAT) vraag en het ons als organisatie het HOE over laat. Dus ook op geen enkele wijze uren communiceert met inwoner en ons als organisatie.
--	---

De ondersteuningsbehoefte is opgebouwd uit twee elementen. Namelijk de intensiteit (aantal keer) en de complexiteit. Een matrix dat deze twee componenten met elkaar verbindt is voldoende. Dat kan over alle levensdomeinen toegepast worden. Als voorbeeld (met volledige willekeurige getallen):

	Complexiteit			
		Laag	Midden	Hoog
Intensiteit	Laag	25	50	75
	Midden	50	75	110
	Hoog	75	110	P x Q

Van groot belang is dat de toegang zo concreet mogelijk omschrijft wat de te behalen resultaten voor de inwoner en daarmee voor ons als organisatie is.

Wij leveren tijdelijk intensieve specialistische begeleiding bij patiënten die in crisis danwel niet stabiel zijn. De begeleiding heeft dan veelal betrekking op meerdere resultaatgebieden (zie punt 2 bij vraag 1). Zodra de patiënt voldoende stabiel is wordt de begeleiding overgedragen aan een ketenpartner. Wij adviseren derhalve om de toestand van de patiënt en daarmee de begeleidingsintensiteit leidend te maken in de indeling in plaats van de resultaatgebieden.

Dat kan gehandhaafd worden maar moet aangevuld worden met producten van 'babyzorg thuis'.

Het mag duidelijker. Meer afgebakend in een tijdspad, in dagdelen of uren. Voor WMO: zijn er teveel resultaatgebieden ondergebracht in Z1 tm Z4. Hier zijn voor een aantal cliënten veel hulpvragen. Omdat hier maar 1 resultaatgebied als vergoeding tegenover staat is het niet haalbaar om aan alle doelen tegelijkertijd te werken. Hierdoor duurt het traject (mogelijk) langer. Als hier een stapeling mogelijk is dan kan je tegelijkertijd aan meerdere doelen werken en kan een traject verkort worden.

Voor JW: het is soms lastig om een juiste indeling te maken, er zijn vaak vragen m.b.t. zelfredzaamheid maar de matrix is ingedeeld op 18+. Hierdoor kunnen deze hulpvragen niet in deze bouwstenen worden gezet en verval je snel op G1.

Algemeen zou het wenselijk zijn een aparte bouwsteen maatwerk toe te voegen, hierdoor kunnen aanbieders en medewerkers toegang de maatwerk trajecten ook beter wegschrijven.

Nu kan dat niet en dat zorgt voor lastige situaties voor medewerkers toegang, zorgverleners en cliënten.

Het is goed om gezamenlijk afspraken te maken over definities. De huidige indeling is hier een voorbeeld van. Deze indeling is nu een tijd in gebruik en kan dus worden geëvalueerd. Als de

meerderheid zorginhoudelijke en onderbouwde argumenten heeft om hierin wijzigingen aan te brengen, dan is dit het moment daarvoor. Deze argumentatie dient daarbij transparant te worden gedeeld met alle betrokkenen. Ik heb niet eerder gewerkt met de (Z1 – Z4, M4 – M5, G1, V1) De handreiking Werken met resultaten ziet er duidelijk uit. Ik denk dat dit gehandhaafd kan blijven.

- Meer op resultaten financieren.

- Communicatie gaat dan meer over de inhoud.

In Z1 – Z4 worden dusdanig veel levensgebieden en hulpvragen geplaatst, dat dit te onoverzichtelijk is. De verscheidenheid binnen deze bouwsteen is te groot. De verschillen tussen de hulpvragen van cliënten is dan ook niet kloppend in de praktijk. Bijvoorbeeld: de hoeveelheid werk wat er bij komt na mate de zorgvraag zwaarder wordt, staat niet in verhouding met lichte problematiek en het werk wat hierbij komt kijken. Toch is het qua bouwsteen vrijwel gelijk geïndiceerd en qua financiering ook.

De M4- M5 is wel naar wens. G is ook naar wens. • Wij denken dat het eenvoudiger kan. Veel producten kunnen naar ons idee ook onder 1 productcode vallen.

• Administratief gezien is het wel makkelijk, maakt flexibel in inzet begeleiding. Je hoeft minder snel op en af te schalen.

Z1 Zelfstandig wonen	M4 Sociaal netwerk
Z2 Financiën op orde	M5 Maatschappelijke participatie
Z3 Omgang met instanties op orde G1 Gezondheid	
Z4 ADL op orde.	V1 Veilige huiselijke relatie in een gezin zonder kinderen

Het Leger des Heils heeft oog voor doelgroepen die niet in grote getale aanwezig zijn, maar wel een grote invloed op een buurt of wijk kunnen hebben. Het zijn de overlastgevers, die vaak met huisuitzetting bedreigd worden. Het zijn de 'tijdelijke' inwoners van een wijk (thuislozen) mensen met weinig sociaal netwerk, weinig woonvaardigheden en vaak kampen met psychische en verslavingsproblematiek. Het is de combinatie van deze problemen die vragen om specialistische kennis en tevens vragen om een generalistische aanpak (alle problemen hangen met elkaar samen).

Binnen het Leger des Heils werken we volgende de werkwijze Herstel Gericht Leven. De 5 pijlers binnen deze werkwijze zijn:

1. Wonen (gericht op zelfstandigheid)

	2. Werk (participatie) 3. Vrije tijd (participatie) 4. Relaties (sociale contacten) 5. Zingeving (gezond (geestelijk) leven) De thema's komen overeen met de indeling in de huidige resultatenmatrix binnen Bmo. De huidige indeling zien wij graag gehandhaafd. Op deze manier wordt elk thema afzonderlijk ingezet, uitgevoerd en kan het resultaat concreet gemeten worden. De indeling geeft ruimte voor maatwerk per deelnemer. De resultatenmatrix houdt vooral rekening met de hoeveelheid zorg en niet met het (opleidings)niveau van de zorgverlener. Hierdoor ontstaat naar onze mening een weeffout in het model. De Z en M bouwstenen kunnen naar ons gevoel met lager opgeleide professionals ingevuld worden waarbij de G en V bouwstenen hoger gekwalificeerde professionals vereisen. Handhaving van de resultatenmatrix vereist een continue afstemming met de Toegang en gemeenten onderling. De kwaliteit van de toegang voor wat betreft het definiëren van resultaten en doelen ligt soms (ver) uit elkaar. In de ene gemeente is het mogelijk 1 t/m 4 te stapelen, in de andere niet. Mogelijk hebben gemeenten ruimte voor een vrije invulling van de algemeen gestelde resultaten. Inschatting vooraf van het in te zetten resultaat is soms lastig, problematiek blijkt soms groter, of andersom. Afschalen moet te allen tijde mogelijk zijn zonder keukentafelgesprek, opschalen moet in overleg kunnen waar de toegang na onderbouwing vertrouwen moet hebben in de professionaliteit van de zorgaanbieder. De formats voor evaluaties zijn voor verbetering vatbaar. Over het algemeen werkt de resultatenmatrix als financieringsmodel goed, en zorgt voor 'regelarme' zorg. Het ontzorgt de aanbieder (zie ook 3). Nee, beter is om uit te gaan van echt maatwerk. Per klant een ondersteuningsplan met voor die klant relevante doelen. Doelbereik kan gemeten worden door bijvoorbeeld met behulp van het <i>Wat Telt Raam</i> (ontwikkeld door Movisie samen met o.a. de gemeente Eindhoven) bij start, tussentijds en bij het afsluiten vast te leggen waar de klant staat ten opzichte van de voor hem belangrijke onderwerpen en het beoogde doel. Financiering niet op basis van indeling in een resultatenmatrix maar op basis van lumpsum. De resultatenmatrix suggereert enkelvoudige interventies. Begeleiding maakt bij Yes We Can Clinics onderdeel uit van het behandeltraject (meervoudige problematiek). Stapeling moet dus mogelijk zijn om een behandeling integraal en succesvol uit te voeren. Vinden we moeilijk te beantwoorden. VNN maakt met name gebruik van de codes voor de begeleiding van de verslaving.
--	---

	Nee, deze indeling zorgt voor verhoging van de administratieve lasten. De ZRM is een prima model om de problemen en krachten van jeugdigen en gezinnen in kaart te brengen maar in de begeleiding/behandeling wordt integraal gewerkt aan de verschillende domeinen. Het koppelen van een inhoudelijk model aan een financieringsmodel vergroot de administratieve lasten. Bij voorkeur graag zo laten omdat iedereen er nu aan gewend is. Bij wijzigingen geeft dat weer onduidelijkheid Ja. Het biedt voldoende houvast om de hulpvragen is zwaarte en categorie in te delen en schalen Wij werken systeemgericht waardoor het soms lastig is om te kiezen of iets onder WMO of JW valt. Het zou een oplossing zijn wanneer de wmo en jw meer gecombineerd kan worden. Over het algemeen wordt het resultaatgericht werken als positief ervaren. We hebben nog geen ervaring met de (Z1 –Z4, M4 – M5, G1, V1. Wij denken wel dat er per uur moet worden gewerkt, er verdwijnt nu te veel geld. Uurtje factuurtje en de facturen eens per maand zodat je een beter overzicht hebt. Bij de resultatenmatrix in de huidige vorm is er sprake van overlap tussen de verschillende gebieden. Het is wenselijk om per individuele cliënt de bouwstenen te kunnen bepalen. Het afschalen wordt hierdoor vergemakkelijkt wanneer een van de bouwstenen is gehaald en de andere niet. Wij hebben het document handreiking werken met resultaten wel gelezen, maar zijn op dit moment nog niet bekend met deze resultatenmatrix in de praktijk en kunnen deze vraag derhalve lastig beantwoorden. -Ja/nee. Aan de ene kant is het vanuit de beschikking nu duidelijk op welke leefgebieden er problematiek ligt; inzichtelijk. Aan de andere kant kunnen meerdere leefgebieden sneller tot ‘fouten’ leiden en kwantiteit van werkzaamheden. Hoe meer keus, hoe groter de kans in de administratieve afhandeling fouten te maken; zowel bij WMO als bij zorginstellingen. Ja, duidelijke indeling In de handreiking werken met resultaten staat een duidelijke omschrijving van wat de gemeente wenst bij deze resultaten. De resultatenmatrix an sich geeft genoeg richtlijnen om mee aan het werk te gaan. Belangrijk is, voordat er een heel nieuw systeem wordt opgetuigd, dat de huidige resultatenmatrix goed wordt geïmplementeerd. Dit bij de aanbieders, netwerk, gemeentelijke organisatie en onze cliënten. Bij een dusdanige grote
--	---

	verandering is de huidige periode te kort om er nu al zichtbare resultaten van te zien. Implementeer deze systematiek eerst echt goed, ga dan finetunen en aanpassen, voordat er vanuit budgetoverwegingen weer allerlei veranderingen worden doorgevoerd die ook niet het gewenste resultaat zullen opleveren. Vanuit onze ervaringen met het systeem de afgelopen jaren vind ik het een werkbare indeling. Soms vind ik het lastig dat een G3 indicatie per definitie een product is wat thuis hoort bij jeugd. Tenminste zo kom ik dit tegen. Er kan ook sprake zijn van een situatie van een ouder die complexe psychiatrische problematiek heeft op basis waarvan hij of zij vanuit volwassen hulpverlening ondersteunt wordt en waarvan de kinderen niet ergens in zorg zijn er toch een vorm van toezicht mogelijk moet zijn, en zicht te krijgen op het functioneren. Hieruit voortvloeiend zou dan een verwijzing naar jeugd kunnen komen indien wenselijk. Om deze vraag te beantwoorden heb ik nog te weinig ervaring opgedaan om inhoudelijk iets over te zeggen. Het huidige systeem heeft volgens ons voor- en nadelen, waardoor het lastig is om deze vraag te beantwoorden. De keuze hangt sterk af van het systeem dat ervan in de plaats zou komen. Het nadeel van het huidige systeem, met de grote diversiteit aan producten en intensiteiten, is de administratieve last die dit met zich mee brengt. Een cliënt heeft nu meerdere producten, terwijl dit mogelijk ook onder 1 product zou kunnen vallen. Toewijzing, inrichten van de systemen, zou dan vlotter kunnen (lastenverlichting). Voordeel van deze systematiek is dat er tot een goede tarifiering gekomen kan worden. Producten kunnen gezamenlijk ingezet worden, waardoor je als aanbieder tot een reëel tarief komt. Daarnaast is het administratief gezien makkelijk: aanbieders kunnen begeleiding flexibel inzetten, als maatwerk voor de cliënt. Het is een beetje onzin om al die gebieden uit elkaar te trekken. Ik zou gewoon het format van MOVISIE (leefgebieden) verplicht stellen. Intake laten doen en dan hulpplan in kaart brengen. Verder is dit amper voor de jeugd van toepassing – dus voor jeugdzorg niet interessant. https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-04/Checklist-vraagverheldering.pdf Voor jeugd gewoon ambulante begeleiding wonen als 1 traject. De intake zou ik verplichtstellen als apart traject (het valt of staat met goede inventarisatie op papier). Ik zou dit een aparte bouwsteen voor Begeleiding zelfstandigheid maken.
--	--

	G1 is veel te summier. Het is zo gericht op wmo en veel te weinig op jeugdzorg. V1 → is veilig opgroeien daar niet beter voor. Voor wie is de bouwsteen? De gezinstherapeut en/of systeemtherapeut?? We hebben ons leren redden met de resultatenmatrix in de huidige vorm, hoewel die niet goed past bij de manier waarop wij zorg aanbieden. Wat mist is een beeld van de wisselwerking tussen de persoon en diens context en welke interventies er dan in de context mogelijk zijn die de persoon kunnen helpen. Wij werken aan het ontwikkelen van effectiviteitsratio die zichtbaar maken wat er verandert in de context en hoe de persoon én diens context daarvan profiteren. -Ja/nee. Aan de ene kant is het vanuit de beschikking nu duidelijk op welke leefgebieden er problematiek ligt; inzichtelijk. Aan de andere kant kunnen meerdere leefgebieden sneller tot 'fouten' leiden en kwantiteit van werkzaamheden. Hoe meer keus, hoe groter de kans in de administratieve afhandeling fouten te maken; zowel bij WMO als bij zorginstellingen. In de handreiking werken met resultaten staat een duidelijke omschrijving van wat de gemeente wenst bij deze resultaten. De resultatenmatrix an sich geeft genoeg richtlijnen om mee aan het werk te gaan. Belangrijk is, voordat er een heel nieuw systeem wordt opgetuigd, dat de huidige resultatenmatrix goed wordt geïmplementeerd. Dit bij de aanbieders, netwerk, gemeentelijke organisatie en onze cliënten. Bij een dusdanige grote verandering is de huidige periode te kort om er nu al zichtbare resultaten van te zien. Implementeer deze systematiek eerst echt goed, ga dan finetunen en aanpassen, voordat er vanuit budgetoverwegingen weer allerlei veranderingen worden doorgevoerd die ook niet het gewenste resultaat zullen opleveren.
3. Heeft u suggesties om de administratieve lastendruk terug te dringen?	nee. Ik besteed mijn administratie en berichtenverkeer uit aan een administratiebureau.). nee De indicaties laten soms buiten gewoon lang op zich wachten; dat betekent dat er relatief veel tijd wordt besteed aan factureren/declareren. Resultaatbekostiging is één van de vormen van bekostiging die gemeenten kunnen gebruiken om aanbieders te vergoeden die diensten verlenen in het kader van de jeugdwet, participatiewet en WMO. Trajectfinanciering (= bijvoorbeeld 70% bij start aanvang zorg en 30 % bij stop zorg, wanneer het gestelde resultaat behaald is) kan helpen de administratieve lasten terug te dringen omdat er dan niet elke 4 weken/maandelijks gedeclareerd hoeft te worden. (Jeugdtraject)

	Invoering resultaatgerichte bekostiging WMO betreft het totale resultaatbudget afhankelijk van de situatie van de inwoner. Een scenario voor financiering kan zijn: vooraf het hele bedrag (max 13 periode) of vooraf een percentage , achteraf percentage . Administratieve lastendruk zit voor mij met name in de gedifferentieerde taken die je hebt te doen en die je moet snappen en volgen. Je moet registreren, Formulieren invullen, elke handeling bijna verantwoorden, aangesloten zijn bij van alles en nog wat, betalen voor van alles. En vooral je moet het allemaal zelf volgen en goed in de gaten houden. Er zijn nogal wat routes die gevolgd moeten worden en waarop je als zorgaanbieder op moet reageren. Het administreren van de urenafhandeling Wmo is goed geregeld en bleek simpel. Maar ja nu komen er weer extra kosten bij omdat bv de VNG app overgaat naar Zilliz. Voordat dat allemaal weer op orde is dat vraagt geduld tijd en levert frustratie op. Het Zilliz pakket moet je weer leren kennen. Kortom dat kost tijd. Dus naar mijn idee zit de last- als het om de Wmo gaat, vooral in de wisselingen van regels, eisen, verwachtingen etc. Als kleine zelfstandige geeft dat veel druk. Ik zou me kunnen voorstellen dat er wel iets verbeterd- versimpeld kan worden in procedures. En veel kleine zelfstandigen zonder personeel zijn doeners en geen administrateurs, dus ik kan me voorstellen dat het administratieve voor veel van een extra druk geeft. Voor mij in elk geval wel. Grotere organisaties hebben daar gespecialiseerd personeel voor of hebben deze taak uitbesteed aan professionele bureaus zoals bijvoorbeeld Lagro. Voor de kleinere ZZP-ers is dat financieel niet haalbaar. Tenslotte worden we vanuit de overheid (Wmo overstijgend) geconformeerd met bureaucrativering van bv privacy regelgeving. Dat vraagt niet alleen veel van zorgaanbieders maar ook van cliënten die maar één ding willen en is graag geholpen worden. 1 x per jaar verslag over de ontwikkelingen in eigen systeem daar waar nodig bij een controle doorsturen naar de gemeente. . Waar mogelijk langdurige indicaties afgeven en gegevens/informatie op de juiste manier delen met toestemming van cliënt. Professioneel gebruik maken van gestandaardiseerd automatisch berichtenverkeer. Het beter gebruik maken van de informatie van uitvragen die al gedeeld zijn en geen nieuwe formulieren ontwikkelen, (niet vragen naar gegevens die al bekend zijn). Wij ervaren in Drenthe minder lastendruk dan in Groningen. Wij zijn tevreden met hoe het in Drenthe gaat. Enige punt is communicatie met backoffice, ze zijn vaak niet aanwezig, duurt soms week voor contact er is. Verder: keuze van producten, er zijn mijns inziens een aantal casussen moeilijk in te delen, en er zouden meer producten in uren kunnen worden omgevormd in plaats van bedrag per maand. Een compliment is echter wel op zijn plek.
--	--

	Minder heen en weer berichten in de berichtenapp. Wat prettig zou zijn is wanneer de 301 berichten in excel zouden worden aangeleverd. Nu moet alles gekopieerd worden. Het nieuwe excel sjabloon is wel makkelijker dan het voorgaande (in de VNG app). nee, dit is een voortwoekend probleem: iedere gemeente/instantie in de zorg hanteert weer andere eisen, protocollen c.q. administratieve procedures. We ervaren eigenlijk weinig administratieve lastendruk, dus wat dat betreft, ga zo door! Bij Tynaarlo hadden we wel de ervaring dat door een achterstand bij de juridische afdeling daar vertraging was in het afhandelen van de indicaties, maar dat is inmiddels opgelost. Wij zouden graag zien dat voor een bepaalde groep burgers, die met multiprobleem en/of dreigende dak- thuisloosheid en/of zorgmijders, indicatie-loos gewerkt kan worden, middels het instellen van een algemene voorziening. Gelijk zoals de gemeente Heerenveen die heeft geregeld met de Opstapper. Zie: Informatie voor zorgaanbieders - Gemeente Heerenveen Gezamenlijk werken binnen één beveiligd systeem. Vooral op dezelfde manier je administratie combineren en samenvoegen. het zou mooi zijn als gemeenten onderling gaan samenwerken en gaan werken met 1 methodiek / systeem (t.a.v. indicaties, kwaliteitseisen, administratieve verantwoording, etc.). - Met landelijk berichtenverkeer werken. - Beschikkingen voor een langere periode afgeven. - Uitgaan van vertrouwen i.p.v. wantrouwen. - Controleren achteraf i.p.v. vooraf beperken. - Algemene producten/bouwstenen hanteren (te specifieke bouwstenen werken beperkend). Geen Nee. Op zich ervaren wij de administratieve druk niet als groot. Ja, alle gemeentes dienen dezelfde werkwijze te hanteren. Bijvoorbeeld dezelfde beveiligde communicatiemiddelen en alle resultaten op 1 toewijzing en niet verspreid over meerdere toewijzingen. 1. Een aantal gemeente vragen zowel om evaluatie van begeleidingsplan van organisatie en om een algemeen evaluatie formulier die vanuit de gemeente opgesteld is. Naar mijn inziens is dit dubbel en zou het volstaan met evaluatie vanuit de organisatie.
--	---

	2. De lastendruk. Toezenden van de beschikking en de onderliggende stukken, zodat de organisatie kennis heeft van de problematiek en niet nog eens zelf deels of alles moet onderzoeken. Tijdens de parlementaire behandeling van de WMO heeft de minister gezegd dat het redelijk is dat bij het verstrekken van de opdracht aan een zorgbedrijf de gemeente deze stukken ook aan het zorgbedrijf geleverd moeten worden. Indicaties juist aanleveren aan de backoffice. Indicaties voor langdurige zorg ook écht lang afgeven. Duur van de Indicaties afstemmen op de handicap/beperkingen. Bij ernstige blijvende beperkingen kunnen indicaties langer afgegeven worden om de administratieve last te beperken. de Nieuwe Zorg Thuis merkt dat binnen de gemeenten niet altijd dezelfde werkwijze en taal gesproken wordt wat leidt tot verschillende werkwijzen en dus onnodige belasting qua afstemming en afhandeling. Ook het niet tijdig aanleveren van iwmo berichten geeft administratieve lastenverzwaring. heel veel gaat er al goed. Maar toch nog wat punten. 1. Organiseer op VNG niveau één manier van uitvragen van de jaarlijkse jeugdzorg voor alle gemeenten. Onze software ontwikkelaars kunnen dan ook één systeem klaar maken om de grote hoeveelheid data te exporteren. Alle aanvragen om informatie die ook maar iets afwijkt dan wat eerder is gevraagd, dan wel afwijkt van de gangbare uitvraag kwadrateert de administratieve last. De database kan heel uitgebreid zijn, zodat iedere gemeente met ieders eigen politieke voorkeur en kleuring de dataset kan opvragen die men nodig acht. Er wordt werkelijk enorm veel door ons in het EPD vastgelegd. 2. Doordat we maandelijks de jeugd GGZ declareren via VECOZO, hebben de gemeenten al een database met voor hun relevante gegevens om kwantitatieve aspecten van de jeugdzorg mee te analyseren. Waarom dan nogmaals dezelfde informatie eenmaal per half jaar bij de instellingen opvragen. Dan moet dit dossier voor dossier gebeuren en is handwerk. Waarom nu toch??? 3. Harmoniseer de kwaliteitseisen, de uitvraag van tevredenheid via de VNG. Geef een minimale dataset aan en wij organiseren het uitleveren van de data via ons EPD. En vooral: wissel niet steeds. 4. Volg alleen het landelijke accountantsprotocol. Geen uitzonderingen want dit leidt tot grote extra administratieve last. Dus een vaste minimale dataset voor heel Nederland. Wij ervaren geen te grote administratieve lastendruk op administratief gebied. Wachttijd in de totstandkoming van een zorgindicatie door overdruk bij indicatiestellers leidt wel tot verhoogde druk op de administratieve en uitvoeringsorganisatie. • Productieverantwoording voor kleine zorgaanbieders (onder accountsverklaringsgrens)
--	--

	vanuit de administratie van de gemeente doen ipv de zorgaanbieder dit te laten doen, bijv. door een voorstel voor finale kwijting aan te bieden obv de gefactureerde bedragen. • Meer interne controle bij gemeentes of nieuwe zorgaanbieders goed in hun systemen staan (dit punt is gebaseerd op ervaringen in andere regio's, waar onze organisatie niet ingevoerd was in de systemen en waardoor het berichtenverkeer niet werkte). • Kleine zorgaanbieders geen prognoses e.d. te vragen (dit is meestal niet vooraf in te schatten) - Samenwerken op basis van vertrouwen in plaats van controle. De resultaten van de pilot horizontaal toezicht met gemeente Assen is hier een goede uitwerking van. Het doel van de pilot Horizontaal Toezicht is om te komen tot procesverbeteringen aan de kant van de gemeente en de kant van de zorgaanbieder. Administratieve lasten worden verminderd op het moment dat processen goed lopen en in één keer goed gaan. Dit betreft de aanvraag en toekenning van de juiste zorgtoewijzingen, de registratie van geleverde zorg en de declaratie hiervan aan de gemeentes. Een uitkomst hiervan kan zijn dat er geen productieverantwoording op basis van het landelijk controleprotocol meer nodig is. Ook los van een traject van Horizontaal Toezicht is de eindverantwoording een belangrijke kans op vermindering van administratieve lastendruk. De vraag is of een verantwoording op basis van het landelijk protocol noodzakelijk is voor de gemeente om voldoende zekerheid te krijgen over de door de aanbieders gedeclareerde productie. Veel van de aspecten waar de accountant zijn controle op richt zijn al bij de gemeente bekend op basis van de gedeclareerde productie. - Concreter: op dit moment is de procedure dat de gemeente aan de inwoner een formulier stuurt waar de inwoner een handtekening op moet zetten en retourneren. Pas als de inwoner het formulier ondertekend heeft geretourneerd aan de gemeente, gaat er een zorgtoewijzing naar de zorgorganisaties. Vaak betreft het inwoners die ook ondersteuning nodig hebben bij formulieren van instanties en stuurt de inwoner het formulier niet of laat retour. Hierdoor ontvangen wij als organisatie geen zorgtoewijzing. Dit zorgt voor veel gedoe, de cliënt belt boos de gemeente of ons als zorgorganisatie, uitzoeken, uitleggen enz. Suggestie om de cliënt al bij het keukentafelgesprek een formulier te laten ondertekenen. - Het verstrekken van het ondersteuningsplan n.a.v. keukentafelgesprek aan de zorgorganisatie. Nu is er veel dubbel werk omdat de intake opnieuw moet plaats vinden. Het gebeurt regelmatig dat we starten met een inwoner, terwijl we niet weten wat de vraag is. Cliënt is zelf ondersteuningsplan kwijt of wil om wat voor reden niet delen met organisatie. Ook hier geldt: direct bij keukentafelgesprek toestemming vragen om de informatie te delen. Als zorgorganisatie moeten we nu een evaluatie schrijven. Dat is lastig te doen als we het ondersteuningsplan en de te behalen resultaten niet kennen.
--	--

	- Met populatiebekostiging vervalt veel administratieve lastendruk. - Langere looptijden van beschikkingen bij die inwoners waar duidelijk is dat er langdurige ondersteuning nodig zal zijn. Scheelt veel administratie lasten bij herbeschikkingen • Een WMO consulent met specialisatie ernstige psychische problematiek (conform OGGZ). • Flexibiliteit in delen beschikking (intensief/minder intensief) waardoor er snel kan worden opgeschaald en kan worden afgeschaald tussen ketenpartners. De gemeente Hoogeveen heeft hier al enige ervaring mee. • De doorlooptijd voor het afgeven van digitale beschikkingen verkorten waardoor er bij zorgaanbieders efficiënter gewerkt kan worden en het risico op onbetaalde zorg verkleind wordt. • De indicatie duur verlengen voor volwassenen, die langdurig ambulante begeleiding nodig hebben. E.e.a. onder voorwaarde van periodieke evaluatie. • Waar mogelijk standaardisatie zodat er efficiënter gewerkt kan worden. Standaardisatie draagt bij aan procesverbetering, minder druk op administratieve lasten en er resteert meer geld voor de daadwerkelijke zorg. Geen antwoord. Constructief en vaste formats. Eenduidige systemen. Beschikkingen afgeven voor langere periodes (2 jaar). De productie verantwoording afschaffen voor kleine partijen met een omzet onder de € 100.000,-- per gemeente. Voor ons als kleine organisatie (2 personen) zijn vooral deze processen tijdrovend. Een kleinere aanbesteding voor kleine organisaties. Voor ons als kleine organisatie zijn vooral deze processen tijdrovend. Na de 301 en de 302 misschien de 305 en 306 afschaffen? De startdatum staat immers al op de beschikking? Bureaucratie is vrijwel altijd gebaseerd op wantrouwen: als leverancier ben je standaard een fraudeur, tenzij je tot in detail aantoont dat je volgens de strengste regels hebt geacteerd. Het is een grote uitdaging, ook voor de gemeente, om dit om te draaien: check in het begin de professionaliteit van de leverancier, vertrouw er daarna op en vraag alleen maar info op bij <i>afwijkingen</i>, zoals een melding door de cliënt, en eis dus niet van de leverancier om aan te tonen dat zaken <i>goed</i> zijn gegaan. Als wordt overgestapt naar de 4 actoren die worden genoemd in mijn beantwoording van de volgende vraag, is dit heel goed mogelijk. Een belangrijk aspect in deze context is dat de gemeente zelf vaak de administratieve lastendruk verhoogt. Vaak door veel te ver door te schieten in controles, maar ook doordat zaken lang
--	---

	duren, lijnen niet helder zijn, verkeerde stukken worden verstuurd, contactpersonen niet te bereiken zijn, of veranderen, waardoor vertrouwensrelaties opnieuw moeten worden opgebouwd en de hele situatie weer opnieuw moet worden uitgelegd (en vaak ook: opnieuw moet worden bewezen), enzovoort, waardoor tijdelijk uitzonderingssituaties worden gecreëerd – de cliënt moet immers wel geholpen worden – die dan later weer moeten worden rechtgezet. Het is erg belangrijk dat de gemeente signalen en tips over administratieve lastendruk overneemt van uitvoerende zorgprofessionals. Zij besteden momenteel een groot deel van hun tijd aan bureaucratie – naar schatting een derde – en veelal gaat het om dubbele of inhoudelijk onnodige vastlegging en rapportage. Dit is tijd die dus <i>niet</i> aan feitelijke zorg kan worden besteed. De inschatting van betrokkenen is dat het goed mogelijk is om driekwart hiervan te laten vervallen. Dat impliceert dat relatief gemakkelijk $1/3 \times 3/4 = 1/4$ van de totale tijd kan worden bespaard door uitvoerende zorgprofessionals. Dus meer tijd, die dan wél kan worden besteed aan zorg. Of, als er sprake is van structureel tekort aan budget, bijvoorbeeld 10% minder uitgaven + 15% meer zorg. Uurtarieven vaststellen en per jaar uitzetten dan kan de gemeente een vast bedrag overmaken naar instelling/bedrijf. Doelen/resultaten focus. Eerder de keukentafelgesprekken voeren en administratief afhandelen, zodat de beschikkingen op tijd administratief zijn afgehandeld. Dit is nu vaak met terugwerkende kracht, wat lastendruk geeft. - Sinds de transitie is de administratieve druk toegenomen. De gekozen wijze van verantwoording en monitoring zou gericht moeten zijn op lastenverlaging. Er zou gekozen kunnen worden voor 2 of 3 KPI's (bijvoorbeeld in-uit-doorstroom, DEO) Het Leger des Heils sluit aan bij het landelijk verantwoordingsprotocol. De administratieve lastendruk wordt vooral gevoeld bij het verantwoorden en registreren van de zorg. Naar onze mening is er een wettelijk kader met betrekking tot rapporteren en evalueren. Hieraan zal ook met de huidige indeling nog steeds moeten worden voldaan. De vaste maandbedragen in het huidige model veroorzaken in verhouding tot andere inkoopmodellen reeds een veel lagere administratieve druk (zie vraag 2). De beperkte duur en/of lage volumes maken het wel zwaarder. Een oplossing voor het laatste kan gevonden worden door de looptijd van beschikkingen langer te laten zijn in die gevallen waar duidelijk is dat de problematiek ook langer zal duren (of nooit zal verminderen). Alzheimer zal
--	---

	niet verminderen, geamputeerde benen groeien niet meer aan en ook uit huis geplaatste kinderen gaan zelden na korte tijd weer probleemloos terug naar hun ouders. Ja, grootste deel van ambulante begeleiding zonder beschikking toegankelijk maken (voorliggende voorziening van maken) en combineren met wijkteams in een lumpsum budget (Utrechts model). Geen urenregistratie meer, niet werken met ZRM maar met digitale instrumenten die beter passen bij leefwereld en competenties van de klanten (bijvoorbeeld het <i>Wat Telt Raam</i> of het spinnenweb-model van Machteld Huber). Geen suggesties. De afspraken met YWCC in het verleden zijn duidelijk en zorgen bij ons voor een minimum aan administratieve last. De voornaamste druk wordt veroorzaakt door de beschikkingen. En dan niet eens het eerste proces van aanvraag maar met name de sturing op de toegekende uren versus de gerealiseerde uren. Kunnen we komen tot beschikkingen met een bandbreedte in de uren? Daarnaast zien we dat we op verschillende termijnen informatie moet aanleveren. Bijvoorbeeld op 1 maart 2019 moeten we de productie opleveren voor 2018 en dan op 1 april 2019 met accountantsverklaring. In de periode tussen 1 maart en 1 april krijgen we al mutaties te verwerken door gemeenten. Dit werkt niet. Overigens zijn we van mening dat er een strak proces is ingericht in Vecozo van beschikking tot facturatie en er om die reden aan het eind geen accountantsverklaring meer nodig is. Wij weten toch allebei wat er is gedeclareerd en betaald? Verder vinden wij dat achteraf 'proportioneel afrekenen' tot een onnodige extra administratieve last leidt. Graag in de facturatie datgene goedkeuren wat binnen beschikking valt en niet achteraf nog een keer afrekenen. Daarnaast blijft het als instelling lastig om voor meerdere gemeenten verschillende administratieve systemen in te richten/ hierop aan te sluiten. • Hanteer binnen de gemeenten dezelfde administratieve processen en routes (NB administratieve lasten uiten zich lang niet altijd in het inkoopproces maar met name in de werkwijze van de toegang). • Sluit de verschillende inkooptrajecten op elkaar aan. Het opdelen van Drenthe in twee delen en het opdelen van de inkoop in diverse onderdelen zorgt voor hogere administratieve lasten (ook en juist buiten de inkooptrajecten om) • Hanteer een lange looptijd van de contracten • Stuur niet op de individuele cliënt maar op de totale (deel)populatie die bij een zorgaanbieder in zorg is. Het afgeven van een bijvoorbeeld een iets langere indicatie kan ervoor zorgen dat een heel aantal herindicaties niet nodig is terwijl er prima gestuurd kan worden op de gemiddelde doorlooptijd van een aanbieder.
--	---

	Snellere afhandeling ten aanzien van het proces van afgifte van beschikkingen. Een vooraf ingevulde excel bulk bij het 301 bericht Meer een combinatie van jw en wmo codes. Indicaties altijd op de 1^e van de maand laten in gaan en laten stoppen op de laatste dag van indicatie. Betere samenwerking en 1 lijn in de diverse gemeentes onder de NMD contracten; zoals bijvoorbeeld het overnemen van indicaties wanneer cliënt verhuist naar andere gemeenten Betere overdracht van gegevens; vaste aanspreekpunten, noteren wanneer gebeld is waarover gebeld is, daadwerkelijk terugbellen of mailen Eén keer per maand declareren, vaste uren per maand dan kan de gemeente een vast bedrag overmaken. Visitatie bedrijven en evaluatie, d.m.v. gesprekken met zorgaanbieders en toezichthouden. Specifiek in de begeleiding van jonge moeders is vereenvoudiging en daarmee vermindering van de administratieve lastendruk te realiseren door (weliswaar) met meerdere codes wel in één (gezins) dossier te kunnen rapporteren. Wij denken hierbij o.a. aan het terugbrengen van de rapportage (n.a.v. huisbezoeken) naar één keer per week. Uiteraard daar waar mogelijk. Vereenvoudiging van de urenregistratie. -De lastendruk zit hem in de vele verschillende resultaatgebieden met bijbehorende interventieniveaus. Binnen onze organisatie moeten de medewerkers wel registreren op welke resultaatgebieden en interventieniveau zij de begeleiding verzorgen. Met de vele opties komt ook de foutgevoeligheid in registratie vaker voor. Dit is een interne aangelegenheid, maar wel goed om van bewust te zijn. Het proces van aanvragen brengt niet veel administratieve last met zich mee. Het aanvragen van de beschikkingen en de verantwoording is tijdrovend en komt vaak ten laste van de aanvragende organisatie. Bij verslechtering van toestandsbeeld bij sommige cliënten is het ophogen van de beschikkingsuren een onnodige barrière. Sneller schakelen en korte lijnen bij deze cliënten groep is noodzakelijk. Jazeker. Landelijke productcodes, landelijke declaratieprotocol, elke gemeente dezelfde CAK-codes, allemaal gelijk declareren of in perioden of per maand. Nadat alle facturen zijn goedgekeurd door de gemeenten en worden betaald niet nog een keer alles opnieuw verantwoorden. Snellere omlooptijden binnen het proces van
--	---

	keukentafelgesprek naar daadwerkelijke verzilvering van de zorg. Goede afstemming bij de gemeente tussen front en backoffice zodat dezelfde producten worden toegewezen als die worden toegezegd. Verder alle niet primaire zorgprocessen, maar de algehele AO/IC voor de WMO en JZ landelijk gelijktrekken. Daarnaast niet steeds iets nieuws bedenken en langere contractafspraken. Niets is zo bewerkelijk als een continue systeemverandering. Probeer vanuit het bestaande systeem met de aanbieders een optimalisatieslag door te maken. Niet kort cyclisch werken. Ook landelijk een serie afspraken maken over welke gegevens er verder nog bij aanbieders uitgevraagd dienen te worden ten aanzien van klachten, kwaliteit, meldingen, voortgang etc. en gebruik reeds bestaande faciliteiten waar aanbieders al op publiceren. Vanuit onze ervaringen met het systeem valt deze wel mee. Integrale samenwerking met het betrokken informele en formele systeem rondom de inwoner, waarbij helder is wie wat doet en wie welke verantwoordelijkheid heeft. Uitgangspunt is samen verantwoordelijkheid nemen en buiten de kaders te denken en handelen wanneer dit nodig is. - De betrokken professionals gezamenlijk verantwoordelijk maken om 'het samen op te lossen'. - 1 overzichtelijk plan in "Jip en Janneke" taal om ook bij gezinnen de druk te verlagen. Vooropgesteld staat dat wij ervaren dat de lastendruk bij de gemeenten in Noord en MiddenDrenthe minder hoog is dan in andere gemeenten. Dit kan volgens ons door de eisen die gesteld worden aan het zorgdossier, het gebruik maken van de resultatenmatrix. Dit laatste, het gebruik van de resultatenmatrix, verlicht volgens ons de lasten doordat je als aanbieder flexibel kan zijn en niet voor al het op- en afschalen contact hoeft op te nemen met de gemeente. De administratieve lastendruk zou verlaagd worden wanneer er meer uniformiteit is tussen gemeenten (niet alleen NMD, maar ook breder). Op het moment dat de uitvragen, controles, en dergelijke meer gecombineerd worden, dan kunnen (grote) aanbieders een uniform systeem hanteren. Een andere suggestie is het verminderen van het aantal producten/ intensiteiten, dit scheelt bij het inrichten van ICT-systemen, berichtenverkeer, ed. Nee
--	--

	Administratieve druk betekent wat ons betreft vooral het bedienen van systemen en zijn daar er nogal wat van. Het ons veel moeite en geld gekost die systemen (software, scholing) in te richten maar inmiddels slagen we er behoorlijk in. Gelet op de trend om steeds meer transparantie en effectiviteit te willen uitdrukken in termen van verzamelingen van gegevens zijn we wel huiverig voor een verdere toename van regeldruk en controle. Ook deze vragenlijst wijst in die richting. Bij vrijwel elke vraag kunnen we ons afvragen wat dat betekent voor de administratie als die processen ook weer moeten worden bijgehouden. De lastendruk zit hem in de vele verschillende resultaatgebieden met bijbehorende interventieniveaus. Binnen onze organisatie moeten de medewerkers wel registreren op welke resultaatgebieden en interventieniveau zij de begeleiding verzorgen. Met de vele opties komt ook de foutgevoeligheid in registratie vaker voor. Dit is een interne aangelegenheid, maar wel goed om van bewust te zijn. Het proces van aanvragen brengt niet veel administratieve last met zich mee. Jazeker. Landelijke productcodes, landelijke declaratieprotocol, elke gemeente dezelfde CAK-codes, allemaal gelijk declareren of in perioden of per maand. Nadat alle facturen zijn goedgekeurd door de gemeenten en worden betaald niet nog een keer alles opnieuw verantwoorden. Snellere omlooptijden binnen het proces van keukentafelgesprek naar daadwerkelijke verzilvering van de zorg. Goede afstemming bij de gemeente tussen front en backoffice zodat dezelfde producten worden toegewezen als die worden toegezegd. Verder alle niet primaire zorgprocessen, maar de algehele AO/IC voor de WMO en JZ landelijk gelijktrekken. Daarnaast niet steeds iets nieuws bedenken en langere contractafspraken. Niets is zo bewerkelijk als een continue systeemverandering. Probeer vanuit het bestaande systeem met de aanbieders een optimalisatieslag door te maken. Niet kort cyclisch werken. Ook landelijk een serie afspraken maken over welke gegevens er verder nog bij aanbieders uitgevraagd dienen te worden ten aanzien van klachten, kwaliteit, meldingen, voortgang etc. en gebruik reeds bestaande faciliteiten waar aanbieders al op publiceren.
4. Heeft u (innovatieve) ideeën die bijdrage aan de transformatie?	nee. wellicht een helder overzicht waar een cliënt aan kan voldoen i.v.m. verschillende resultaten. Een profiel schets. Subsidie gebaseerd op doelgroep en functie van een hulpverleningsorganisatie. Innovatie m.b.t. focus op de te

	behalen doelen. De gebiedsteammedewerker bepaalt een ondersteuningsprofiel. Hierin wordt aangegeven wat bereikt moet worden. Het HOE wordt in vertrouwen overgelaten aan de aanbieder. Een aanbieder levert alle gewenste ondersteuning als het gaat om hulp vallend onder de jeugdwet. De communicatie tussen gemeente en aanbieder gaat over de inhoud; welke resultaten dienen te worden behaald ? Het uitgangspunt is dat het in te zetten traject gericht is op <u>herstel</u> . Een accentverschil is zorg gericht op duidelijke ontwikkeldoelen waarbij er voor een kind nog een uitgesproken ontwikkelperspectief is en zorg gericht op consolideren, dat wil zeggen het behouden en versterken van de zelfredzaamheid en het vergroten van sociale participatie, rekening houdend met eventuele beperkingen van het kind. Een <u>duurzaam</u> traject is een mogelijkheid, een blijvend traject voor de duur van het besluit en is voor cliënten met weinig zicht op ontwikkeling. Het uitgangspunt voor een volwassen WMO traject is het resultaat centraal stellen en niet het product. Een gebiedsteammedewerker geeft een beschrijving van het beoogde resultaat van de ondersteuning. Dat is het "WAT" van de ondersteuning. De door de inwoner gekozen aanbieder krijgt een budget waarmee de ondersteuning kan worden uitgevoerd om dat resultaat te behalen. Op welke wijze het budget wordt besteed is aan de aanbieder en de inwoner samen. Zij maken het plan, het "HOE" van de ondersteuning. De hoogte van het ondersteuningsbudget wordt bepaald door een inschatting van de intensiteit, de aard en de duur van de benodigde ondersteuning. Dit is een inschatting die door de medewerker van het gebiedsteam wordt gemaakt. Geen idee eigenlijk. Het zou mooi zijn wanneer PGB eruit gaat en elke zorgaanbieder- mits deze aan de toetredingseisen voldoet vanuit Zin zorg kan krijgen. Dat betekent dat tussentijdse instroom dus altijd mogelijk is. Alleen de toetredingseisen zijn strak geformuleerd (voorbeeld toetreding beroepsvereniging lukt je ook niet zonder de getoetste toelatingseisen). En kwaliteit is belangrijk maar kan op meerdere manieren getoetst worden dan HKZ of ISO. Dat is voor kleinere ZZP-ers gewoon een onbetaalbaar traject. Ook denk ik dat tussentijdse evaluatie van de inhoud getoetst mag worden en de beoordeling van de client op zijn traject daarin meenemen. Nee. . Digitalisering, telefonisch contact, digitale cliëntenraad, overbruggingszorg., time-out plekken, robots. Ik zou graag per gemeente een – steeds wisselende - cliëntenraad zien (opgebouwd uit cliënten van verschillende zorgorganisaties)die de gemeenten voorziet van evaluatie en toetsing van de zorg en adviezen geeft.
--	--

	Verder zouden we graag meer organisatieoverstijgend lotgenotencontact stimuleren – dus vanuit de gemeente - in de jeugdzorg, georganiseerd zoals . Ook zouden we kwaliteiten van kinderen met Dyslexie, ass of adhd meer willen inzetten in de samenleving door ze bv hun autonomie en creativiteit naar buiten te laten komen in toneel/workshops/producten enz. Tenslotte zouden we graag huisartsen meer zien als hoogopgeleide kenners en vaak vertrouwelingen van de gezondheidsfactoren in het gezin en daarbij doorverwijzer dan ‘keukentafelmensen’, waar het regelmatig aan kennis en opgebouwde sensitiviteit ontbreekt. Een digitaal prikbord waar kinderen “verzameld” kunnen worden met vergelijkbare hulpvraag, zodat wellicht vaker/makkelijker tot een groepsbehandeling overgegaan kan worden. z.s.m. SMART doelen vaststellen met ketenpartners waaronder ook GGZ. Die hebben wij zeker. Als bedrijf steken we veel tijd, geld en energie in het opbouwen van een brede MBO laag. Dat doen we nu al een aantal jaren en de resultaten zijn erg goed. We werken samen bijvoorbeeld met het UWV om herintreders of mensen met een WIA of Wajong achtergrond een baan te bieden. Op het eerste gezicht heeft dat niks met de transformatie te maken, maar we zetten op deze manier veel in op het ontwikkelen van de competenties en maken een bruggetje met de participatiewet, waardoor er minder beroep gedaan hoeft te worden op uitkeringsgelden. Deze gelden kunnen dan weer ingezet worden in de zorg en welzijn. Belangrijk daarbij is maatschappelijk ondernemen. Zienn investeert fors in innovatie. Voorbeelden hiervan zijn: Dit arbeidsparticipatieproject biedt jongeren in een multiprobleem situatie een traject richting leren, werken of dagbesteding. Voor meer informatie zie: https://zienn.nl/dewerkerij. Een systeemgerichte methode om escalatie van jongeren in het gezin te voorkomen en/of op te lossen. Voor meer informatie zie: https://zienn.nl/hulp-nodig/reload2go. Een project om schooluitval bij jongeren te voorkomen. Voor meer informatie zie: https://zienn.nl/hulp-nodig/locaties-van-zienn/kamers-met-kansen. Een innovatieve samenwerking tussen de GGZ Friesland, Verslavingszorg Noord Nederland en Zienn om zorgmijdende overlastgevende daklozen te helpen. Voor meer informatie zie: https://zienn.nl/act : Huisvesting van Maatschappelijke Opvang cliënten in Tiny Houses. Zie https://zienn.nl/nieuws/tiny-houses/ InSightOut is voor jongeren tussen de 18 en 27 jaar die dakloos zijn of dakloos dreigen te worden in de gemeente Westerkwartier. InSightOut is een woning met begeleiding en voorkomt duurdere (crisis)opvang https://zienn.nl/insightout/.
--	---

	Snelle Interventie is een oplossing voor gemeenten om die mensen te bereiken die moeilijk via wijk- en gebiedsteams kunnen worden bereikt. Daarbij gaat het om mensen met veel en complexe problemen (de combi van bijvoorbeeld schulden, psychiatrische problematiek, verslaving, overlast) en om de mensen die zich onttrekken aan de hulpverlening (zorgmijders). Met Snelle Interventie richten we ons op die multiprobleemgroep. In samenwerking met gemeenten, het netwerk en andere hulpverleners bieden we ze de helpende hand. Het doel is dat niemand tussen wal en schip valt, mensen in de eigen omgeving kunnen blijven en niet in de (dure) opvang belanden. Snelle Interventie scheelt enorm in maatschappelijke kosten en beperkt bovendien de emotionele schade voor de betrokkenen. https://zienn.nl/nieuws/snelle-interventie/ Het aandurven om je cliënt “los” te laten. Cliënten met de groter problematiek op het “juiste” moment over te dragen aan de kleinere en goedkopere organisaties en dagbestedingen. Na het behalen van de eerste doelen, keuzes laten maken door behandelaren en wijkteams om een cliënt te kunnen los laten. Hiermee houd je de wachttijden korter bij de grotere instanties, creëer je plaatsen voor mensen die vaak al te lang (onzekere) doelen hebben, welke eerder gerealiseerd zouden kunnen worden. En is er de mogelijkheid om door de kleinere instanties intensievere begeleiding in te zetten voor wellicht een kortere periode, waar doelen met regelmaat worden geëvalueerd en desgewenst worden aangepast, afgesloten, of worden overgedragen aan een passende organisatie binnen het wijkteam. Werk inhoudelijk samen en laat elke partner doen waar hij goed in is: • de : beleid maken, uitvoerders contracteren, zorgvragers koppelen aan indicatiestellers, werk op een eerlijke en transparante manier delegeren naar leverende zorgprofessionals, zorglevering financieren; • onafhankelijke zorgprofessionals in de rol van : analyseren wat de exacte zorgvraag is, de initiële (en voorlopige) diagnose bepalen, bepalen welke zorg geleverd zou moeten worden, en tenslotte in expliciet overleg met de cliënt een bewuste, eerlijke, transparante en expliciet onderbouwde keuze maakt uit meerdere leveranciers; “onafhankelijk” betekent hier o.a. dat die zorgprofessional niet gelieerd is aan een gecontracteerde partij en ook niet in dienst is bij de gemeente of bij een partij die door de gemeente wordt ingehuurd; • de zorgprofessional: de feitelijke zorg leveren;
--	---

	• onafhankelijke zorgprofessionals in de rol van : aan de hand van zorgprofessionele standaarden controleren, in expliciet overleg met de cliënt, of de juiste zorg wordt geleverd; <i>‘juist’</i> is hierbij: effectief, doelmatig, efficiënt, op tijd, voldoende, relevant, op maat en cliëntgericht; <i>“onafhankelijk”</i> op de hierboven gedefinieerde manier; • merk op dat indicatiestellers en zorgleveringcontroleurs door dezelfde partij kunnen worden geleverd; het belangrijkste is dat indicatiestellers en zorgleveringcontroleurs <i>onafhankelijk</i> zijn, dus niet in dienst van de gemeente, niet ingehuurd door de gemeente en niet gecontracteerd door de gemeente; Dit alles volledig : • alle partijen kunnen rapporteren wat ze hebben gedaan en kunnen dat professioneel onderbouwen; <i>‘op afroep’</i> betekent hierbij: pas als een andere partij daarom onderbouwd om vraagt - dus niet altijd, niet regelmatig, niet gepland; • het is hierbij daarom logisch dat bij contractering een <i>breed palet</i> aan zorgdienstverleners worden gecontracteerd, met o.a. een gezonde mix van groten, middelgroten en kleinen en ook een gezonde mix van allerlei verschillende types zorg; • de ‘ ’ wordt gerespecteerd door de gemeente: de wetgevende, uitvoerende en controlerende machten zijn controleerbaar gescheiden; • als onderaannemers worden ingezet, dan gebeurt dit met redelijke contracten en tegen redelijke tarieven – en dat wordt afgedwongen in de contractering van de hoofdaannemer en dit moet transparant en op afroep controleerbaar zijn. En dus : • vrijwilligers inzetten voor taken die volgens professionele zorgnormen dienen te worden uitgevoerd door zorgprofessionals; • zelfredzaamheid te ver doorvoeren, door onredelijke verwachtingen te hebben van cliënten en hun omgeving (naar oordeel van indicatiesteller en zorgleveringcontroleur); • gemeenteambtenaren zonder professionele en relevante opleiding en ervaring de indicatie laten doen (dat dient door onafhankelijke zorgprofessionals te worden gedaan); • medewerkers van zorgleveranciers inhuren of contracteren om indicatie te doen; zij zullen immers logischerwijs de neiging hebben om naar hun eigen organisatie te verwijzen - de gemeente dient transparant en neutraal te zijn, het gaat om publiek geld; • mensen of partijen die in dienst zijn van de gemeente (of door de gemeente worden ingehuurd) zorg laten leveren - dat is immers geen eerlijke zorgleverantie-toekenning, maar concurrentievervalsing; dit impliceert o.a. dat de gemeente geen organisatie dient te hebben die zorg levert, geen organisatie
--	--

	leidt die zorg uitvoert, geen praktijkondersteuners financiert, niet de eerste 5 zorgsessies uitvoert, enzovoort; al die activiteiten zijn oneerlijke concurrentie en schenden de trias politica; • ‘voorliggend veld’ zeer ruim te definiëren en bibliotheek, zwembad, buurthuis en sportclub te zien als verlengstuk van zorg – natuurlijk kunnen activiteiten in die contexten wel worden ingezet als onderdeel van zorgdienstverlening, maar het kan niet van dergelijke partijen worden verwacht dat ze zelf onderdeel worden van de zorgverlening; - het is dus ook niet redelijk als de gemeente zorggeld zou gebruiken om dergelijke partijen te steunen – zorggeld dient te worden besteed aan zorg, op een transparante manier; • en vooral ook niet slechts een klein aantal grote partijen contracteren en alle anderen forceren bij hen in onderaanneming te gaan; dit leidt tot ontransparantie, tot perverse prikkels, en leidt tot een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid dat niet de juiste zorg wordt geleverd. • Sinds 10 jaar wordt de actielijn “Zo thuis mogelijk” door Ambiq ingezet, waarbij we onszelf ten doel stellen om de ombouw van reguliere bedden naar gezinshuizen, gezinsconstructies en gezinsvormen te bewerkstelligen. Behandeling in de gezinsvormen is intensief, zeer intensief of gericht op trauma. • Werken met een gezinsindicatie i.p.v. een indicatie per kind. • Innovatieprogramma’s Zeer Intensieve Traumabehandeling (ZIT) en Gezinsbehandeling KINGS-LVB. • Ketensamenwerking: - het inrichten van gezamenlijke kenniscentra; - het experimenteren met specialistisch verblijf voor o.a. jongere kinderen (12-); - ontwikkeling van een trauma-/expertisecentrum Noord Nederland; - samenwerking in de keten van zorg, maar ook in de keten van gemeentelijke producten; (denk aan schuldsanering, huurachterstand en armoedegrens). Sprank is enthousiast over het open house systeem. Voldoende diversiteit (grootte van de organisaties, inhoudelijk aanbod) behouden binnen het aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders. Goede samenwerking en openheid onderling tussen betrokken partijen. Vraaggericht werken versus aanbodgericht. Doen wat werkt. Wat bij de ene cliënt werkt, hoeft bij een andere cliënt niet te werken. Out of the box denken, creatief (durven te) zijn. Eclectische benadering. Cliënt niet behouden uit bedrijfsbelangen, maar zoek samenwerking en handel altijd in het belang van de hulpvra(a)g(en) van de cliënt.
--	--

	We hebben hier met ons team over gesproken en hebben helaas geen goede innovatieve ideeën bedacht. Wettelijk uitgangspunt is dat de juiste zorg geboden wordt. In een tijd van bezuinigingen lijkt het dit in de knel te komen. Terecht hoge eisen aan de kwaliteit van de zorg, maar dalende of niet meegroeiende tarieven. Een betere inschatting van de hulpvraag, desnoods met een advies van een deskundige kan een duidelijker beeld van de problematiek en de benodigde duur van de hulpverlening geven. Dit advies moet de zorginstelling ook kennen, zonder opnieuw het wiel te hoeven uitvinden en allerlei gegevens te moeten inwinnen die al bekend zijn. Dit voorkomt extra kosten ook op een andere manier. Bijvoorbeeld de kosten lopen ontzettend hoog op wanneer een gezin de schuldhulpverlening ingaat terwijl meer inzet op begeleiding dit wellicht had kunnen voorkomen. (Ik verwijs naar de methodiek van de publieke waarden). Een betere beoordeling bij de toekennen van de maatwerkvoorziening voorkomt dit. Het is jammer dat het vaak om verschillende financieringsstromen gaat. Per saldo wordt er hierdoor meer gemeenschapsgeld uitgegeven. Het zou ook helpen wanneer de verschillende sociale domeinen elkaar niet tegen werken. Soms heeft de participatie andere regels die de WMO begeleiding juist tegenwerken. Geen antwoord. Nee. De Nieuwe Zorg Thuis wil graag innoveren. Dit zal binnen de ambulante begeleiding o.a. gericht zijn om iets voor een ander te betekenen. In plaats van de cliënt binnen de ambulante begeleiding/dagbesteding te indiceren is het zinvol om de cliënt zijn of haar gevoel van eigenwaarde te laten vinden in iets voor een ander te betekenen. De innovatie richt zich op de inzet van de cliënt binnen vrijwilligerswerk/betaalde arbeid. Als voorbeeld willen we graag noemen dat wij cliënten met een ambulante indicatie graag willen plaatsen/ coachen binnen onze organisatie in de uitvoering van een schoon en leefbaar huis. Hier ligt een plan van aanpak voor klaar. DNZT-online is hier ondersteunend in. 1. Wij merken dat de jeugdconsulenten van de gemeenten overbelast zijn. Hierdoor kunnen zij hun regie rol in gezinnen, vooral daar waar het erg knelt, onvoldoende op zich nemen. Hierdoor werken instellingen als onderwijs, jeugdzorg, gemeente en psychiatrie onnodig langs elkaar heen. Of voeren wij de regie, waardoor we onze eigen taken niet kunnen uitvoeren en er wachtlijsten ontstaan. Hierdoor zijn we veel aan het bellen, mensen verbinden, controleren en MDO's organiseren. Dat is een taak die wij niet behoren uit te voeren. Daar heeft de gemeente de regie en niet de zorgaanbieder. 2. We ervaren een overbelasting bij Veilige Thuis. Bereidwillige mensen die echter te snel de bal naar gemeente niveau terugspelen die overspoeld raakt. 3. Onderzoek eens het haperen van het passend onderwijs. Wij komen geregeld schrijnende gevallen tegen van kinderen die te lang in het regulier basis- of voortgezet onderwijs worden opgevangen en met ernstige klachten bij ons worden aangemeld.
--	---

	4. Gerichte aandachtstrainingen (mindfulness) voor ouders, hun kinderen maar ook voor het onderwijs werkt zeer preventief. Ik heb een notitie beschikbaar. 5. Preventieve ambulante vroeg behandeling van het systeem (2-7 jaar) middels de methodiek Floorplay waarbij orthopedagoog, logopedist en kinderfysiotherapeut met vier ouderparen/ouders en hun kinderen in een groep worden behandeld gedurende een half jaar. Zeer positieve reacties, ouders die zich weer competent voelen en samen met hun kind weer gelukkig kunnen zijn. 6. Inzet van POH GGZ die veel lichte tot milde. Intensieve samenwerking creëren tussen gemeenten en organisatie, gezamenlijk dezelfde taal spreken. Dit kan ook als voorwaarde in de aanbesteding gesteld worden. Verschillende lagen van kunnen indiceren beperken tot de huisarts en gemeente, zodat er meer inzicht blijft in de toegekende of toekennende zorg. De voor de gemeente moeilijk te sturen zorg (verwijzingen huisarts), evalueren na 3 maanden. Daarmede kan wellicht gestuurd worden op de hoogte van het interventieniveau en de te behalen resultaten. Bij complexe (domeinoverstijgende) cases de ruimte creëren voor indicatiestellers (teams) om specialistische zorgaanbieders consultatief te betrekken bij de analysefase en of planvorming van het zorgtraject. Hiervoor kan een separate tariefstelling worden afgesproken. Bij complexe (domeinoverstijgende) cases waar de voortgang belemmert (dreigt) te worden door het niet nemen van verantwoordelijkheid van zorgorganisaties en of gemeentelijke indicatiestellers (team) en of gemeentelijke diensten, een casusregisseur bepalen en benoemen. Dit kan de gemeente zijn, maar ook een gecontracteerde zorgorganisatie. Nee. - Meer collectieve voorzieningen in de wijken organiseren, zoals inloop. - Overal buurtgerichte teams. Zowel gemeentelijke welzijnsorganisaties, Optimaal Leven, onze eigen Cosisteam inrichten op zelfde buurten. Zodat professionals elkaar veel meer automatisch treffen en nog beter op de hoogte zijn wat er in die specifieke buurt gebeurt. - Invoeren van Buurt cirkels. - Nog meer inzet beeldbellen, waardoor intensiteit van fysiek bezoek omlaag kan. - Invoeren van populatiebepaling. - Gemeente/toegang bepaalt DAT er ondersteuning nodig is en welke RESULTATEN er behaald dienen te worden. Aanbieders bepalen WAT er nodig is en HOE daar antwoord op kan komen. Vergelijkbaar met de cliëntregisseurs in Groningen en Emmen.
--	---

	- Het sociaal domein (ook binnen gemeentelijke budgetten) beschouwen als één geheel, dus inclusief WMO, Jeugd, wonen, werk, participatie, inkomen (sociale zaken) en passend onderwijs. Dus kijken naar wat de inwoner nodig heeft ongeacht de financieringsbron. - Het werken met gezinsindicaties: minder hulpverleners in één gezin, meer regie en kwaliteit. Dit werkt kostenbesparend. - Expertise toevoegen aan het voorliggend veld, ten behoeve van vroegsignalering en –interventies (algemene voorzieningen). - Voor kinderen en jongeren meer samenwerking genereren tussen gemeenten, onderwijs en zorg met als doel: alle kinderen en jongeren volgen onderwijs. Vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid ondersteuning en expertise toevoegen aan het onderwijs, zodat: - er minder kinderen aangewezen blijven op het kinderdagcentrum, - er geen kinderen/jongeren worden geschorst, - er geen leerplichtonthefvingen worden afgegeven en - er geen jongeren door schooluitval naar dagbesteding gaan. • Het indicatieproces verbeteren waardoor wij sneller kunnen ingrijpen en overlast zoveel mogelijk wordt voorkomen. • Triage verbeteren. • Meer inzet op samenwerking en preventie waardoor langdurig gebruik van (duurdere) zorg of maatwerkvoorzieningen zo mogelijk wordt voorkomen. • De juiste zorg op de juiste plek, waarbij het geld de cliënt volgt. • Meer aandacht voor het belang en de financiering van consultatie en delen kennis en kunde. • Het begrip innoveren nader toelichten en duidelijk maken wat hieronder wordt verstaan. Financiële ruimte bieden aan zorgaanbieders om hier invulling aan te geven. Babyzorg thuis toevoegen. Innovatieve werkwijze visie 'gezond en fit' van ZorgZaak b.v. draagt bij aan de transformatie. Heldere korte lijnen en duidelijke communicatie met externe partijen. Meer verbinding zoeken met de organisaties onderling. Stimuleer samenwerking, stimuleer dat er gebruik kan worden van elkaars expertise, stimuleer dat je als organisaties gezamenlijk optrekt in het belang van de cliënt. In de praktijk blijkt dat veel (grotere) organisaties samenwerking afhouden, als vijandig/ concurrerend ervaren en dat dit het belang van de cliënt regelmatig in de weg staat. (Gemeente kan hierin een voortrekkende/ sturende
--	--

	rol opnemen, kan hiertoe zelfs verplichten door iets in de aanbesteding op te nemen). Tevens blijkt dit in de praktijk vaak lastig want partijen kunnen hun “ingezette advies uren” niet declareren. Meer inzetten op preventie. Zorg voor spreekuren op scholen. Hier kunnen zorgverleners op gezette tijden spreekuur houden op B.O en V.O scholen. Hierdoor wordt de afstand tussen zorg en bevolking minder groot, wordt het meer toegankelijk en wordt er eerder gesignaleerd en eventueel preventief opgelost waardoor duurdere zorg minder nodig zal zijn. (vergelijkbaar met POH GGZ) Werk inhoudelijk samen en laat elke partner doen waar hij goed in is: • de : beleid maken, uitvoerders contracteren, zorgvragers koppelen aan indicatiestellers, werk op een eerlijke en transparante manier delegeren naar leverende zorgprofessionals, zorglevering financieren; • onafhankelijke zorgprofessionals in de rol van : analyseren wat de exacte zorgvraag is, de initiële (en voorlopige) diagnose bepalen, bepalen welke zorg geleverd zou moeten worden, en tenslotte in expliciet overleg met de cliënt een bewuste, eerlijke, transparante en expliciet onderbouwde keuze maakt uit meerdere leveranciers; “onafhankelijk” betekent hier o.a. dat die zorgprofessional niet gelieerd is aan een gecontracteerde partij en ook niet in dienst is bij de gemeente of bij een partij die door de gemeente wordt ingehuurd; • de zorgprofessional: de feitelijke zorg leveren; • onafhankelijke zorgprofessionals in de rol van : aan de hand van zorgprofessionele standaarden controleren, in expliciet overleg met de cliënt, of de juiste zorg wordt geleverd; ‘juist’ is hierbij: effectief, doelmatig, efficiënt, op tijd, voldoende, relevant, op maat en cliëntgericht; “onafhankelijk” op de hierboven gedefinieerde manier; • merk op dat indicatiestellers en zorgleveringcontroleurs door dezelfde partij kunnen worden geleverd; het belangrijkste is dat indicatiestellers en zorgleveringcontroleurs <i>onafhankelijk</i> zijn, dus niet in dienst van de gemeente, niet ingehuurd door de gemeente en niet gecontracteerd door de gemeente; Dit alles volledig :
--	---

	• alle partijen kunnen rapporteren wat ze hebben gedaan en kunnen dat professioneel onderbouwen; • ‘op afroep’ betekent hierbij: pas als een andere partij daarom onderbouwd om vraagt - dus niet altijd, niet regelmatig, niet gepland; • het is hierbij daarom logisch dat bij contractering een <i>breed palet</i> aan zorgdienstverleners worden gecontracteerd, met o.a. een gezonde mix van groten, middelgroten en kleinen en ook een gezonde mix van allerlei verschillende types zorg; • de ‘ ’ wordt gerespecteerd door de gemeente: de wetgevende, uitvoerende en controlerende machten zijn controleerbaar gescheiden; • als onderaannemers worden ingezet, dan gebeurt dit met redelijke contracten en tegen redelijke tarieven – en dat wordt afgedwongen in de contractering van de hoofdaannemer en dit moet transparant en op afroep controleerbaar zijn. En dus : • vrijwilligers inzetten voor taken die volgens professionele zorgnormen dienen te worden uitgevoerd door zorgprofessionals; • zelfredzaamheid te ver doorvoeren, door onredelijke verwachtingen te hebben van cliënten en hun omgeving (naar oordeel van indicatiesteller en zorgleveringcontroleur); • gemeenteambtenaren zonder professionele en relevante opleiding en ervaring de indicatie laten doen (dat dient door onafhankelijke zorgprofessionals te worden gedaan); • medewerkers van zorgleveranciers inhuren of contracteren om indicatie te doen; zij zullen immers logischerwijs de neiging hebben om naar hun eigen organisatie te verwijzen - de gemeente dient transparant en neutraal te zijn, het gaat om publiek geld; • mensen of partijen die in dienst zijn van de gemeente (of door de gemeente worden ingehuurd) zorg laten leveren - dat is immers geen eerlijke zorgleverantie-toekenning, maar concurrentievervalsing; dit impliceert o.a. dat de gemeente geen organisatie dient te hebben die zorg levert, geen organisatie leidt die zorg uitvoert, geen praktijkondersteuners financiert, niet de eerste 5 zorgsessies uitvoert, enzovoort; al die activiteiten zijn oneerlijke concurrentie en schenden de trias politica; een voorbeeld hiervan is de combinatie Vaart Welzijn en Mentor4You – zij worden duidelijk ondersteund door de gemeente, terwijl ze feitelijk onderdeel zijn van een grote commerciële partij, er wordt veel zorguitvoering door de gemeente aan hen toegekend, wat oneerlijke concurrentie is naar de rest van de markt, en ze werken veel met niet relevant
--	--

	geschoolde vrijwilligers, wat leidt tot ‘niet juiste’ zorg, wat welliswaar goedkoop is, maar niet verantwoord is richting cliënten; • ‘voorliggend veld’ zeer ruim te definiëren en bibliotheek, zwembad, buurthuis en sportclub te zien als verlengstuk van zorg – natuurlijk kunnen activiteiten in die contexten wel worden ingezet als onderdeel van zorgdienstverlening, maar het kan niet van dergelijke partijen worden verwacht dat ze zelf onderdeel worden van de zorgverlening; het is dus ook niet redelijk als de gemeente zorggeld zou gebruiken om dergelijke partijen te steunen – zorggeld dient te worden besteed aan zorg, op een transparante manier; • en vooral ook niet slechts een klein aantal grote partijen contracteren en alle anderen forceren bij hen in onderaanneming te gaan; dit leidt tot ontransparantie, tot perverse prikkels, en leidt tot een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid dat niet de juiste zorg wordt geleverd. Er wordt vanuit de markt door zorgverleners best veel aan innovatie gedaan. Het is dan wel belangrijk dat de gemeente hiervoor open staat en de mogelijkheid biedt voor verankering ervan. Een mooi voorbeeld van innovatie die veel voordelen oplevert, voor zowel zorgaanbieders als gemeenten, is het Paletzorg Kwaliteitsmanagement Systeem. Dit is gebaseerd op HKZ plus een aantal additionele kwaliteitsaspecten en audits worden uitgevoerd door een onafhankelijke Kwaliteitsfunctionaris. Het is echter veel goedkoper dan de reguliere HKZ en het is volledig transparant – zowel de methode als de resultaten zijn in te zien. Het Paletzorg KMS is geaccepteerd door meerdere gemeentegroepen, vanzelfsprekend nadat zij het hebben geanalyseerd en gecontroleerd. Na halfjaar evalueren en desnoods verlenging voor halfjaar. Meetinstrumenten inzetten voor kwaliteit. Zodat er snel kan worden gekeken welke instelling/bedrijven doelgericht en resultaatgericht zijn. Regie neerleggen bij 1 zorgaanbieder Lessens (to be) leard; wat zijn de uitkomsten van de ervaringen van de afgelopen 2 jaar. Welke successen zijn er en waar liggen knelpunten. Als we hierover een open dialoog kunnen voeren dan “leren we van het verleden en van elkaar”. Dat klinkt gemakkelijk maar dat vraagt afstappen van de “gewone paden” en je kwetsbaar opstellen met een houding van LEREN. tussen gemeente en aanbieders is een logische vervolgstap in de samenwerking met elkaar. Het betekent je op een andere manier tot elkaar en andere betrokkenen verhouden. Bij strategisch partnerschap staat niet de
--	--

	procedurele omgang maar de inhoudelijke dialoog centraal. Er worden dialoogtafels georganiseerd met aanbieders die zorg bieden in de regio. Openheid en transparantie is een voorwaarde om het te laten slagen. De partijen maken een analyse van casussen. Wat gaat goed, wat kan beter: - Clientzorg - 1 cliënt 1 plan en hoe verloopt de samenwerking - Aandacht voor preventie, in het begin investeren, waardoor je later gaat besparen. - Welke innovatieve ICT middelen werken in de praktijk - Hoe worden de financiële middelen besteed? Wat kan beter of net zo goed maar met minder financiële inzet. Afstappen van afvinklijstjes. Vertrouwen in elkaar. Aanbieders die durven af te schalen en hun organisatie belang los te laten Geen protocollen die in de weg zitten, bv geheimhouding. Slagvaardigheid in het omzetten van de nieuwe kennis in de praktijk Analyseren en leren van elkaar Zicht op welke aanbieders willen en kunnen samenwerken Praktische uitkomsten: inzicht in casussen en kosten beheersing door gedeelde financiële verantwoordelijkheid met elkaar. - In het kader van preventie en innovatie, willen we een behandeling/begeleiding opzetten voor kwetsbare moeders en/of aankomende jonge moeders. Doel: behandelduur korter, hulpvraag sneller in kaart brengen, behandelopname voorkomen/ realistischer beeld geven over ouderschap. Wij willen de Real Care Baby inzetten om aanstaande (jonge) moeders met een moederwens te laten ervaren hoe het is om voor een kind te zorgen. De Real Care Baby registreert en meet hoe er wordt omgaan met verschillende situaties. Naast zwangerschapspreventie kan de Real Care Baby ook ingezet worden bij zwangerschapsondersteuning om te oefenen met verzorging/opvoeding van een baby in een ambulant traject zodat we op basis van de uitkomst een gericht behandel aanbod kunnen aanbieden en/of ouders vaardigheden aanleren waarvan het kind in een
--	---

	pleeggezin verblijft. De Real Care Baby vormt tevens een meetinstrument. - Ook doet Het SamenHuis mee met het project: “Nu Niet Zwanger” Het programma zet in op intensieve begeleiding van (potentiële) ouders met een verhoogde kwetsbaarheid door veelal een combinatie van psychiatrische problemen, verslaving, dakloosheid, schulden, een verstandelijke beperking, problemen met loverboy’s of illegaliteit. Belangrijkste doel: ongeplande en ongewenste zwangerschappen voorkomen. De landelijke uitrol van het programma wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS en is ondergebracht bij GGD GHOR Nederland. Nu Niet Zwanger is opgenomen in het landelijk programma Kansrijke Start. Als inhoudelijk expert neemt Rutgers deel aan het landelijke projectteam Nu Niet Zwanger. Het landelijk team bewaakt de inhoud en de kwaliteit van het programma en het proces van de landelijke uitrol. Kwartiermakers begeleiden regio’s die met het programma starten bij de lokale invulling van Nu Niet Zwanger. Ervaringen en best practices uit de regio worden direct benut om het programma landelijk verder te ontwikkelen. Zie voor meer info: https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/nu-nietzwanger Ontschotting waar mogelijk tussen Wmo – Participatiewet – Jeugdwet. - Sturing van de gemeente op samenwerkingselementen. - Op- en afschalen sneller, makkelijker mogelijk maken. De huidige vorm van ondersteuning is gericht op het oplossen van problemen in een beperkt deel van de werkelijkheid. De ervaring is dat andere problematiek vaak een oorzaak is van de problemen. Wij zijn van mening dat er een integrale aanpak noodzakelijk is om ook de oorzaak van de problematiek te adresseren en problemen werkelijk aan te kunnen pakken. Schuldhelpverlening, huisvesting en werk en inkomen spelen hierbij een grote rol. Initiatief voor innovatie wordt door gemeenten te vaak nog bij de zorgaanbieder neergelegd, maar dient ons inziens veel breder getrokken te worden. Daarbij is ‘ontschotting’ van en samenwerking tussen verschillende afdelingen van gemeenten en financieringsvormen cruciaal. Organisatorisch zaken slimmer aanpakken is innovatie. De gemeente heeft een regierol of tenminste een faciliterende rol in deze en kan partijen samenbrengen. De wil onder zorgaanbieders is groot, de kar trekken is zwaar. Innovatie kan nooit een product van één zorgaanbieder, maar een co-creatie van partijen. Wij zouden graag een proeftuin (wijk?) zien waar al deze domeinen samen in één loket komen en de burger vanuit deze ‘one-stop-shop’ ondersteuning krijgt. Mogelijk als gesubsidieerd experiment zodat de kosten van de maatwerkbeschikkingen ook bespaard kunnen worden. Voortbordurend op het antwoord bij vraag 3: In een lumpsum gefinancierd model waarbij individuele begeleiding zonder beschikking voor iedereen toegankelijk is en waarbij medewerkers geen uren registreren
--	---

	maar werken vanuit een ondersteuningsplan en doen wat nodig is, ontstaat ruimte voor transformatie. Door vervolgens maandelijks goede en intensieve reflectie te organiseren, te werken vanuit een heldere methodiek (bijvoorbeeld de WIE focus: Wederkerigheid, Informeel netwerk en Eigen kracht) die professionals leert om de klant in de lead te zetten, altijd op zoek te gaan naar wie belangrijk is in zijn/haar leven en vanuit gelijkwaardigheid altijd te vragen wat de klant terug wil/kan doen voor de ondersteuning die hij/zij krijgt. Door ook bij individuele vragen groepsgericht te werken. Door professionals te leren hoe ze informele zorg en bijvoorbeeld maatjes in kunnen zetten om ondersteuning duurzamer en succesvoller te maken (bijvoorbeeld door de inzet van een coach informele zorg). Door met andere woorden optimaal gebruik te maken van een lumpsum gefinancierd model waarbij de financiële kaders vooraf helder zijn en de focus daardoor automatisch komt te liggen op de inhoud. Een andere aanvullende aanpak waar wij ervaring mee hebben die enorm ondersteunt bij de transformatie is om gebruik te maken van big data. Bijvoorbeeld door op basis van de (gepseudonomiseerde) combinatie van data van woningcorporaties, GBA en zorgorganisaties samen met uitvoerende zorg professionals op zoek te gaan naar opvallende verbanden in een wijk of verschillen tussen wijken en op basis daarvan te bepalen op welk moment, je welke mensen, welke interventie, actief aanbiedt. (Bijvoorbeeld in een bepaalde wijk blijkt dat veel mensen die scheiden tussen maand 6-8 na de scheiding een betalingsachterstand oplopen bij de woningcorporatie. Interventie is om mensen in scheiding in maand 5 actief ondersteuning aan te bieden bij het op orde krijgen van administratie in de nieuwe situatie. Eerder staan ze wellicht niet open voor deze ondersteuning, doe je het later dan is er al een probleem). Wij zien de volgende onderwerpen die een belangrijke bijdrage kunnen leveren: - Inzetten van interventieteam (behandelaar/ervaringsdeskundige) om (enige) motivatie voor deelname aan een behandeling te creëren. - Intensief behandeltraject overwegen bij indicatie of verblijf van jongeren bij gesloten instelling. - Kort en intensief behandelen gekoppeld aan een eindtermijn en einddoel is het meest effectief om te kunnen herstellen - De inzet van ervaringsdeskundigheid op alle fronten tijdens het traject - Het gebruikmaken van groepsdynamiek - Het gebruikmaken van rolmodellen (o.a. ervaringsdeskundigen, maar ook oud-cliënten, voor ons fellows). - In plaats van (zeer) langdurig ambulant, kortdurend intensief klinisch traject overwegen
--	---

	(snellere, volledige deelname aan maatschappelijk verkeer, veel lagere maatschappelijke kosten) - Bij indicatie voor Gesloten verblijf of tussentijdse evaluatie van een cliënt in Gesloten verblijf, overweeg of intensieve kortdurende klinische behandeling (als bij Yes We Can Clinics) meer passend is. Dit heeft tot gevolg een snellere terugkeer naar de maatschappij en daarmee ook veel lagere zorgkosten. We moeten bij de transformatie blijven kijken naar de mens. En daarnaast zoveel mogelijk werken met gezamenlijke zorginkoop door meerdere gemeenten waarbij de inhoudelijke keuzes in goede samenspraak met cliënten/naasten en zorgaanbieders bepaald worden. We zien binnen VNN een constante spanning tussen de noodzaak van snelle interventie en de doorlooptijd van het verkrijgen van een beschikking. Een hele snel proces van afgeven van een “voorlopige” beschikking zou een mooie ontwikkeling zijn. Geen antwoord. Kijken waar mensen toch eerder in aanmerking kunnen komen voor een eigen woning met wat uitgebreidere ondersteuning in de beginfase of volledig pakket thuis. Overleg met gemeente en woningbouw is dan wel nodig. Inzetten van beeldbellen en mogelijk andere e-health toepassingen. Meer inzetten op preventie zodat maatwerk minder nodig is. Vanuit Jeugd: Wij willen graag meedenken over het aanbieden van consultatie activiteiten (vanuit een specialisme ASS/Gender/FASD/Angst, etc) ten behoeve van het voorliggend veld. Consultatie kan o.a. bestaan uit het geven van advies, het uitvoeren van diagnostiek ten behoeve van het expliciteren van de zorgvraag en een passend antwoord daarop, of tijdelijk “invoegen” bij het behandeld/begeleidend team. Dit vanuit de overtuiging dat inzet van (hoog) specialistische professionals zo vroeg mogelijk bij diagnostiek de juiste toeleiding naar behandeling zal bevorderen, en onnodige vertraging kan voorkomen. Daarmee kunnen zorgtrajecten verkort worden. Ook denken we graag mee over geopperde “strippenkaart” t.b.v. de afschaling van specialistische zorg bij vraag 10. - Dit doen wij door systeemgericht te werken Wij hebben opleidingsgroepen bij onze ERB sessies zodat onze cliënten kunnen fungeren als ervaringsdeskundigen voor nieuwe cliënten.
--	---

	Ervaringsdeskundigheid wordt vaker ingezet om cliënten onderling ook te koppelen voor ondersteuning. Meetinstrument inzetten voor kwaliteit en persoonlijk contact en zie hierboven antwoord bij vraag 3. Daadwerkelijke transformatie gaat om “anders denken” en “anders doen”. Hierin is nog veel te winnen. Het gaat om de inzet van hulp op de juiste plek en tijd, in de juiste combinatie om dit zo “thuis mogelijk” te kunnen organiseren. In elke vorm van zorg streeft Timon er naar om zoveel mogelijk te normaliseren. Een vorm van “anders doen” is het bieden van integrale zorg. Dat betekent concreet bij start alle zorgen en krachten in kaart brengen op alle levensterreinen. Dit kan vervolgens leiden tot een gecombineerde inzet van (specialistisch) ambulante hulp wanneer sprake is van een opvoedsituatie, ondersteuning in het voeren van de huishouding en het aanbrengen van de dag structuur en het activeren van steunfiguren middels de inzet van vrijwilligers in de directe omgeving van cliënt. Tenslotte ligt in deze aanpak de samenwerking met bijvoorbeeld GGZ besloten. Zodat de cliënt optimaal kan profiteren van begeleidingsaanbod en er voldoende oog is voor eventueel belemmerende psychische problemen. Zie ook antwoord vraag 5. Geen antwoord Integrale aanpak van zorgvragers echt van de grond tillen. Verder implementeren van de uitgangspunten uit de positieve gezondheid. Bij chronische casussen achteraf verantwoording op inhoudelijk vastgestelde zorgpaden. Cliënten nog uitdrukkelijker betrekken bij de transformatie. De transformatie in de zorg is de grootste verandering en innovatie van de zorg van afgelopen jaren. Iedere gemeente heeft het consequent over innovatie. Innovatie is alleen mogelijk als er sprake is van een creatieve periode. Deze creativiteit komt pas als we als aanbieders en gemeente in staat zijn continuïteit te bieden ten aanzien van de zorg en ondersteuning. Op dit moment heeft praktisch elke gemeente in Nederland tekorten ten aanzien van de WMO en de JZ. Ongeacht inkoop en financieringsmodel. Of het nu P*Q, productafspraken, lumpsum, trajectfinanciering, resultaatgerichte financiering etc. is, alle processen staan onder druk. Daarnaast zijn er in de komende periode 140.00 openstaande vacatures in de zorg en is er een personeelsverloop landelijk in het eerste jaar van 22%. De gehele zorg “markt” staat onder druk. Misschien is het niet innovatief, maar als je echt bij wil dragen aan de transformatie zal elke gemeente moeten durven, ondanks de tekorten, door te gaan met de ingezette beweging. Optimaliseren in de processen, zorgen dat de toegang ook echt de enkelvoudige hulpvragen gaat oppakken
--	--

	naast het indiceren. Snellere doorlooptijden, betere uitstroom plekken creëren bij de sociale partners voor BW en meer commitment van de andere diensten binnen het sociale domein zoals o.a. participatie en onderwijs. Bij deze optimalisatie van de transformatie is het van belang dat de betrokken partijen naast elkaar staan i.p.v. tegenover elkaar. Van belang is dat iedereen dezelfde taal spreekt en weet vanuit een gelijkwaardige contractrelatie wat zijn taken en bevoegdheden zijn. Specifiek voor de samenwerkende NMD-gemeenten is het volgende wel belangrijk ten aanzien van de resultatenmatrix in relatie tot de transformatie en eventuele optimalisatie. De uitvoer van resultaatgerichte zorg en de financiering die daarbij komt kijken gaat niet zozeer om de resultatenmatrix, maar veel meer om de concrete afspraken ten aanzien van deze resultaten. Daarnaast is het van belang dat iedereen die betrokken is bij prestatiegerichte financiering deze op dezelfde manier inzet en werkt vanuit dezelfde gedachte en drive. Dat begint bij de opdrachtgever en hoe deze dit implementeert en communiceert. Waarbij elke laag vanuit dezelfde gedachte werkt en het hetzelfde doel uitdraagt. Ook bij de uitvoerende partij moet het leven dat het behalen van een prestatie de focus heeft. Een duidelijk risico is wel dat er een soort schoolsysteem ontstaat waarbij de aanbieder doet wat nodig is om een “voldoende te halen” en daarbij veel meer gericht is op de beschreven prestatie dan de daadwerkelijke zorgbehoefte van de cliënt. In de communicatie naar aanbieders is het belangrijk dat de resultatenmatrix serieus gepresenteerd wordt. Hierbij wordt niet gedomd op bijeenkomsten e.d. maar de dagelijkse praktijk. Op het moment dat er bijvoorbeeld gecommuniceerd wordt dat de toewijzing van een verkeerd pakket niet uitmaakt, omdat het tarief hetzelfde is, ligt de focus op financiën en niet op het resultaat. Hiermee ontstaat een situatie waarbij opdrachtgever en opdrachtnemer de systematiek niet serieus nemen en werken op basis van technocratische besluitvorming. We zien landelijk ook dat de verschillende betrokkenen zich veelal aanpassen aan de aanbestede systematiek en minder letten op de dagelijkse praktijk en de gevolgen voor de cliënt. Uiteindelijk wordt het dan meer een spel tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. Hierdoor verandert er weinig omdat niemand de prestatie serieus neemt die geleverd wordt. Men is dan meer voor de Bühne bezig om de prestatie dusdanig te presenteren dat de financiering geborgd is. Om te transformeren is het belangrijk dat opdrachtgever en opdrachtnemer intensief samenwerken, op de werkvloer, in het bepalen van resultaat en inzet. Dat betekent geen terugkerende overleggen op een mooie locatie, ver weg van de werkvloer, maar op locaties aanwezig zijn, bij de mensen thuis, in de wijk. Goed
--	---

	observeren zonder gelijk te oordelen en deze observaties gebruiken als uitgangspunt voor het maken van beleid en afspraken. Betrek hierbij ook de burgers die de zorg en ondersteuning ontvangen. Niet door een vragenlijst, maar door mee te laten denken en werken. Uitnodigen bij bijeenkomsten en tussen de opdrachtgever en opdrachtnemers plaats laten nemen. Op het moment dat we de cliënt namelijk niet goed meenemen in dit proces, sluiten we ze uit van deelname aan een proces dat uiteindelijk bepalend is voor de ondersteuning die zij ontvangen. Zie ook 8 en 9. Zoveel mogelijk stigmatisering voorkomen. Stigmatisering is van invloed op het zelfbeeld van mensen met psychische problematiek, het belemmert zelfontplooiing en vergroot de afhankelijkheid. De kansen van inwoners worden vergroot om deel te laten zijn van de samenleving door bijvoorbeeld lokale initiatieven. - Onvoorwaardelijk vertrouwen hebben in de competenties, krachten en mogelijkheden van de inwoner en zijn familie. - Professionals binnen het sociaal domein moeten enerzijds een flexibele en creatieve inzet hebben waarbij zij de juiste afweging maken tussen present zijn en een goede relatie opbouwen en anderzijds in te steken op actief en doelgericht werken, waarbij de inwoner zich gezien en erkend voelt. - Problematiek los zien van de persoon en uitgaan van vooronderstellingen die op de oplossingen en mogelijkheden zijn gericht en leefwerelden aan elkaar verbinden. - De generalist dicht bij de inwoner en de specialist gebruiken voor de deelgebieden, waarbij er korte lijnen zijn en er samengewerkt wordt vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid. - De expertise van ervaringsdeskundigen inzetten waardoor er nieuwe mogelijkheden worden gecreëerd en er op verschillende niveaus meer verbinding/ samenhang komt. Meer samenwerking, zowel binnen het gehele netwerk van de cliënt (het familiegroepsplan meer stimuleren bijvoorbeeld) als tussen aanbieders. Hierbij kan aan meer vormen gedacht worden dan enkel zoveel mogelijk onderbrengen bij één aanbieder. Juist door gebruik te (blijven) maken van kleinschalige organisaties, behoud je diversiteit, snelheid en mogelijkheden voor maatwerkaanpak, wat juist bij begeleiding het verschil bij de cliënt kan maken. Door in de algemene voorziening/ minder intensievere producten de samenwerking tussen de aanbieders te bevorderen, kan verzwaring van zorg beter voorkomen worden, doordat er sneller geacteerd kan worden op signalen/verandering van hulpvraag. Samenwerking kan ook gezocht worden op het vlak van kwaliteits-/deskundigheidsbevordering en administratieve lasten, zoals het gezamenlijk
--	---

	organiseren van scholingen, het gezamenlijk uitvoeren van cliënttevredenheidsonderzoeken en dergelijke. Het is onze ervaring dat dergelijke samenwerking vooral goed tot stand komt wanneer de aanbieders elkaar goed kennen en daardoor beter weten wat ze aan elkaar hebben (wederzijds vertrouwen en respect) en elkaar makkelijk/laagdrempelig kunnen vinden. De gemeente kan hier een rol in spelen, maar ook een coöperatie vorm waarin deze elementen worden vormgegeven en waarbij de kracht tussen kleinschaligheid en het grote geheel gecombineerd worden. Ja ik zie graag dat begeleiders gekoppeld zijn aan een gedragswetenschapper. De essentie van die transformatie betekent voor ons dat mensen weer in een proces van wisselwerking raken met een context die de samenleving van nature biedt. Dat gaat niet vanzelf; mensen zijn om uiteenlopende redenen vastgelopen en niet alleen de mensen zelf, óók hun context. Het gezamenlijk opsporen van een context waarin iemand past, zich kan ontwikkelen is een vaardigheid die door onze zorgverleners wordt aangeboden door samen met een cliënt door de samenleving te bewegen. We zijn lokaal goed bekend en kennen veel plekken waarbij we de samenwerking zoeken met mensen en organisaties die daar al zijn. Dat vraagt steeds wel om investering in de context en dat is met de huidige systematiek niet te financieren (is nergens onder te brengen). Gelet op borging en het verschijnsel dat we steeds werken aan een samenleving die de zorg zelf weer kan dragen is dat vreemd. Immers: Alle betrokkenen hebben hier baat bij en uiteindelijk geeft het ook een financieel resultaat. Geen antwoord. De transformatie in de zorg is de grootste verandering en innovatie van de zorg van afgelopen jaren. Iedere gemeente heeft het consequent over innovatie. Innovatie is alleen mogelijk als er sprake is van een creatieve periode. Deze creativiteit komt pas als we als aanbieders en gemeente in staat zijn continuïteit te bieden ten aanzien van de zorg en ondersteuning. Op dit moment heeft praktisch elke gemeente in Nederland tekorten ten aanzien van de WMO en de JZ. Ongeacht inkoop en financieringsmodel. Of het nu P*Q, productafspraken, lumpsum, trajectfinanciering, resultaatgerichte financiering etc. is, alle processen staan onder druk. Daarnaast zijn er in de komende periode 140.00 openstaande vacatures in de zorg en is er een personeelsverloop landelijk in het eerste jaar van 22%. De gehele zorg “markt” staat onder druk. Misschien is het niet innovatief, maar als je echt bij wil dragen aan de transformatie zal elke gemeente moeten durven, ondanks de tekorten, door te gaan met de ingezette beweging. Optimaliseren in de processen, zorgen dat de toegang ook echt de enkelvoudige hulpvragen gaat oppakken naast het indiceren. Snellere doorlooptijden, betere uitstroom plekken creëren bij de sociale partners voor BW en meer commitment van de andere diensten binnen het sociale domein zoals o.a. participatie en onderwijs.
--	---

	Bij deze optimalisatie van de transformatie is het van belang dat de betrokken partijen naast elkaar staan i.p.v. tegenover elkaar. Van belang is dat iedereen dezelfde taal spreekt en weet vanuit een gelijkwaardige contractrelatie wat zijn taken en bevoegdheden zijn. Specifiek voor de samenwerkende NMD-gemeenten is het volgende wel belangrijk ten aanzien van de resultatenmatrix in relatie tot de transformatie en eventuele optimalisatie. De uitvoer van resultaatgerichte zorg en de financiering die daarbij komt kijken gaat niet zozeer om de resultatenmatrix, maar veel meer om de concrete afspraken ten aanzien van deze resultaten. Daarnaast is het van belang dat iedereen die betrokken is bij prestatiegerichte financiering deze op dezelfde manier inzet en werkt vanuit dezelfde gedachte en drive. Dat begint bij de opdrachtgever en hoe deze dit implementeert en communiceert. Waarbij elke laag vanuit dezelfde gedachte werkt en het hetzelfde doel uitdraagt. Ook bij de uitvoerende partij moet het leven dat het behalen van een prestatie de focus heeft. Een duidelijk risico is wel dat er een soort schoolsysteem ontstaat waarbij de aanbieder doet wat nodig is om een “voldoende te halen” en daarbij veel meer gericht is op de beschreven prestatie dan de daadwerkelijke zorgbehoefte van de cliënt. In de communicatie naar aanbieders is het belangrijk dat de resultatenmatrix serieus gepresenteerd wordt. Hierbij wordt niet gedoeld op bijeenkomsten e.d. maar de dagelijkse praktijk. Op het moment dat er bijvoorbeeld gecommuniceerd wordt dat de toewijzing van een verkeerd pakket niet uitmaakt, omdat het tarief hetzelfde is, ligt de focus op financiën en niet op het resultaat. Hiermee ontstaat een situatie waarbij opdrachtgever en opdrachtnemer de systematiek niet serieus nemen en werken op basis van technocratische besluitvorming. We zien landelijk ook dat de verschillende betrokkenen zich veelal aanpassen aan de aanbestede systematiek en minder letten op de dagelijkse praktijk en de gevolgen voor de cliënt. Uiteindelijk wordt het dan meer een spel tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. Hierdoor verandert er weinig omdat niemand de prestatie serieus neemt die geleverd wordt. Men is dan meer voor de Bühne bezig om de prestatie dusdanig te presenteren dat de financiering geborgd is. Om te transformeren is het belangrijk dat opdrachtgever en opdrachtnemer intensief samenwerken, op de werkvloer, in het bepalen van resultaat en inzet. Dat betekent geen terugkerende overleggen op een mooie locatie, ver weg van de werkvloer, maar op locaties aanwezig zijn, bij de mensen thuis, in de wijk. Goed observeren zonder gelijk te oordelen en deze observaties gebruiken als uitgangspunt voor het maken van beleid en afspraken. Betrek hierbij ook de burgers die de zorg en ondersteuning ontvangen. Niet door een vragenlijst,
--	---

	maar door mee te laten denken en werken. Uitnodigen bij bijeenkomsten en tussen de opdrachtgever en opdrachtnemers plaats laten nemen. Op het moment dat we de cliënt namelijk niet goed meenemen in dit proces, sluiten we ze uit van deelname aan een proces dat uiteindelijk bepalend is voor de ondersteuning die zij ontvangen.
5. Bent u bereid afspraken te maken over duur van begeleiding en afschaling? Welke kritische prestatie indicatoren (KPI's) zouden hier contractueel over vastgelegd kunnen worden?	Dit vind ik erg lastig, gedurende behandelingen/begeleiding komt er soms een beerput open waardoor de eerste verwachting van de therapieduur niet meer voldoet en aangepast moet worden. Of er gebeuren zaken in het leven van de cliënt waardoor de begeleiding/behandeling toch langer dient te duren. Mijn ervaring is dus dat duur niet altijd te voorspellen is.). Waar nodig nemen wij als Woonfoyers altijd contact op met de gemeente/consulent voor eventuele afschaling indicatie. Dit in overleg met de cliënt. Tijdens het gesprek kunnen er altijd afspraken gemaakt worden. Ja, daar zijn wij toe bereid. Het meten in de voortgang van een cliënten dossier. We maken liever afspraken rondom de kwaliteit van de begeleiding in plaats van de duur en de afschaling. KPI's kunnen wat ons betreft beter gaan over kwaliteit (meetbaar effect) en niet over kwantiteit (uren, duur, kosten). Voorbeeld kwaliteit- KPI: het aantal cliënten die onze hulpverlening beoordelen met een 7 of hoger, het max. aantal cliënten die onze organisatie ontevreden verlaten, aantal cliënten waarbij wij een positieve samenwerking/overleg hebben met betrokken instanties, etc. Niet is algemene zin. Wanneer er sprake is van chronische beperking, dan is de kans reëel dat blijvend aan doelen gewerkt blijft worden al was het maar om wat behaald is te behouden. Hoe korter een traject hoe groter de kans is dat er sprake is van behandeling en niet van begeleiding. En wanneer iemand zo ziek is dat hij niet meer kan functioneren, dan wordt hij opgenomen in een (psychiatrisch) ziekenhuis of behandelinstituut. En dan is er geen sprake meer van Wmo. Dus ik vind dat er in absolute zin geen ander afspraak gemaakt moet worden dan dat bij elke evaluatie de onderwerpen afronden en afschalen besproken worden. Hangt er van af hoe het wordt uitgewerkt. Als we gelijk worden geconfronteerd met afschalen. dan is de start als niet goed, ik zou kiezen naar bijvoorbeeld een jaar indicatie en bij de herindicatie te kijken wat er is verbeterd. In sommige gevallen kan je niet afschalen omdat mensen dan weer terugvallen. .

	Mogelijkheid om als zorgaanbieder afspraken te maken over duur van begeleiding en afschaling. Dit is cliëntafhankelijk en moet in goed overleg met cliënt, gebiedsteammedewerker en zorgaanbieder. De uitgangspunten staan in principe goed beschreven in het Drents kwaliteitskader. Begin met inschatting en evalueer de inschatting elke 10 keer oid. In principe wel bereid. Gaandeweg het traject blijkt er toch soms meer/minder nodig dan vooraf vast te stellen. Elk traject heeft een dynamisch karakter, waardoor het vanaf het begin lastig is in te schatten wat de duur en intensiteit van het traject gaat worden. WmZ is hiertoe zeker bereid, mits voorafgaand met opdrachtgever/klant/ketenpartners heldere afspraken worden gemaakt die SMART zijn in relatie tot het niveau van de client. Op individueel niveau zijn we daar altijd toe bereid. Dat doen we overigens ook al met de consultants en casemanagers. Het eigen netwerk van de cliënt vinden we daarbij erg belangrijk en ook daar moet op geïnvesteerd worden. We vinden het wel erg spannend om op bedrijfsniveau daar afspraken over te maken, want geen enkele cliënt is gelijk. Ook moet er ruimte blijven voor de professional. Er over met elkaar in gesprek kan altijd. We kunnen op dit moment niet precies bedenken hoe we dat moeten zijn op bedrijfsniveau. Uiteraard zijn wij daartoe bereid, maar het uitgangspunt moet zijn dat de cliënt de benodigde begeleiding ontvangt, ons inziens is dit altijd zo kort mogelijk. Voor interventie geldt voor Zienn maximaal een half jaar. Daarna kan vaak de begeleiding overgedragen worden aan een lokaal team of andere meer reguliere zorgaanbieders. Ja, ik ben daartoe bereid. Door succes om te zetten in een andere vorm, of niveau van begeleiding. Denk hierbij aan omzetten naar dagbesteding, of het inzetten van een niveau 2 hulpverlener, onder supervisie van een geschoolde pedagoog. Sommige zorgdienstverlening heeft de vorm van trajecten. Voor trajecten kan een tijdsduur worden afgesproken (niet vooraf gedefinieerd, want een zorgvraag is altijd uniek). Sommige zorgdienstverlening is zorginhoudelijk zodanig dat in het begin veel zorg wordt verleend en na een tijdje de hoeveelheid zorg kan worden verminderd, waarbij wel continu dient te worden gemonitord of het goed gaat met de cliënt, en als dat nodig is dient de hoeveelheid zorg vervolgens weer worden opgeschaald. Sommige zorgdienstverlening is gerelateerd aan een zorgvraag die niet eindigt en nauwelijks zal wijzigen (bijvoorbeeld: autisme en ADHD zijn niet te genezen, een dwarslaesie ook niet). Het is dus of de duur van begeleiding kan worden gedefinieerd – meestal niet – en het is afhankelijk van het verloop van de begeleiding of kan worden afgeschaald en of moet worden opgeschaald. Slechts bij een beperkt
--	---

	aantal specifieke hulpvragen is door de indicatiesteller te stellen dat sprake is van een traject en is vervolgens door die indicatiesteller een verwachting af te geven over duur en verloop van de zorgdienstverlening. Het is echter onredelijk om zo'n verwachting om te zetten in een contract met de zorgleverancier, omdat het gaat om een inschatting en het nooit 100% zeker is hoe de zorgdienstverlening zal verlopen. Het is wel logisch, redelijk en professioneel om op regelmatige basis te hebben tussen gemeente, indicatiesteller, zorgleveringcontroleur, uitvoerend zorgverlener(s), de cliënt en zijn omgeving, en tijdens dat overleg te evalueren hoe de zorgdienstverlening verloopt. Naar aanleiding van dat overleg kan waar nodig het zorgplan worden aangepast en waar nodig worden afgeschaald of opgeschaald. Een opschaling kan hierbij heel goed tijdelijk zijn. Er kan bijvoorbeeld voor worden gekozen om gedurende een beperkte periode additionele zorgdienstverlening in te zetten door een aanbieder die een bijzondere vorm van zorgdienstverlening biedt, die door het overleg wordt gezien als nuttig in de context van dat moment (voorbeeld: tijdelijke additionele inzet van muziek, dieren of creatieve therapie, door een specialistisch zorgprofessional). KPI's zijn bedoeld om prestaties van <i>ondernemingen</i> te analyseren. Zorg gaat over <i>mensen</i>. Zorgvragers zijn burgers die hun gemeente vragen om hulp. Zorgprofessionals zijn gedreven mensen die medemensen <i>willen</i> helpen. KPI's moeten SMART zijn. In de zorg is heel veel subjectief en is zelden sprake van vooraf definieerbare specifieke en meetbare doelstellingen, ook zelden van een vooraf goed definieerbare vaste tijdsduur, is het lang niet altijd realistisch om meetbaar haalbare doelen te definiëren en zijn woorden als 'acceptabel' en 'voldoende' zeer afhankelijk van de rol van de stakeholder in het zorgproces als geheel. Het inzetten van KPI's in de zorg is daarom principieel fout, omdat het technisch gezien <i>onmogelijk</i> is om KPI's SMART te maken in de zorg. Als KPI's toch worden ingezet in de zorg, leidt dat tot perverse prikkels, omdat de irreële en onrealistische doelen dan door een aantal stakeholders worden geconverteerd in commerciële doelen en nastreving van winst – in plaats van het leveren van juiste zorg aan burgers. KPI's: de vaststelde KPI's door NJI (doelrealisatie, cliënttevredenheid en uitval). Naar onze mening is het lastig om vooraf afspraken te maken over de duur van begeleiding. Zeker bij de doelgroep LVB kan er van alles gebeuren, waardoor de begeleiding stagneert of langer duurt. Afspraken over afschalen zouden wel gemaakt kunnen worden. In de praktijk is het echter ook vaak zo dat de verwijzer/gemeente wil dat Ambiq langer betrokken blijft, terwijl Ambiq adviseert om de casus over te dragen omdat de begeleiding door Ambiq voltooid is. Wij willen wel afspraken maken, in de VG sector is het nadeel dat cliënten veelal levenslang begeleiding nodig hebben en er moeilijk afgeschaald kan worden. Uiteraard zijn wij bereid om afspraken te maken over de duur en afschaling. KPI's: cliënttevredenheid, zelfstandigheid/zelfredzaamheid van de cliënt.
--	---

	Dit is lastig aangezien iedere cliënt zijn eigen leerweg heeft en is vooraf niet goed vast te stellen hoe lang de begeleiding naar volledige zelfstandigheid nodig is. Er bestaat een categorie cliënten waarvoor de zorg nooit zal eindigen. Hierin zal goedkoop duurkoop kunnen worden, indien we de uren gaan korten met een terugval als gevolg dan zal de zorg weer opnieuw opgestart dienen te worden. Het is goed om aan de start van de begeleidingstraject in een inschatting te maken hoe veel tijd er nodig is. Echter in de praktijk blijkt vaak dat de situatie anders is of er meer speelt wanneer de begeleiding gaande is. Op een verantwoorde manier afschalen mag wat mij betreft vastgelegd worden. Een bonus is aan te raden wanneer organisaties dat consequent doen. Wijzelf werken veel samen met organisaties die een lichtere (lees goedkopere) vorm van begeleiding bieden (praktijkhulpen) waar wij regelmatig naar afschalen. En kennis meer delen m.b.t. signalering. De doelgroep vergt een gezamenlijke visie en gecoördineerde aanpak, die de psychiatrische deskundigheid verbindt aan alle benodigde sociale en materiële ondersteuning. Deze aanpak beperkt zich niet tot de psychiatrische stoornis; er is veel aandacht voor de beperkingen en effecten die de aandoening met zich meebrengt, zoals lastig en onaangepast gedrag, maar vooral over de mogelijkheden tot maatschappelijke re-integratie. Geen antwoord. Problematiek bij cliënten van Praktijk/Atelier Ilona Molenaar is chronisch en complex. Wij begrijpen waar jullie naar toe willen om zelf kritisch te kijken naar de producten die je voor de begeleiding afneemt. Wij zijn van mening dit al te doen en willen dit blijven doen. Kijken naar hulpvraag en problematiek en stellen hier de begeleiding en daarmee ook de vraag voor indicatie beschikking op af. Wanneer hierin veranderingen plaatsvinden door vooruitgang, versterking/verandering in netwerk schalen wij indicatie af of bij. NAH doelgroep zal begeleiding vaak langdurig zijn, waar mogelijk gericht op afbouw. De Nieuwe Zorg Thuis is uiteraard bereid om hierover afspraken te maken, verantwoorde afschaling waar het kan zal georganiseerd gaan worden. Dit kan als de functie thuisondersteuner wordt ingezet die middels een nieuw product een mix van lichte begeleiding en huishoudelijke ondersteuning kan gaan bieden. Wij houden ons zelf al aan een beperkte duur van de behandeling (begeleiding bieden wij niet). Je moet als instelling hier je medewerkers op trainen zodat ze op tijd stoppen. Wij toetsen dit zelf en vragen bij de medewerkers al bij 20 uur behandelen een verantwoording waarom door behandeld zou moeten worden. Vaak blijkt afschaling dan mogelijk te zijn. Het is dus een stuk zelfdiscipline van je instelling en de daar heersende cultuur. Wel moet aangegeven worden dat diagnostiek een flink deel van de tijd opslokt. Door automatisering proberen wij de volume zo veel mogelijk te beperken. Door geregeld te meten met benchmarking instrumenten (SPSy, Kidscreen) is zicht te houden op de ontwikkeling van de kinderen in hun systeem. Ja. Als KPI's gebruiken wij voortgangsscores op de SMART-doelen die wij formuleren in ieder ontwikkelplan,
--	---

	welke minimaal halfjaarlijks wordt geëvalueerd. Daarin nemen wij scores van gestandaardiseerde en gevalideerde metingen mee: de HONOS(CA), waarin risico's / problemen op alle levensgebieden worden gemeten, en de MANSA, waarin de cliënt zijn tevredenheid over zijn kwaliteit van leven op alle levensgebieden worden gemeten. Wanneer doelen voor 80% zijn behaald, kan begeleiding (en intensiteit) worden afgeschaald. Wanneer gedurende drie maanden geen vooruitgang wordt geboekt, wordt het plan herzien en doelen gewijzigd, wanneer wordt verwacht dat we beoogde ontwikkelingen niet tot stand gaan brengen, wordt begeleiding beëindigd en indien wenselijk overgedragen. Wij zijn bereid hier afspraken over te maken, specifiek voor onze organisatie. Onze doelgroep ((vermoedelijk) hoogbegaafde jongeren) heeft in de meeste gevallen specifieke problematiek, die moeilijk te vatten is generieke profielen/bouwstenen. Wij zijn bereid hierover in gesprek te gaan en afspraken te maken, mits dit niet teveel tijd kost (want dat gaat ten koste van de tijd die wij hebben voor de begeleiding van cliënten). Ja, we zijn voorstander van resultaatafspraken en het hanteren van kritische prestatie-indicatoren. Resultaatafspraken en KPI's bestaan uit twee elkaar <u>complementerende</u> vormen. Namelijk VERTellen en tellen. Verhalen zonder gegevens zeggen weinig. Net als dat gegevens zonder verhaal weinig zeggen. Wij zien de volgende werkwijze: 1. Met elkaar bepalen welke informatie kan helpen 2. Verzamelen van gegevens 3. Gezamenlijk de gegevens duiden 4. Op basis van de verzamelde en geduide gegevens de KPI's bepalen. Graag denken we mee aan het bedenken van goede gegevens. Voorbeelden kunnen zijn: - gemiddelde duur van de ondersteuning per inwoner, - aantal nieuwe inwoners die we ondersteunen - aantal inwoners waar de ondersteuning bij gestopt is. - % van trajecten waar resultaten behaald zijn, - % van trajecten waar resultaten niet behaald zijn, verklaarbaar (niet te wijten aan organisatie) - % van trajecten waar resultaten niet behaald zijn, (te wijten aan de organisatie) - % van inwoners die naar een lager interventieniveau zijn afgeschaald - het gemiddeld aantal ondersteuners in een gezin - % succesvolle uitstroom van beschermd wonen naar zelfstandig wonen Bij alle gegevens is de context van groot belang. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de gemiddelde duur van de ondersteuning groter is geworden dan minder. Een uitleg daar bij kan zijn dat de gemiddelde
--	--

	ondersteuningsvraag van de inwoner veel ingewikkelder is geworden. Deze ontwikkeling zien we namelijk al gaande. De ondersteuningsvragen van inwoners is nu al een stuk complexer dan een paar jaar geleden. Uitgangspunt voor “harde” gegevens is altijd dat het een optelsom is van individuele cliënten. Dus hetgeen dat op cliëntniveau geregistreerd wordt, kan geaggregeerd worden naar wijk, gebied, gemeente, organisatieniveau. Daarbij is het van belang dat gegevens opgehaald kunnen worden uit elektronische cliënt dossiers (ECD), zodat het niet gaat leiden tot een stijging van de administratieve lastendruk. Wij leveren hoofdzakelijk hoog specialistisch begeleiding aan patiënten met ernstige psychische problemen. Daarbij is zeer frequent contact noodzakelijk. Soms leveren wij ook een lichtere vorm van begeleiding als wij van mening zijn dat dit voor de patiënt het beste is (bijvoorbeeld vanwege de mogelijkheid om snel weer te kunnen opschalen of vanwege de relatie met een patiënt). Bij een lichtere vorm van begeleiding is minder frequent contact nodig. O.i. is het aantal patiënt contacten per periode dan ook een passende KPI voor het op- en afschalen. Ja hier werken wij al mee, echter niet in de vorm van een kpi. m.u.v. zorg op maat. Hiertoe zijn we bereid. Een duidelijk tijdspad afspreken met betrokken partijen en hierin ook korte lijnen hanteren Het is heel lastig om een vaste duur af te spreken voor onze vorm van begeleiding. We werken met mensen en je kan niet de ontwikkeling en de tijd die dit vergt afdwingen. Wij sluiten een traject regelmatig eerder dan voorzien omdat de doelen zijn behaald. Wij zijn hierin open en transparant waar de ontwikkeling en het proces van de cliënt voorop staat. Wij schalen bijna niet af omdat we veel werken in interventieniveau 4 en 5. Sommige zorgdienstverlening heeft de vorm van trajecten. Voor trajecten kan een tijdsduur worden afgesproken (niet vooraf gedefinieerd, want een zorgvraag is altijd uniek). Sommige zorgdienstverlening is zorginhoudelijk zodanig dat in het begin veel zorg wordt verleend en na een tijdje de hoeveelheid zorg kan worden verminderd, waarbij wel continu dient te worden gemonitord of het goed gaat met de cliënt, en als dat nodig is dient de hoeveelheid zorg vervolgens weer worden opgeschaald. Sommige zorgdienstverlening is gerelateerd aan een zorgvraag die niet eindigt en nauwelijks zal wijzigen (bijvoorbeeld: autisme en ADHD zijn niet te genezen, een dwarslaesie ook niet). Het is dus of de duur van begeleiding kan worden gedefinieerd – meestal niet – en het is afhankelijk van het verloop van de begeleiding of kan worden afgeschaald en of moet worden opgeschaald. Slechts bij een beperkt aantal specifieke hulpvragen is door de indicatiesteller te stellen dat sprake is van een traject en is vervolgens
--	---

	door die indicatiesteller een verwachting af te geven over duur en verloop van de zorgdienstverlening. Het is echter onredelijk om zo'n verwachting om te zetten in een contract met de zorgleverancier, omdat het gaat om een inschatting en het nooit 100% zeker is hoe de zorgdienstverlening zal verlopen. Het is wel logisch, redelijk en professioneel om op regelmatige basis te hebben tussen gemeente, indicatiesteller, zorgleveringcontroleur, uitvoerend zorgverlener(s), de cliënt en zijn omgeving, en tijdens dat overleg te evalueren hoe de zorgdienstverlening verloopt. Naar aanleiding van dat overleg kan waar nodig het zorgplan worden aangepast en waar nodig worden afgeschaald of opgeschaald. Een opschaling kan hierbij heel goed tijdelijk zijn. Er kan bijvoorbeeld voor worden gekozen om gedurende een beperkte periode additionele zorgdienstverlening in te zetten door een aanbieder die een bijzondere vorm van zorgdienstverlening biedt, die door het overleg wordt gezien als nuttig in de context van dat moment (voorbeeld: tijdelijke additionele inzet van muziek, dieren of creatieve therapie, door een specialistisch zorgprofessional). KPI's zijn bedoeld om prestaties van <i>ondernemingen</i> te analyseren. Zorg gaat over <i>mensen</i>. Zorgvragers zijn burgers die hun gemeente vragen om hulp. Zorgprofessionals zijn gedreven mensen die medemensen <i>willen</i> helpen. KPI's moeten SMART zijn. In de zorg is heel veel subjectief en is zelden sprake van vooraf definieerbare specifieke en meetbare doelstellingen, ook zelden van een vooraf goed definieerbare vaste tijdsduur, is het lang niet altijd realistisch om meetbaar haalbare doelen te definiëren en zijn woorden als 'acceptabel' en 'voldoende' zeer afhankelijk van de rol van de stakeholder in het zorgproces als geheel. Het inzetten van KPI's in de zorg is daarom principieel fout, omdat het technisch gezien <i>onmogelijk</i> is om KPI's SMART te maken in de zorg. Als KPI's toch worden ingezet in de zorg, leidt dat tot perverse prikkels, omdat de irreële en onrealistische doelen dan door een aantal stakeholders worden geconverteerd in commerciële doelen en nastreving van winst – in plaats van het leveren van juiste zorg aan burgers. Wij zijn bereid om afspraken te maken over duur begeleiding en afschaling. Contactueel vast leggen de duur van begeleiding en na elk halfjaar doelen evalueren. Meetinstrumenten inzetten voor kwaliteit. Zodat er snel kan worden gekeken welke instelling/bedrijven doelgericht en resultaatgericht zijn. Afschalen in uren maakt onderdeel uit van het resultaat.
--	---

	Afschalen is het streven altijd. We zijn bereid om af te schalen en daarin transparant te zijn en dit doen we al. Het gevaar wat schuilt in deze vraag is dat er kostenbeheersing en kostenbesparing op korte termijn vaak de aanleiding en motivatie. Indien dit van toepassing is dan zijn wij er geen voorstaander van. Daarbij zal er op maat gekeken moeten blijven worden wat de mogelijkheden zijn van cliënten. Dit, gezien hun levensloop, waarbij er in bepaalde fases van hun leven meer hulp nodig is dan in andere fases. Hierdoor zijn er moeilijk zaken vast te leggen in contracten. Er zijn altijd casussen die hulpverlening nodig hebben. Of casussen waarbij de ene keer meer nodig is dan de ander keer. Als we kunnen afschalen dan zullen we dat ook doen. KPI's zou mogelijk zijn wanneer situaties rondom de cliënt stabiel is. Indicatoren hiervoor zullen vanuit inhoud moeten worden bekeken in afstemming met de gemeente. Wanneer is iemand stabiel? Voor hoelang is iemand stabiel? Dit geldt dan zowel voor opschalen als afschalen. Daarbij is cliënttevredenheid uiteraard van belang. • Wat ons betreft zou kwaliteit van zorg in combinatie met een passend (reëel) tarief leidend moeten zijn. • Er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care). Oftewel; Het hulpverleningstraject wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en mogelijkheden van de cliënt. Elke cliënt krijgt de zorg die hij nodig heeft, niet zwaarder dan noodzakelijk. • Uiteraard zijn wij bereid om afspraken te maken over de duur van behandeling en het afschalen van zorg. Wel is Het SamenHuis van mening dat cliënten met een licht verstandelijke beperking en/of (chronische) psychiatrische problematiek gebaat zijn bij een 'vinger aan de pols' en het niet alleen gaat om afschalen maar ook tijdig kunnen afschalen van professionele ondersteuning. Wanneer er gesproken wordt over afschaling binnen de Leger des Heils doelgroep, merken we dat de aansluiting bij het voorliggend veld een brug te ver is. Dan gaat het met name om de complexiteit in combinatie met de intensiteit en het ontbreken van de juiste kennis in de wijkteams. Daarnaast zien we vaak een fluctuatie in heftigheid van de problematiek en crisismanagement. Dat pleit voor een gemakkelijk op- en afschaling zonder hoge drempels van hernieuwde beschikkingen/intakegesprekken. Dat pleit ook voor verhoging van expertise in de voorliggende voorzieningen, waarin het herkennen van signalen en de vaardigheden om de OGGZ (zorgmijndend) doelgroep te bereiken van belang is. In onze beleving is er een generalistische rol voor medewerkers in de voorliggende voorzieningen weggelegd, die goed weten wanneer specialistische hulp ingezet dient te worden. Wanneer lijnen tussen de voorliggende voorzieningen en de specialistische hulp kort is en niet
--	--

	teveel drempels opwerpen om van het ene domein naar het andere te gaan, werkt dat bevorderend voor de afschaling van de zorg. Bent u bereid afspraken te maken over duur van begeleiding en afschaling? Welke kritische prestatie indicatoren (KPI's) zouden hier contractueel over vastgelegd kunnen worden? <i>De focus op afschalen is even begrijpelijk als onterecht.</i> Vele vormen van ondersteuning helpen de burger maar leiden niet tot een verbetering maar 'slechts' tot bestendigen of uitstel van de noodzaak tot zwaardere ondersteuning. Voor de burger geeft de hang naar minder van gemeentezijde een gevoel van onzekerheid over of er in de toekomst nog wel voldoende steun beschikbaar is. Ook voor de zorgaanbieder voelt deze focus ongemakkelijk. Aan de ene kant wordt verwacht te innoveren en het samen met de gemeente te doen, van de andere kant is er het gevoel als potentiële profiteur gezien te worden. https://www.rug.nl/alumni/stay-involved/broerstraat-5/pdf-los-per-nummer/2018-12-11_botsende-burgerbeelden.pdf Een betere samenwerking tussen gemeenten zou er naar onze mening toe moeten leiden dat de ondersteuning vanuit een keten wordt gezien. Daarbij moet de grens tussen voorliggende voorziening en maatwerk minder een moeilijk te passeren hindernis worden en meer twee schakels van dezelfde ketting. KPI's zijn derhalve niet contractueel vast te leggen, met in het achterhoofd dat de kleinschalige zorg gezien het beperkte aantal cliënten óók niet kan middelen over een groot aantal cliënten. Daarbij is de ene aanbieder gericht op lichte begeleiding, de andere op zwaardere. Afschalen is bij de ene vorm van problematiek wel mogelijk, bij de andere in (veel) mindere mate en veelal cliëntafhankelijk. Beter is in te zetten op innovatie en betere samenwerking met gemeenten en bredere aanpak van problematiek (zie vraag 4) maar vooral op samenwerking en gezamenlijk te zoeken naar mogelijkheden. Dat lijkt ons niet zinvol. Soms is het effectiever om niet af te schalen, soms kun je beter de zorg überhaupt niet opstarten. KPI's over de duur van de begeleiding en afschaling geven schijnzekerheid en belemmeren effectief doen wat nodig is door professionals. Wij zouden liever harde afspraken maken over het beschikbare totaal budget en (samen met andere gecontracteerde partijen) verantwoordelijkheid nemen (binnen acceptabele kaders) voor het binnen het beschikbare budget leveren van goede ondersteuning aan iedereen met een ondersteuningsvraag. KPI's zouden veel meer moeten gaan over de toegankelijkheid van zorg (hoe snel start de ondersteuning nadat iemand een vraag heeft geformuleerd) en de kwaliteit (doelbereik, tevredenheid van klanten, tevredenheid van andere stakeholders zoals huisartsen, woningcorporaties, VVT instellingen, etc). Daarnaast zou je als opdrachtgever moeten toetsen (op basis van zachte informatie) of de grotere bedoeling achter het contract gerealiseerd wordt. Dat doe je door los van het management van de aanbieder in gesprek te gaan met klanten en uitvoerende teams en te toetsen of de informatie die je daar ophaalt, consistent is met de informatie uit de kwartaalrapportages, gesprekken met management en harde informatie die je uit systemen haalt.
--	--

	Het contractueel vastleggen van harde KPI's en andere beheersmaatregelen is minder effectief als je wilt dat een aanbieder succesvol is, dan goed regievoeren op de uitvoering. Ja, wij maken altijd afspraken over de duur van de begeleiding en afschaling: na 10 weken intensieve behandeling/begeleiding schalen wij af. V.w.b. KPI's stellen wij voor om aan te sluiten bij de landelijke KPI's. • Bij verslavingsbehandeling van jeugdigen is er altijd sprake van een interactie met de ontwikkeling van kind naar volwassene, de sociale omgeving én speelt er samenhangend veel comorbiditeit. Dit maakt dat het beloop vaak lastig te voorspelen is. Suggestie voor prestatie-indicatoren: doelrealisatie, afname problematiek en mate van functioneren. Onze samenleving wordt steeds cognitiever en ingewikkelder. Als het gaat om jeugdigen met een (licht) verstandelijke beperking dan weten we vanuit wetenschappelijk onderzoek dat deze jeugdigen in onze samenleving extra kwetsbaar zijn. Een (licht) verstandelijke beperking gaat bovendien niet over. Deze beperking is levenslang van invloed. • Uiteraard zijn wij bereid om afspraken te maken over de duur van behandeling en het afschalen van zorg. Wel wijzen we u erop dat juist bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking gebaat is bij een 'vinger aan de pols' en het niet alleen gaat om afschalen maar ook tijdig kunnen afschalen van professionele ondersteuning. • Daarnaast is er een groep jeugdigen met een ernstige beperking. Jeugdigen met EMB die nog thuis wonen vallen ook onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Voor deze jeugdigen is er geen sprake van afschaling van zorg maar is blijvende zorg nodig (die doorloopt in de WLZ). Afschaling is vanuit de ouderenzorg niet van toepassing. Vanuit de volwassen psychiatrie zijn we bereid daar afspraken over te maken. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat afschaling niet voor elke cliënt mogelijk is en dat generieke afspraken niet passend zijn voor maatwerk. KPI's zullen in gezamenlijkheid moeten worden ontwikkeld. We denken hier graag in mee. Vanuit Jeugd willen in principe hier geen afspraken over maken, omdat afschaling voor een groot deel afhankelijk is van het voor handen zijn van verwijsmogelijkheden/uitstroom. In het geval van zorg bij het Autisme Team Noord-Nederland (ATN) ontberen we deze mogelijkheid met enige regelmaat - Voor zover wij ons bewust zijn wordt dit altijd gedaan, doormiddel van (tussen) evaluaties. Contractueel vastleggen is wanneer dit op clientniveau specifiek wordt gedaan, echter zien wij meer administratieve lasten wanneer dit wordt ingezet.
--	--

	We zijn bereid afspraken te maken over de duur van begeleiding, ons verzoek is om per drie maand te kijken naar de doelen en elke drie maand te evalueren. Zeker. Dat kan prima aan de hand van de reeds bestaande KPI's voor de begeleiding aangevuld met de KPI's (wanneer sprake is van begeleiding van jonge moeders) ten aanzien van de ouder - kind relatie. Vanuit BiOns zijn wij zeker bereid hier afspraken over te maken. In onze visie is m.n. de beginfase van de begeleiding essentieel en worden hier de meeste uren ingezet. Het zou goed zijn vooraf een persoonlijk plan met de client te ontwikkelen waarin uiteindelijk bijvoorbeeld toegewerkt wordt naar maatschappelijke participatie /deelname aan vrijwilligers projecten opdat de client niet /of zo min mogelijk in oud gedrag vervalt. O.i. kan er van deze werkwijze een KPI gemaakt worden. Ja. De werkelijkheid en de professional moeten wel leidend zijn. Als in de praktijk blijkt dat de vooraf gestelde duur en afschaling niet haalbaar zijn, zou dit makkelijk aan te passen moeten zijn. Het oordeel van de professional zou hier leidend in moeten zijn. Er zou ook omgekeerd sprake moeten kunnen zijn van opschaling. Ja wij zijn bereid afspraken te maken, maar zijn ons er van bewust dat dit niet voor elke cliënt goed voorspelbaar is. Om dit op cliënt niveau te kunnen doen moeten er duidelijke zorg- en of begeleidingspaden worden vastgesteld. Dit doe je door echt te kijken naar de inhoud van de hulpvraag en de achtergrond van de cliënt. Als we het hebben over afschalen dan hebben we het ook over opschalen. Binnen de GGZ kennen we de zorgpaden die als voorbeeld zouden kunnen dienen. Monitoring van begeleidingsduur en afschaling in combinatie met overkoepelde kpi's die bijvoorbeeld gericht zijn op het vergroten van samenwerking tussen behandeling, begeleiding en welzijn, zijn voor nu wellicht realistischer. Ja. KPI's op basis van doelenrealisatie en concreet meetbare eenheden. Veel doelen komen overeen tussen cliënten. Het gaat vaak over geld, wonen, werk, dagbesteding, recidive gedrag etc. Hierop concrete meetbare situaties ontwikkelen. De cliëntevaluatie moet leidend zijn. Ja die bereidheid is er mits de prestatie in een reëel perspectief geplaatst wordt. In ons bedrijf [SennZi] zijn veelal uitbehandelde chronisch psychiatrische cliënten of clienten die door hun ingewikkeldheid en vele mismatches niet op de goede behandelplek zijn aangekomen, en met veel klachten en problemen thuis zitten. In beide gevallen vaak een verkommert leven leiden. Kortom: de duur van de begeleiding is heel moeilijk vooraf vast te stellen evenals wanneer er afgeschaald kan worden. Immers de kwetsbaarheid van de client gaat niet weg en de mate waarin deze stappen kan zetten is van veel variabelen afhankelijk.
--	---

	Het streven is om bij de cliënt uiteindelijk een kader te bereiken waarin alle mogelijkheden en beperkingen duidelijk zijn, zaken op orde zijn en er een leefbaar leven ontstaat wat de moeite waard is, betekenis heeft voor de cliënt. In deze fase van handhaven kan er afgeschaald worden en kan er mogelijk op een gegeven moment afgesloten worden. Vaker zal er volstaan moeten worden met laag frequent monitoren, dat zou dan een chronisch traject op niveau 4 kunnen worden [afschaling]. Ook is het denkbaar dat er weer een situatie kan komen waarin opgeschaald moet worden. Meer flexibiliteit naar beide kanten zou wenselijk zijn. Dit is echter geen lineair, voorspelbaar traject. Onze doelgroep kenmerkt zich door perioden van grotere onrust en stress waardoor de problematiek weer groter kan worden. Het (tussen)resultaat hangt dus voor een groot deel af van in welke mate de cliënt zichzelf kan hanteren in relatie tot zijn omgeving en de variabelen hierin. Wij pleiten voor een systeem waarbij er eenvoudiger af- en opgeschaald kan worden afhankelijk van wat er nodig is. Als werkbare indicator daarvoor gebruiken wij de effectenmonitor waarbij de cliënt zelf aangeeft hoe het gaat op de verschillende leefwereldgebieden. Wij brengen dit drie maandelijks in beeld per cliënt. De rapportages worden geupload in ons EPD. Een halfjaarlijkse evaluatie met de gemeente en 'ruimte' in de beschikking zou dan zonder nieuwe beschikkingen kunnen leiden tot een flexibel kostenbewuste werkwijze. Daar ben ik zeker toe bereid. Mijn ervaring is dat wanneer de doelen haalbaar en concreet zijn de inwoner en zijn systeem gericht aan het werk gaan om de doelen te realiseren. Er moet wel aangesloten worden op het proces waar de inwoner inzit. Dit is nodig om op inhoud tot gedragsverandering te komen. Het gevaar van prestatie-indicatoren is dat het systeem centraal komt te staan en niet de hulpvraag van de cliënt. We zijn groot voorstander van afschalen wanneer mogelijk en opschalen wanneer moet, om zo te komen tot de meest effectieve en efficiënte begeleiding waarbij onnodige verzwarende van een zorgvraag zoveel mogelijk wordt voorkomen. Dit is tenslotte in het voordeel van de cliënt. Om hierover contractuele afspraken te maken, is in onze ogen meer nodig dan enkel 'harde' financiële KPI's. Enkel wanneer we een passende combinatie kunnen vinden waarbij KPI's worden gecombineerd met aanvullende en onderbouwende proces-indicatoren, bijvoorbeeld met betrekking tot aandacht voor op-/en afschalen, kan er een beeld ontstaan in hoeverre de zorg passend en doelmatig is geweest.
--	---

	Nee, vaak zie je de kinderen terugkomen voor hulp, die eerder bij een andere zorgaanbieder zijn geweest. Maatwerk voor een kind is belangrijk om zo de juiste hulp te kunnen bieden. Contractueel vastleggen, daar wordt het kind de dupe van. De spreiding van jaar, is vaak heel goed, ook het evaluatiemoment dat na een jaar gedaan moet worden voor eventuele verlenging. Natuurlijk zijn we daartoe bereid als het gaat over veranderingen bij de persoon zelf en hij/zij daar mee omgaat. De huidige systematiek nodigt daar ook toe uit en over een werkwijze die daar bij hoort is veel bekend. Voor ons is het veel interessanter om ons bezig te houden met wat wij effectiviteitsratio noemen. We werken hard aan het ontwikkelen van hard waarneembare veranderingen in de lokale samenleving die er op wijzen dat zorg duurzaam wordt gedragen. We zijn nog niet zo ver dat we hier al een gedegen methodiek voor kunnen presenteren maar in de loop van het jaar hopen we daarover met gemeenten in gesprek te raken. Ja. De werkelijkheid en de professional moeten wel leidend zijn. Als in de praktijk blijkt dat de vooraf gestelde duur en afschaling niet haalbaar zijn, zou dit makkelijk aan te passen moeten zijn. Het oordeel van de professional zou hier leidend in moeten zijn. Er zou ook omgekeerd sprake moeten kunnen zijn van opschaling. Ja. KPI's op basis van doelenrealisatie en concreet meetbare eenheden. Veel doelen komen overeen tussen cliënten. Het gaat vaak over geld, wonen, werk, dagbesteding, recidive gedrag etc. Hierop concrete meetbare situaties ontwikkelen. De cliëntevaluatie moet leidend zijn.
6. Welke kwaliteitseisen zouden we moeten borgen in het aanbestedingsdocument om de kwaliteit van zorg te waarborgen?	Ik ben in bezit van een master-diploma psycholoog, SKJ-registratie, KIWA mijn Keurmerk, en geregistreerd als Psycholoog NIP. Dat lijkt mij voldoende?). Profiel schets inschaling en welke ondersteuning een cliënt daarbij nodig heeft van zijn of haar trajectondersteuner. HKZ gecertificeerde instellingen. Misschien gaat het niet zozeer om wat er moet worden geëist (dat staat al duidelijk in de Jeugdwet en de WMO en die kwaliteitseisen zijn goed), maar meer om hoe de gemeente waarborgt dat dit ook gebeurt. Niet zozeer alles aannemen vanaf papier en eigen verklaringen vanuit een organisatie, maar ook eens langs komen om kennis te maken, de sfeer te proeven, te zien hoe er wordt gewerkt aan kwaliteit etc. Zo filter je de organisaties die deze eisen niet zo nauw nemen. HKZ- of ISO-keurmerk als minimale eis stellen, hiermee de zekerheid dat een organisatie jaarlijks wordt geaudit.

	Opleiding aanbieder met waar nodig aantoonbare specialisaties Ervaring in het werk en met specifieke doelgroepen Bedrijfsvoering- ingeschreven bij KVK- VOG- een keurmerk of kwaliteitssysteem of visitatie van een erkende beroepsvereniging etc. Financiële administratie, bereikbaarheid, website o.i.d. klachten reglement, vervangingsreglement, beroepsverzekeringen Primair proces; wordt wat inhoudelijk met cliënten wordt gedaan geregistreerd en voldoet registratie aan wettelijke uitgangspunten? Is begeleiding gegarandeerd. Wordt gedaan wat is afgesproken. Ervaring van cliënten/patiënten. HKZ en of ISO. . Er zijn kwaliteitseisen opgesteld door IGJ en richtlijnen Jeugdhulp. Hier kan gemeente zich aan conformeren. Daarnaast kan gemeente vragen om een kwaliteitssysteem waar zorgaanbieder voor is gecertificeerd. Er is landelijk veel te bieden aan kwaliteitssystemen en bijbehorende eisen, hier zou meer in samengevoegd kunnen worden. Heldere beroepsregistraties en verplichte intervisie in de beroepsgroepen doen veel goed. Ook helpt – zoals in Groningen gedaan – verplichte supervisie van een gedragswetenschapper. te denken valt aan aansluiting bij een beroepsvereniging, KLIK-certificaat of anderszins keurmerk, opleidingsniveau van de behandelaar. In ieder geval dienen de agogisch begeleiders m/v van de ambulante begeleiding adequaat gediplomeerd te zijn (MBO 4 – HBO niveau). Als bedrijf is een Iso of HKZ keurmerk wel van belang, voor begeleiding van jeugdigen SKJ registratie. Minimaal een erkend kwaliteitscertificaat, werken met een Evidence-based methodiek, opleidingsniveaus per product. Verder zijn wij van mening dat er een bepaalde omvang nodig is van de aanbieder om de continuïteit van de zorgverlening te garanderen. Zorgverleners en instanties moeten jaarlijks een check ondergaan in de kwalificering van de verschillende erkende kwaliteitsregisters. Het is belangrijk dat een breed palet aan zorgverlening kan worden geboden. Verschillende types zorgdienstverlening hebben verschillende kwaliteitsnormen. Het is daarbij wel belangrijk dat die
--	---

	kwaliteitsnormen aantoonbaar gefocust zijn op juiste zorg en dat het om professionele normen gaat die binnen de betreffende beroepsgroep breed geaccepteerd zijn. Voorbeelden daarvan zijn HKZ-varianten, zoals HKZ voor kleine organisaties, voor zorgboeren en normen die aantoonbaar zijn afgeleid van HKZ en minimaal hetzelfde niveau definiëren; Andere voorbeelden zijn ZZP-varianten, zoals Kiwa MijnKeurmerk of een eigen kwaliteitssysteem (zoals het KMS van Paletzorg die NMD ook al goedgekeurd heeft), en specialistische varianten, zoals Vaktherapeuten-registers. Belangrijk hierbij is dat de zorgprofessional niet alleen dient aan te tonen relevante diploma's te hebben en aan bijscholing te doen, maar dat ook dat intervisie wordt gevolgd, dat wordt samengewerkt met andere zorgprofessionals en dat wordt aangetoond dat wordt geluisterd naar de stem van de cliënt. In het aanbestedingsdocument goede definities opnemen (vanuit de verschillende domeinen) betreffende behandeling, begeleiding, verblijf en zinvolle dagbesteding. Tevens de daaraan gestelde kwaliteitseisen benoemen. Kwaliteitskeurmerk De huidige kwaliteitseisen kunnen ons inziens geborgd blijven. Wij denken dat er een verplichte certificering van iedere zorgorganisatie nodig is (HKZ of gelijkmatig). In deze zou ik vasthouden aan de gekijkte kwaliteitskeurmerken HKZ ISO NEN enz Ook het Drents Kwaliteitskeurmerk is een reeds bestaande kwaliteitseis. onafhankelijk kwaliteitskeurmerk zoals die van de FLZ Zelfde kwaliteitseisen als bij de vorige aanbesteding, zoals die vermeld staan in het document juli 2016. Als organisatie vinden wij het belangrijk om kritisch te kijken naar je bedrijf en je wijze van begeleiding. Dit staat voor ons allemaal beschreven in dit document. Wij streven als organisatie er naar om hier op alle gebieden aan te voldoen voor medewerker en client. Kunnen daarom geen onderscheid maken in onderwerpen die meer voorrang zouden moeten krijgen. In feite zouden de eisen dat een organisatie HKZ en of ISO gecertificeerd zijn voldoende moeten zijn, deze worden immers jaarlijks ge-audit . Daarnaast vindt De Nieuwe Zorg Thuis het erg belangrijk dat de clienttevredenheid voortdurend gemonitord wordt. 1.Praktijk/instellingscertificering die aansluit bij de landelijke normen (LVVP, Stichting Kwaliteit in de Basis GGZ). Hier zijn de basale kwaliteitseisen in vastgelegd. 2. Gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD) 3. Incorporatie van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. 4. Triage met onderwijs, jeugdzorg, GGD, huisarts. Hoe is dat geregeld? 5. Klachtenfunctionaris en aanspreekpunt voor de Meldcode met naam en toenaam laten
--	--

	benoemen. Ieder jaar. 6. Toetsen documenten voor hanteren Meldcode, veiligheidsplan, behandelplan. • een zorgvuldige incidentenprocedure waarmee de zorgorganisatie goed in kaart brengt hoe incidenten zowel re-actief als pro-actief zijn voor verbetering in de organisatie en daarmee een veilige omgeving creëert voor haar cliënten. • Een beschreven klachtenprocedure. • Privacyreglement die voldoet aan de AVG. • Een werkend kwaliteitssysteem. (minimaal ISO 9001). Resultatenopbrengst en risicoanalyses zijn belangrijke kwaliteitseisen vanuit de ISO Zorg&Welzijn, hierop zet Horizon begeleiding in om te voldoen aan de huidige eisen die vanuit de overheid worden gesteld. Voor grote organisaties een gecertificeerd KMS. Voor kleine organisaties een eigen KMS (niet gecertificeerd), gebaseerd op bijv. HKZ Kleine Organisaties. De kostenlast voor certificering voor een kleine organisatie is procentueel zeer hoog. De kwaliteit van de zorg en dienstverlening komt vooral tot stand komt in de relatie tussen de cliënt en de medewerker (en hun netwerk, indien aanwezig). Leveren van kwaliteit betekent dan voor organisaties vooral investeren in randvoorwaarden om die relatie te laten bloeien. Gezien in het perspectief van professioneel handelen volgens beroepsstandaarden en best practices. Met oog voor individualiteit van cliënten en veiligheid van hun omgeving en die van medewerkers. Om die reden vinden we dat het borgen van kwaliteit niet zozeer gaat over het aantal documenten dat al dan niet aanwezig is. Het gaat vooral over het gesprek over de uitvoering van de afspraken uit die documenten op alle niveaus in- en extern. Voldoen aan externe (wettelijke) vereisten (zoals meldcodes, arbo wetgeving, privacy wetgeving etc.) is een vanzelfsprekendheid die niet nader opgenomen hoeft te worden in het kader rond borgen van kwaliteit van zorg. In het onderstaande welke basiszaken gerealiseerd dienen te worden om de kwaliteit van zorg te waarborgen: het op een respectvolle wijze met de cliënt werken aan diens doelen. Met vakbekwame en betrouwbare medewerkers. En gericht op veiligheid en continue verbeteren van de relatie tussen cliënt en medewerker (en het netwerk indien aanwezig). De organisatie heeft een werkend kwaliteitsmanagementsysteem waarmee het: - De resultaten rond kwaliteit kan monitoren en bijsturen - Afwijkingen tijdig kan signaleren en bijsturen
--	--

	De organisatie kan aantonen over een dergelijk systeem te beschikken door het overleggen van een certificaat (ISO 9001-2015, HKZ of aanverwant) of door toetsing via de toezichthouder. In de kwartaalbespreking tussen gemeente en organisatie is verantwoording van kwaliteit altijd onderdeel van gesprek aan de hand van de genoemde basisvoorwaarden. Voor goede borging van kwaliteit van zorg heeft de organisatie in ieder geval de volgende zaken geregeld: <i>a. Individuele cliënt, zeggenschap en eigen regie</i> - Cliënten hebben aantoonbaar een actueel begeleidingsplan dat aansluit bij hun persoonlijke doelen en dat gerelateerd is aan hun zorgtoewijzing. - Het plan komt aantoonbaar tot stand in samenwerking met de cliënt - Er is aantoonbaar rapportage over en evaluatie van de voortgang van de doelen - De organisatie heeft een klachtenregeling voor cliënten - De organisatie heeft een cliënt vertrouwenspersoon - De organisatie heeft sluitende afspraken over tijdig aanvragen herindicatie of verlengen indicatie - De organisatie heeft een regeling rond afronden van problematische zorgverlening - De organisatie werkt methodisch en maakt daadwerkelijk gebruik van effectief bewezen interventies <i>b. Individueel oordeel van de cliënt</i> De organisatie meet periodiek (maar ten minste eens per 3 jaar) en onafhankelijk het oordeel van cliënten over de geboden ondersteuning. De organisatie kan aantonen hoe de uitkomsten met belanghebbenden zijn besproken en welke resultaten dat heeft gehad. <i>c. Kwaliteit van arbeid en vakmanschap</i> - De organisatie heeft aantoonbaar beleid dat leidt tot de inzet van voldoende vakbekwame medewerkers in de begeleiding - De organisatie registreert actuele beroepskwalificaties en registraties van medewerkers en kan die op verzoek laten zien aan de toezichthouder - De organisatie heeft aantoonbaar beleid rond scholing en nascholing van medewerkers gericht op vergroten van vakmanschap rond de doelgroep - Van alle medewerkers is een VOG beschikbaar - De organisatie heeft een werkend systeem van Veilig Incidenten Melden, gericht op leren van incidenten. - De organisatie heeft aantoonbaar afspraken over bejegenen van cliënten door medewerkers - Medewerkers doen aantoonbaar aan vormen van intervisie of teamreflectie - Organisatie zet ervaringsdeskundigen in
--	--

	- Certificering FACT teams. Registraties via registreerplein en SKJ. - Gemeentes die toetsen van de zorgleefplannen op resultaten die zijn afgesproken. Blijf bij de kern, houdt het compact en plan, do, check, act (Deming Circle), HKZ. Dit is een lastige want hoe meet je kwaliteit. Alle registraties zijn eigenlijk alleen maar papiertjes. Zodra je voldoet aan de papieren eisen zegt dat nog niks over de werkelijke kwaliteit die je biedt. Volgens ons kan je dit alleen maar meten door onafhankelijk cliënt onderzoek. Wij zouden willen voorstellen dat er in de aanbesteding wordt opgenomen dat elke gecontracteerde partij onafhankelijk cliënt onderzoek krijgt gedurende de contractperiode. Dit onderzoek kan door een onafhankelijke partij worden uitgevoerd middels enquête en vragenlijsten, n.a.v. de uitkomsten hiervan kan de contractmanager met een zorgaanbieder in gesprek om de kwaliteit eisen te checken. (als je hier niet aan kunt voldoen, dan zal de consequentie moeten zijn dat het contract beëindigd wordt, hiermee zorg je gedurende de aanbestedingsperiode voor een natuurlijke selectie van kwaliteit, en niet voor een “papieren kwaliteit”). De regie hiervan zou volgens ons bij de gemeente moeten liggen om zo belangenverstrengeling te voorkomen en transparantie te vergroten. Op deze manier zet je de cliënt en de cliënt ervaring centraal en hiermee ook de kwaliteit die geboden wordt door een organisatie. Daarnaast is het misschien goed om kleine aanbieders te verplichten zich aan te sluiten bij een collectief of een platform zoals Paletzorg, Klik of iets dergelijks. Het voordeel daarvan is dat er veel gezamenlijke kennis is, er kwaliteitsnormen zijn voor lidmaatschap. Als je dat verlangt dan hoeft de gemeente hier niet meer op te controleren omdat dit al wordt gedaan. Het is belangrijk dat een breed palet aan zorgverlening kan worden geboden. Verschillende types zorgdienstverlening hebben verschillende kwaliteitsnormen. Het is daarbij wel belangrijk dat die kwaliteitsnormen aantoonbaar gefocust zijn op juiste zorg en dat het om professionele normen gaat die binnen de betreffende beroepsgroep breed geaccepteerd zijn. Voorbeelden daarvan zijn HKZ-varianten, zoals HKZ voor kleine organisaties, voor zorgboeren en normen die aantoonbaar zijn afgeleid van HKZ en minimaal hetzelfde niveau definiëren; Andere voorbeelden zijn ZZP-varianten, zoals Kiwa MijnKeurmerk, en specialistische varianten, zoals Vaktherapeuten-registers. Belangrijk hierbij is dat de zorgprofessional niet alleen dient aan te tonen relevante diploma's te hebben en aan bijscholing te doen, maar dat ook dat intervisie wordt gevolgd, dat wordt
--	---

	samengewerkt met andere zorgprofessionals en dat wordt aangetoond dat wordt geluisterd naar de stem van de cliënt. In het aanbestedingsdocument moet de kwaliteit te waarborgen zijn door het plan van aanpak of begeleidingsplan hierin wordt beschreven. Het meetinstrument is hierbij ook belangrijk. - Kwaliteitskeurmerken - Kwaliteit personeel De ISO blijft landelijk een goed instrument om kwaliteit te toetsen. Wat ik mis is niet een systeem maar een manier waarop innovatie, afschalen en openheid en transparantie van aanbieders worden gestimuleerd en beloond. • Volg de wetten die er al zijn. Draaf niet door in controles en steeds hogere eisen waar ook hogere tarieven voor noodzakelijk zijn. • Privacy van de cliënt • Deskundigheid van de professionals • In de huidige kwaliteitseisen is opgenomen dat de aanbieder moet aantonen dat ze werkt met bewezen effectieve interventies. Hoewel wij ondersteunen dat gestreefd moet worden naar effectieve zorg verwijzen we u hiervoor naar de NJI die stelt: Veel interventies die in de praktijk worden gebruikt, zijn niet zonder meer aan te duiden als 'bewezen effectief'. Dat betekent nog niet dat de kwaliteit van die interventies slecht is; het bewijs voor de effectiviteit ontbreekt echter. • Deze eis zou gewijzigd kunnen worden in: De jeugdhulp wordt uitgevoerd volgens de voor de doelgroep, het vakgebied en de discipline geldende richtlijnen (Richtlijnen van Kenniscentrum Kinder- & Jeugdpsychiatrie', de 'Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming' van het NJI en de 'Richtlijn effectieve Interventies LVB' van het kenniscentrum LVB) In het verlengde van vraag 3, verminderen administratieve last, heeft het de voorkeur van het Leger des Heils dat gemeenten zo veel mogelijk eenduidige kwaliteitseisen hanteren. De basisset kwaliteitseisen VNG kan daarvoor gebruikt worden. Bron: https://www.movisie.nl/artikel/kwaliteitsbeleid-wmo-kans-gemeenten. "De algemene uitgangspunten zijn: de cliënt heeft de regie; de ondersteuning is veilig; en de
--	--

	ondersteuning garandeert continuïteit, samenhang en resultaten. Vandaaruit zijn zes kwaliteitseisen geformuleerd: 1. <i>Deskundig personeel;</i> 2. <i>Eerstverantwoordelijke ondersteuner als aanspreekpunt voor cliënt en directe omgeving;</i> 3. <i>Ondersteuningsplan per cliënt;</i> 4. <i>Rapportages over resultaten;</i> 5. <i>Meten tevredenheid cliënten;</i> 6. <i>Kwaliteitsbeleid</i> Kwaliteit geeft in de zorg vaak verwarring. De (wettelijke) verplichting tot het organiseren van continue verbetering (een werkend kwaliteitssysteem) zegt in essentie weinig over de actuele kwaliteit van het gebodene. Kwaliteit wordt door de cliënt veelal anders gedefinieerd dan door de wetgever cq door gemeente als eis wordt gesteld. De doelen worden eigenlijk hoofdzakelijk op het niveau van de individuele burger gesteld. Dat is ook het niveau dat door de burger wordt waargenomen. Dit heeft slechts ten dele te maken met de wijze waarop toezichthouders en gemeenten naar de kwaliteit kijken. De zorgaanbieder heeft in deze dus vaak twee heren te dienen: de client aan de ene kant en de opdrachtgever/controleurs aan de andere kant. Het is te overwegen of in samenspraak met de zorgaanbieder en cliënten(vertegenwoordigers) gedefinieerd kan worden wat van de individuele zorgaanbieder verwacht wordt, passend bij het door deze geleverde ondersteuning aan zijn specifieke doelgroep, en hem daaropaf te rekenen. Zo kan naar onze mening ook beter vooraf bepaald worden welke zorgaanbieder het beste past bij de ondersteuningsvraag van de specifieke zorgvrager. In Groningen is een pilot gedraaid met een aantal kleinschalige zorgaanbieders in relatie tot bereikbaarheid bij crisissituaties. Daaruit blijkt dat juist de bereikbaarheid (niet alleen tussen 9 en 17), vaste begeleiders en korte lijnen, leidt tot, let op: geen enkele crisis in een jaar tijd. Kwaliteitseisen zitten niet altijd in wet- en regelgeving, maar ook in de wijze van ondersteuning. Als het dan toch gaat om het stellen van 'kwaliteitseisen' is ISO, HKZ of PREZO geen absolute must, en 'te groot' voor de kleinschalige aanbieder met bijvoorbeeld twee tot drie medewerkers. Een werkend kwaliteitssysteem waarbij voldoet wordt aan enerzijds vigerende wet- en regelgeving en dat anderzijds tegemoetkomt aan de wensen van de cliënt en voor <u>passend is bij de omvang van de organisatie</u>, is echter wenselijk. Een jaarlijkse toetsing vooraf door een onafhankelijke <u>ter zake kundige</u> derde (anders dan nu gesteld: een onafhankelijke derde), is wenselijk, aan te leveren bij inschrijving, en niet pas na contractering. Dit voorkomt problemen, onrust en onzekerheden voor cliënten wanneer blijkt dat een zorgaanbieder niet voldoet aan de eisen en de vraag of er voor cliënten dan een andere aanbieder gezocht dien te worden. In Friesland en Noord Holland is een dergelijke eis gesteld op basis van artikel 4.1.3 van de Jeugdwet dat een aanbieder de kwaliteit systematisch dient te
--	--

	beheersen, bewaken en borgen. Dit leidde tot het gegeven dat een kwart van de zorgaanbieders dit niet aantoonbaar kon maken en derhalve niet gecontracteerd werd. Cruciaal hierbij is voor een (maandelijkse) open house inschrijving te kiezen, zodat een aanbieder de kans krijgt om alsnog te voldoen aan de eisen. Eisen zoals gesteld door bijvoorbeeld SDF komen neer op dezelfde eisen zoals gesteld in het Drents Kwaliteitskader. Het Drentse kader is echter voor verbetering vatbaar, het bevat een aantal dubbelingen, is niet altijd passend voor de kleinschalige zorg, en minder overzichtelijk. Voor meer informatie verwijs ik u naar de bijlage en gestelde eisen door SDF. Door van te voren scherp te hebben wat de grootste opgave is in jullie gemeente en welke competenties bij de aanbieder aanwezig moeten zijn om succesvol een antwoord op die opgave te bieden, kun je de goede vragen stellen in het aanbestedingsdocument. Als bijvoorbeeld het grootste vraagstuk is om het gedrag van de professionals te veranderen (transformatie), te zorgen voor een betere samenwerking tussen formele en informele zorg en te zorgen voor een soepele overgang van het ene model naar het andere, dan is het handig om in het aanbestedingsdocument concreet te vragen hoe de aanbieder ervoor gaat zorgen dat op die drie thema's de beoogde doelen gerealiseerd worden. Welke ervaring heeft de aanbieder daarmee, hoe gaat hij dat aanpakken en wat heeft hij nodig van de gemeente. Geef de aanbieder de ruimte om op basis van zijn ervaring met de oplossing te komen die hij denkt dat werkt. Selecteer de oplossing die het beste aansluit bij wat bij jullie nodig is en de aanbieder die laat zien het best jullie gemeente en de aanwezige vraagstukken te doorgronden. De aanbidding van de aanbieder is de basis voor de afspraken die je daarna maakt. Je houdt hem met andere woorden aan hetgeen hij heeft beschreven en op die manier borg je de kwaliteit. - Klanttevredenheid, zowel van de jongeren als van de ouders/het systeem - Eisen aan professionaliteit en ervaring - Aantoonbaar voldoen aan wettelijke vereisten, denk aan medezeggenschap, klachten, verantwoorde inzet van personeel, kwaliteitsstatuut. - Sluit aan bij wat landelijk gebruikelijk is en wat ook door zorgverzekeraars gehanteerd wordt. het is wellicht een idee om de relatie te leggen tussen de begeleiding en het verlangde opleidingsniveau van de persoon die de begeleiding uitvoert. Hierdoor zou er ook een relatie moeten komen en blijven tussen het overeengekomen vereiste opleidingsniveau, rekening houdend met multidisciplinaire evaluatie, en de overeenkomen tarieven Geen antwoord. Kwaliteitskader - Opleidingsniveau per interventieniveau
--	---

	- Aanvullend vanuit Jeugd: wordt voorgesteld dat er aantoonbaar planmatig en doelgericht gewerkt wordt zoals door middel van het gebruik van ROM metingen en periodieke cliënt tevredenheidmetingen - Minimaal ISO of HKZ certificaat Goed administratief systeem voor clientadministratie (wij werken zelf met Qurentis) Doelbepaling checken en controleren van het meetinstrument. De duidelijke beschrijving van de kwaliteitseisen conform wet- en regelgeving volstaat. Deskundigheidsniveau medewerkers, in dienst hebben van een orthopedagoog/psycholoog. CAO keuze en deze ook als zodanig hanteren. Eisen aan de organisatie; kwaliteitskeurmerk kunnen overleggen, inzage in financiële stromingen. Vanuit de gemeente zal op deze onderdelen getoetst moeten worden. Anderzijds is het vanuit de zorgaanbieder een kwaliteit voorwaarde dat gemeenten tijdig de beschikkingen aanleveren en zorgen voor een sluitend declaratieproces. Wij vinden het belangrijk dat onze HBO'ers SKJ geregistreerd zijn om de zorg van jeugdigen te kunnen coördineren. Methodieken en doelen duidelijk beschrijven. • Gedegen trajectstart dmv analyse en verdieping in de cliënt; • Evaluatiecyclus; • Borgen van veiligheid zowel fysiek als sociaal; • Gedegen incident afhandeling; • VOG/diploma's; In algemene zin een erkend kwaliteitssysteem eisen van de zorgaanbieders, bijvoorbeeld HKZ, en misschien ook wel een visiedocument waarin verwoord wordt welk gedachtegoed gehanteerd wordt, hoe methodisch gewerkt wordt wat je toegevoegde waarde is als bedrijf voor een specifieke populatie en waarom. Beschrijf hoe kwaliteit vorm geeft en beschrijft etc. [dit is iets anders dan een HKZ]. Wat en hoe en waarom. De beschrijving moet recht doen aan het in beeld brengen van processen rondom de cliënten en het vaststellen van kwaliteit, maar geen afvink c.q. lijstjescultuur. In dat geval zit het gevaar hem er juist in dat er een cultuur kan ontstaan van: "als het protocol maar gevolgd wordt er sprake is van goede zorg." Dit is, vanuit mijn ggZ ervaring, nadrukkelijk niet zo. Het systeem zinvol inrichten, kijken naar de toegevoegde waarde voor cliënten vanuit
--	---

	hun perspectief. Het toepassen van de professionele en inhoudelijke kaders vanuit zorginhoudelijk perspectief met verantwoording naar financiers (besteding van gemeenschapsgeld). Uitgaan van de verschillende beroepscodes van verschillende professionals per discipline zoals beroepscodex voor de Jeugd- en Gezinsprofessional; de beroepscodex voor de sociaal werker en de beroepscodex voor SPV. De beroepscodes verwoorden het professionele moraal. Binnen het aanbestedingsdocument zou dit ook goed geborgd moeten worden/blijven. Moraal biedt een kader om gedrag in goede banen te leiden. Van belang is om helder te krijgen welke waarden en normen voor anderen belangrijk zijn in een morele problematische situatie. Dit zodat er een juiste afweging wordt gemaakt. Ook is het naar mijn mening noodzakelijk dat er gezocht wordt naar gedeelde waarden en van daaruit te onderzoeken hoe die waarden vertaald kunnen worden in normen, afhankelijk van de context en de opvattingen en perspectieven van betrokkenen. Normen zijn belangrijk om te weten wat het goede is om te doen, wat eenieder kan, mag en moet doen in een bepaalde situatie. - Een setting hebben waarin je kritisch reflecteert op je eigen handelen en waarbij je gericht bent op duurzame werking van je eigen en elkaars professioneel handelen. - Actief bijdragen aan interdisciplinaire en interprofessionele samenwerking binnen of tussen (professionele) netwerken. Dit op dusdanige wijze dat mensen, netwerken en gemeenschappen hun eigen doelstellingen kunnen halen. - Professionals staan actief open voor sociale-culturele waarden en zingeving van mensen en handelen vanuit presentie. - Naar mijn mening is elk mens, uit wat voor milieu dan ook, of hij nu oud, ziek, gezond is en of een beperking heeft op zoek naar zingeving. Als professional is het van essentieel belang dat je de inwoner en zijn systeem altijd het gevoel geeft dat je vertrouwen hebt en de vraag achter de vraag goed doorziet. - Een goede inschatting kunnen maken van de veiligheid van mensen en hun primaire leefomgeving in en waar nodig passende interventies inzetten om de veiligheid van mensen in een kwetsbare positie te waarborgen. We zijn voorstander van het volgen van de wetten die er al zijn. Draaf niet door in controles en steeds hogere eisen (hogere dan de wet eist) waar ook hogere tarieven voor noodzakelijk zijn. Wat wij belangrijk vinden is een goed werkend kwaliteitssysteem die continu gemonitord wordt. En door een extern auditor gecontroleerd wordt. Deskundigheid van de professionals, om begeleiding effectief en efficiënt te kunnen bieden, is
--	--

	een belangrijke kwaliteitseis. Maar hierbij geldt ook, niet hogere eisen gaan vragen, waardoor er ook hogere tarieven komen. Als laatste is de privacy van de cliënt en het beschermen van de persoonsgegevens van de cliënt volgens ons erg belangrijk. Ik zou verplichtstellen dat alleen gediplomeerde en geregistreerde mensen worden ingezet. Ik zou graag wat andere treden zien. Ik vind het bijzonder dat er weinig naar opleidingsniveau wordt gekeken in de zorg. Wij hanteren de het ISO kwaliteitssysteem, wat volgens ons garanties biedt om kwaliteit te bieden. De procedures zijn transparant en bieden de gemeente ruime mogelijkheden om te kunnen volgen wat wij kwalitatief doen. Daarnaast is er de mogelijkheid van gemeentelijk toezicht waarvoor wij altijd open staan. Het moge duidelijk zijn dat wij vinden dat de aandacht die wij besteden aan de context onderdeel zou moeten zijn van de gemeentelijke kwaliteitscriteria maar we realiseren ons dat we daar niet over gaan. Wij vinden het belangrijk dat onze HBO'ers SKJ geregistreerd zijn om de zorg van jeugdigen te kunnen coördineren. • Gedegen trajectstart dmv analyse en verdieping in de cliënt; • Evaluatiecyclus; • Borgen van veiligheid zowel fysiek als sociaal; • Gedegen incident afhandeling; • VOG/diploma's;
7. Hoe staat u tegenover lumpsum-financiering en wat is daar voor nodig	Lijkt mij niet handig. Graag per gewerkt uur begeleiding/behandeling declareren.). Daar staan wij positief tegenover, mits de cliënten goed zijn ingeschaald. Positief; duidelijke omschrijving van de doelgroep en verleende hulpverlening (special kenmerken). Lumpsum- financiering werkt in Friesland tot nu toe goed, betreft trajectfinanciering (zie antwoord bij vraag 3-4) Alleen wanneer het realistisch is. Lumpsum is niet reëel wanneer er sprake is van chronische problematiek die volledige genezing of zelfredzaamheid blijvend in de weg staat. Bijvoorbeeld autisme. Iemand met deze beperking kan veel leren maar de beperking blijft en afhankelijk van de omstandigheden zal iemand terugvallen

	of nieuwe beperkingen tegenkomen. Afschalen in die situaties is (soms tijdelijk) mogelijk maar stoppen eigenlijk niet. De ervaring leert dat na verloop van tijd je eigenlijk weer helemaal opnieuw moet beginnen omdat de terugval te groot is geworden. Begeleiding en behandeling is niet te vergelijken met het bouwen van een huis of een brug. We hebben te maken met mensen in (een veranderende) wereld en omgeving. Er is never nooit niet sprake van een stabiele situatie hoe graag je dat ook wilt (als beleidsmaker of financier of begeleider/therapeut). Begeleiding en behandeling gaat over een mens met een beperking in een voortdurend proces. En natuurlijk is het zo wanneer je bijvoorbeeld een training geeft van 10 bijeenkomsten, je deze lumpsum kunt bekostigen maar het wil niet zeggen dat elke deelnemer na deze 10 keer 'genezen' of volledig zelfredzaam is geworden. Dat zou mogelijk kunnen zijn maar dan moeten daar goede regels voor zijn die voor alle partijen gelden, en dat het niet zo is dat de ene organisatie meer levert voor een pot met geld dan de andere. Ik wil er wel in mee denken. . Stichting BEZINN is niet voor lumpsum-financiering. Cliëntgericht de zorgvraag bespreken en de zorg geven die nodig is. Door werken met resultaten grotere mogelijkheid en zicht tot afschalen. Niet handig in dit beroep. Ik ben zeer tevreden over de manier waarop de financiering nu geregeld is. Kan niet voldoende overzien wat de voor- en nadelen van lumpsum-financiering is. Zie 4,5 (SMART). Lumpsum-financiering (korting!) mede afhankelijk van volume. Nu veel versnippering. Als je gezamenlijk wilt investeren, is daarvoor bij de uitvoerder – in dit geval WmZ – een nader te bepalen volume aan cliënten noodzakelijk. Liever niet, het is lastig om een goed overzicht te houden. Ook zet je dan een werkwijze neer waardoor je minder structureel overleg hebt met de opdrachtgever, dus gemeente. Lumpsum-financiering beperkt de keuzevrijheid van de cliënt. Maar op perceelniveau zien wij mogelijkheden, zolang er erkenning is voor onze specifieke doelgroep. Door de lumpsum-financiering blijft dat je vast zit aan resultaat gericht werken. Er moet dus blijvend een rompslomp aan administratie weggewerkt worden. Maatwerk is door deze financiering lastig. Wel is het zo dat er efficiënter gewerkt kan worden, doordat er niet meer een vast bedrag per cliënt wordt afgegeven, en er minder zwart – wit gedacht wordt. Persoonlijk denk ik dat het goed is dat deze manier van financiering er is. Wel vind ik dat het bespreekbaar moet zijn, dat dit niet werkt bij iedere doelgroep en elk niveau.
--	---

	Mijns inziens zou het discutabel moeten zijn om tijdens het keukentafel gesprek te bespreken of iemand in aanmerking komt voor deze financiering, of een andere vorm welke heel cliënt gericht is. Hierdoor zal de cliënt sneller (bij bepaalde doelgroepen) het gevoel krijgen dat er maatwerk geleverd wordt. Financiering per lumpsum heeft grote nadelen. De belangrijkste zijn dat transparantie minder relevant wordt, dat het minder controleerbaar is of de juiste zorg wordt geleverd en dat het perverse prikkels genereert. De recente geschiedenis in de zorg in Noord-Nederland heeft aangetoond dat het netto effect van lumpsum financiering is dat grote zorgbedrijven zich commercieel gaan gedragen, dat er slechts een zeer beperkt aantal grote partijen worden gecontracteerd, dat werkverdeling en zorgtoedeling niet transparant en juridisch op de grens gebeurt, dat hun onderaannemers te maken krijgen met wurgcontracten en – het allerbelangrijkste – dat de cliënten de dupe worden van dit alles, doordat zij niet meer de <i>juiste</i> zorg ontvangen. Voor de gemeente als financier zijn de gevolgen ook negatief, zeker ook financieel, want al snel zullen zorgvragers klagen dat men niet voldoende en niet de juiste zorg ontvangt en daarna zal de zorgvraag substantieel toenemen, doordat problematiek groter en complexer wordt door het niet leveren van de juiste zorg. Reeds na een half jaar blijkt dan dat hierdoor ook de kosten voor de gemeente toenemen. Als met lumpsum een subsidie-overeenkomst bedoeld wordt op basis van een totaalbedrag op jaarbasis, waarbij Ambiq verantwoordelijk is voor de zorg aan een vooraf gedefinieerde doelgroep, dan heeft dit niet onze voorkeur. Ambiq loopt daarin niet-aanvaardbare risico's. Als de stapelwerking blijft, staan we er positief tegenover. De financiering moet niet op afrekenbasis gegeven worden bijv. 80/20 regeling (doelen moeten goed haalbaar zijn, in overleg met de toegang/front office) openstellen van contractering/evt. tussentijdse toetredingsmogelijkheden zijn belangrijk, voor keuzevrijheid inwoner. Lumpsum-financiering gerelateerd aan onze organisatie en activiteiten kan ik mij (nog) niet veel bij voorstellen. De trajecten zijn te divers en sprake van veel maatwerk. Wij denken dat dit niet wenselijk is omdat de zorgvraag tussentijds kan veranderen en daarmee ook de financiering. Dit zorgt voor vele administratieve handelingen achteraf. Indien de lumpsum financiering achteraf uitbetaald zal worden dan zullen vele zorgorganisaties hier last van hebben omdat ze het financieel niet kunnen 'vooruit schieten' (is een grootschalige voorfinanciering). Per cliënt ben ik hierin niet afwijzend tegenover (ben wel afwijzend voor een lumpsum per gebied). Het is van belang dat er dan duidelijk is waar de verschillende partijen recht op hebben qua geld (vooraf – bijvoorbeeld in Ommen Hardenberg zijn er discussies ontstaan bij de zorgorganisaties onderling) en het moet een x percentage
--	--

	gereserveerd worden voor de extra administratieve kosten. Het is aan te raden dat de zorgorganisaties niet meer hoeven te controleren of de desbetreffende onderaannemer/ hoofdaannemer voldoet aan de kwaliteitseisen die de gemeente stelt (dus gemeente heeft controlerende rol) Juridisch gezien zijn er wel beperkingen: Per cliënt. De beperkingen daartoe liggen in de AMVB reële prijs en de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van oktober 2018, waarin dit rechtscollege heeft beslist dat een cliënt ook recht heeft om te weten op hoeveel uren hulpverlening hij recht heeft. Deze uitspraak lijkt te botsen met de budgetfinanciering. Immers daarbij past niet dat in de beschikking aangegeven wordt op hoeveel uur een burger recht heeft. Per gebied. Belangrijk is dat de gemeente de rechten van de onderaannemer ten opzichte van de hoofdaannemer goed borgt. Bijvoorbeeld, maar niet alleen, de overschrijding van het percentage van het budget waarbinnen geen extra vergoeding wordt gegeven. De neiging kan ontstaan door de zaken die binnen het percentage vallen door te zetten naar de onderaannemer die een afnameverplichting heeft. Het is van belang dat er dan duidelijk is waar de verschillende partijen recht op hebben qua geld (vooraf – bijvoorbeeld in Ommen Hardenberg zijn er discussies ontstaan bij de zorgorganisaties onderling) en er moet een percentage gereserveerd worden voor de extra administratieve kosten. Deze verschillen van 7 tot 15%. Dit kan betekenen dat de onderaannemer een prijs krijgt die niet meer voldoet aan de AMVB reële prijs. Door de aanbesteding weg te zetten bij een gering aantal hoofdaannemers raakt de gemeente de verantwoordelijkheid en het zicht kwijt op de reële prijs die de gemeente moet bieden. Dit is niet alleen voor belang voor de financiële positie van de onderaannemers, maar ook voor de gevraagde kwaliteit van de zorgverlening aan de burger. Het is aan te raden dat de zorgorganisaties niet meer hoeven te controleren of de desbetreffende onderaannemer/ hoofdaannemer voldoet aan de kwaliteitseisen die de gemeente stelt (dus gemeente heeft controlerende rol). dit doet geen recht aan de individualiteit van de deelnemer en zijn hulpvraag. Als kleine zorgaanbieder proberen wij ons voor te stellen wat dit zou betekenen. Echter lijkt deze financieringsmethode vooral goed te zijn voor grote organisaties. Een verandering in de problematiek bij een client, waardoor er meer zorg nodig is, is voor ons een veel meer voelbaar in budget veranderingen. Hier kunnen wij nu goed op in spelen door te kijken naar de verschillende hulpvragen en hiermee te kijken naar indicaties en de producten die daar aan gekoppeld zijn. Het gaat voor ons dan om maatwerk. Een verandering hier lijkt voor ons nadelig te zijn en mogelijk ten koste te gaan van de hulpverlening aan de client. De Nieuwe Zorg Thuis staat niet afwijzend tegenover lumpsum-financiering maar behoudt liever de resultaat financiering die nu geldt. Dit past ons inziens meer bij het maatwerk indiceren zoals het nu gaat binnen NMD. Zo werken we in Overijssel. De klus moet dan voor een bepaald bedrag worden geklaard, wat echter heel
--	--

	geregeld leidt tot óf het aanvragen van een te grote bouwsteen of tot uitbreiding van een bouwsteen, dan wel het aanvragen van een nieuwe. Enorm veel administratieve en overleglast voor alle partijen. Voorkeur voor het maandelijks declareren van de gemaakte uren. Het houdt je als behandelaar/instelling ook scherp. Daarnaast krijgt de gemeente zo beter zicht waar efficiënt de doelen worden bereikt. Ja. Lumpsum financiering is een vorm die passend is. Deze vorm van financiering kan toegepast worden indien gestuurd wordt op te behalen zorgdoelen. De te behalen zorgdoelen en de termijn waarop worden in overleg met zorgverlener bepaald. De termijn beperkt zich tot de maximale duur van 1 jaar. De hoogte van de financiering is afhankelijk van het interventie niveau. Als hiermee een totale financiering voor een specifieke doelgroep voor een heel jaar is, dan staan wij hier negatief tegenover. Niet alleen voor onze organisatie, maar in het algemeen. Wij vinden dat ouders vrij moeten kunnen kiezen en een brede keuze moeten hebben. Ons beeld bij lumpsum-financiering is dat het geld dat naar een paar (waarschijnlijk grote) zorgaanbieders gaat en dat ouders daardoor niet (meer) terecht kunnen bij kleine zorgaanbieders, die mogelijk specifiekere, specialistischer en daardoor efficiëntere zorg kunnen bieden Hier staan we positief tegenover. Er zijn verschillende vormen, zoals een lumpsum per aanbieder. Zoals: Organisatie begeleidt x aantal cliënten per maand tegen x bedrag per maand. Met een variatie van 10% plus of minder cliënten. Buiten bandbreedte een verrekening per cliënt buiten bandbreedte. Andere optie is populatiebekostiging voor een gebied/regio. Deze laatste heeft onze voorkeur omdat onze ervaring is dat hiermee echte innovatie op gang komt en echt out-of-the-box wordt gedacht. Transformatie dient namelijk plaats te vinden in de leefomgeving van de cliënt. Wat is er nodig: - gemeente bepaalt DAT er ondersteuning nodig is en welke RESULTATEN er behaald dienen te worden. Organisatie bepaalt zelf WAT/WELKE en HOE. - goede berekening van de vergoeding Onze ervaring is dat deze wijze van financiering goed werkt bij ambulante ondersteuning en/of dagbesteding in de WMO. Onze voorkeur uit naar een populatiebekostiging. Tot op heden wordt een deel van de begeleiding via de zorgverzekeringswet gefinancierd. De komende tijd willen wij in overleg met verzekeraars en gemeenten gaan inzetten op meer onderscheid tussen behandeling en begeleiding. Op dit moment hebben wij nog onvoldoende beeld bij de data m.b.t. begeleiding. Als wij hier in de toekomst een goed beeld van hebben is lumpsum-financiering zeker een optie.
--	---

	Prima, mits er realistische aantallen binnen de lump sum financiering worden aangehouden en er rekening wordt gehouden met de verschillende doelgroepen hierin. Dit kan alleen onder duidelijke, heldere voorwaarden, goed afgebakend plan. Met regelmatische evaluaties. Met een duidelijke begin- en einddatum. Gevaar is dat er op lange termijn trajecten geld teveel of te weinig wordt uitgegeven. Wij zien niet hoe dit mogelijk is bij maatwerk trajecten. Het risico is dat partijen aanbesteden voor een “x” bedrag en dat dit in de praktijk ten koste gaat van de geboden zorg. Financiering per lumpsum heeft grote nadelen. De belangrijkste zijn dat transparantie minder relevant wordt, dat het minder controleerbaar is of de juiste zorg wordt geleverd en dat het perverse prikkels genereert. De recente geschiedenis in de zorg in Noord-Nederland heeft aangetoond dat het netto effect van lumpsum financiering is dat grote zorgbedrijven zich commercieel gaan gedragen, dat er slechts een zeer beperkt aantal grote partijen worden gecontracteerd, dat werkverdeling en zorgtoedeling niet transparant en juridisch op de grens gebeurt, dat hun onderaannemers te maken krijgen met wurgcontracten en zeer lage tarieven en – het allerbelangrijkste – dat de cliënten de dupe worden van dit alles, doordat zij niet meer de <i>juiste</i> zorg ontvangen. Maatwerk verdwijnt vrijwel volledig. Voor de gemeente als financier zijn de gevolgen ook negatief, zeker ook financieel, want al snel zullen zorgvragers klagen dat men niet voldoende en niet de juiste zorg ontvangt en daarna zal de zorgvraag substantieel toenemen, doordat problematiek groter en complexer wordt door het niet leveren van de juiste zorg. Reeds na een half jaar blijkt dan dat hierdoor ook de kosten voor de gemeente toenemen. Wij zijn niet voor de lumpsum-financiering. Er is geen overzicht waar het geld heen gaat en geen goede controle op. Qua kostenbeheersing helemaal goed met daarbij resultaat geformuleerd Als de motivatie voor Lumpsum budget niet kostenbeheersing en kostenbesparing op korte termijn is kan het Lumpsum budget innovatie bevorderen. Het geeft de aanbieder de ruimte om met de middelen die er zijn vrijer om te gaan. De voorwaarden zijn een reëel budget dat gebaseerd is op het aantal cliënten en de begeleidingsvragen. Voor specifieke trajecten zoals de samenwerking met onderwijs en meerdere jeugdigen (van 1 school) tegelijk, kan een lumpsum-financiering erg helpend zijn. Daarbij is een Lumpsumfinanciering gemakkelijk
--	---

	beheersbaar doordat de gemeente weet wat de kosten zijn en vereist het administratief minder handelingen. Lumpsum leent zich minder voor maatwerkproducten. Bij doelgroepen waar sprake is van LVB en/of (chronische) psychiatrische problematiek is een lumpsum-financiering voor ons als kleine(re) aanbieder lastig(er), omdat dit veelal langdurige trajecten zijn. Tevens zijn het vaak trajecten waarbij ook inzet van specialisten nodig zijn zonder dat er een ggz diagnose is. Onze voorkeur gaat uit naar P*Q of resultaatsfinanciering. Dit geeft ruimte om binnen de complexiteit en hectiek van de problemen te schakelen. Bijvoorbeeld de keuze van inzet van medewerkers met een bepaald opleidingsniveau en de keuze van expertise van de medewerkers, maakt verschil in de kostprijs. Een aangeboden tarief geeft ruimte om te komen tot een reële kostprijs. Een gecombineerd tarief tussen de verschillende resultaten is een nadeel voor een instelling die zich richt op een doelgroep die de hoogst specialistische vraag heeft. Door te combineren mis je de differentiatie van ernstig complexe zorg naar complexe zorg. Een combinatie maakt twee overbodig en om te voorkomen dat een doelgroep gediskwalificeerd wordt, is het van belang dat het gecombineerde tarief toereikend is voor de inzet van deze gespecialiseerde zorg. Wij zijn ervoor om de schotten tussen de domeinen zoveel mogelijk te verlagen. Arrangementen die domein overstijgend zijn, leveren ons inziens het meeste rendement op. Te denken valt aan arrangementen en samenwerkingen tussen werk, begeleiding en jeugd. Onze ervaringen met lumpsum financiering zijn slecht. Zowel in Emmen als Groningen leidt het tot een enorme verschraving van het aanbod en slechte posities voor de onderaannemers (als die er al zijn en voor de geboden tarieven willen werken). Lumpsum financiering is derhalve niet in het belang van de cliënt. Ook lijken grote bedragen bij de hoofdaannemer te blijven hangen als compensatie voor het risico, de verantwoording en de administratieve afhandeling. Het voordeel dat gemeenten denken te weten hoeveel geld aan de ondersteuning kwijt te zijn, lijkt snel te verdampen als de lumpsum niet groot genoeg blijkt te zijn en er op allerlei andere manieren extra financiering toegevoegd moet worden. Wij zijn een groot voorstander van lumpsum financiering. Belangrijk daarbij is dat het beschikbare lumpsum budget passend is voor de omvang van de taak die uitgevoerd moet worden. Om dat te kunnen bepalen is goed inzicht in de historische zorgconsumptie van binnen de scope vallende taken noodzakelijk. Op basis daarvan kun je een inschatting maken wat een realistisch lumpsum bedrag is. Daarnaast is het noodzakelijk om (proces) afspraken te maken over hoe je omgaat met onvoorziene omstandigheden die maken dat het lumpsum bedrag toch onvoldoende blijkt of als blijkt dat het lumpsum bedrag te ruim is. Aspecten die verder relevant zijn is: hoe om te gaan met loonontwikkeling (in verband met de AmvB zou ook bij lumpsum financiering elke CAO
--	---

	loonstijging moeten leiden tot een indexatie van dezelfde omvang) en hoe is de relatie tussen het lumpsum bedrag en de vanuit het rijk aan de gemeente beschikbaar gestelde middelen voor deze taken. Lumpsum-financiering past minder bij het type zorg dat wij leveren. Als landelijke aanbieder hebben wij hiermee in verschillende regio's ervaring. Hieruit blijkt dat de risico's groot zijn en daarmee een negatieve invloed heeft op kwalitatief, goede en verantwoorde zorg voor jongeren. Bij andere typen zorg kan deze financieringssytematiek effectief worden toegepast. We staan hier positief tegenover. We zouden dit kunnen afspreken op basis van de realisatie van de afgelopen jaren. De omvang per gemeente is hiervoor te klein. Op totaalniveau wellicht wel realiseerbaar. Voor bijvoorbeeld de samenwerking met onderwijs kan lumpsum financiering zeer helpend zijn om de samenwerking te laten slagen en vanuit de lumpsum financiering voor meerdere jeugdigen tegelijkertijd zorg te bieden. Hiervoor is een afgebakende groep, zoals alle jeugdigen van 1 school, zeer geschikt. Op basis van deze vraagstelling is dit moeilijk te beoordelen. Dit kan per cliënt (trajectfinanciering), regio of organisatie. We zouden graag met u in gesprek gaan over hoe u hier invulling zou willen geven. In eerste instantie achten we dit lastig door de relatieve grote groep aanbieders binnen NMD. - De eenvoud van financiering spreekt ons aan, echter zien wij dat het lijnrecht tegenover resultaatgericht werken staat. Wij zijn niet voor lumpsum-financiering. Er is te weinig overzicht en controle op. Deze financieringswijze heeft niet onze voorkeur. Onze voorkeur heeft resultaatfinanciering met arrangementen of trajectprijzen. Op voorhand zijn wij hier niet negatief over, wij achten het van belang dat er heldere kaders zijn geformuleerd over de werkwijze/verwachtingen en hoe verantwoording af te leggen over het te besteden bedrag. Het te behalen doel of doelen van de cliënt moet(en) centraal staan, de bekostiging is dan volgend. Daar staan wij positief tegen over. Speelruimte om een pilot te draaien van 3 jaar met een duidelijke onderzoeksvraag en dit in samenwerking met de ketenpartners. Lumpsum financiering is geen zaligmakend systeem. Het gaat erom wat er gebeurt als de max van het budgetplafond bereikt is. Ook de gemeenten die werken met Lumpsum hebben tekorten, echter worden deze
--	---

	anders verdisconteert er wordt namelijk veelal naar een budget toegerekend. Wat wel over het algemeen een beeld is bij lumpsum financiering is het ontstaan van wachtlijsten en vooral een budget ingerichte manier van werken. Aan de andere kant geeft het hebben van een maximumbudget wel gelijk duidelijkheid, zeker als dat voor een aantal jaar is. Maar dan gaan we weer werken met begroting, formatie etc. en dan is weer de vraag wat als het budget niet toereikend is. Gaan we wachtlijsten creëren, mensen geen zorg verlenen of accepteren dat een 6 ook een voldoende is en minder kwaliteit leveren. We kunnen ons voorstellen dat dit bij bepaalde producten voordelen voor de gemeente biedt omdat hiermee uitgaven vooraf duidelijk zijn. Het is vooral geschikt voor eenvormige producten waarbij voor groepen cliënten goed prijs en volumeafspraken te maken zijn. Het maakt maatwerk echter lastig. Ook zet dit misschien innovatie en groei- en ontwikkeling (zowel zorginhoudelijk als mbt bedrijfsomvang) op slot. Het huidige systeem van resultaatfinanciering (dus per cliënt) speelt wat ons betreft en met betrekking tot onze doelgroep beter in op het gewenste maatwerk. Het vraagt wel om goede voorbereiding, evaluatie en sturing van zowel gemeente als zorgaanbieder. Verbetervoorstellen hiertoe worden in dit document aangedragen. Het voordeel lijkt me dat het voor de gemeente meer beheersbaar is doordat duidelijk is wat de kosten zijn. Er zijn beperkte geldstromen en administratief zal het minder werk zijn. Ook voor aanbieders is het helder. Een vast product voor een bepaalde groep waarvoor duidelijk is wat er betaald wordt. Persoonlijk ben ik meer voor maatwerk en flexibiliteit. De reden dat ik voor mezelf ben begonnen, komt juist omdat ik maatwerk wil leveren, flexibel wil zijn, samen wil werken, zoeken naar mogelijkheden en goede resultaten wil behalen. De artikelen die ik gelezen heb over deze vorm van financiering, is door onderzoek gebleken dat lumpsumfinanciering zorgt voor minder beleidsvrijheid bij aanbieders en minder stimulans is om innovatief en efficiënt te werken. Maar ook hierbij heb ik te weinig ervaring om er inhoudelijk iets van te vinden. Wij staan positief tegenover lumpsum-financiering en zien dat als een uitdaging om te laten zien dat 'het ook anders kan'. Uit analyse van eerder toegepaste lumpsum-financiering in andere regio's en domeinen, zien we helaas dat lumpsum-financiering vaak gekoppeld wordt aan een (te) sterke bezuinigingsmaatregel waarbij er erg veel controle en toezicht wordt ingebouwd. Hierdoor verdwijnt de kracht die wij in deze financieringsvorm zien, namelijk om daadwerkelijk een transitie vorm te geven. Hiervoor is vertrouwen en enige zelfbeschikking nodig. Ook zien we dat de bepaling van het lumpsum bedrag vaak gebaseerd wordt op uit het verleden beschikbare data dat vaak al niet meer volledig actueel is. Hierdoor begin je al met een
--	--

	achterstand, het is niet meer dan logisch dat het lumpsum bedrag op juiste en actuele data gebaseerd wordt. Daarnaast alleen wanneer er wel een ruimte keuze aan (kleine) aanbieders blijft. Lumpsumfinanciering vraagt om strakke kaders en dit maakt maatwerk lastig, er is geen client gelijk. Zorgaanbieders zijn juist degene die de cliëntgroepen kennen. Het is logisch dat zij daar de nodige beleidsvrijheid krijgen en gestimuleerd worden innovatief en efficiënt te werken. De zorgaanbieder en de cliënt leggen in een gedegen ondersteuningsplan de afspraken vast om het resultaat te bereiken. Het is aan de gemeente om dit ondersteuningsplan en de naleving te monitoren. De nadruk dient te liggen op cliënttevredenheid en de kwaliteit van levering (het resultaat). Tevredenheid kan in hoge frequentie gemeten worden, kwaliteit dient op basis van vaste standaarden door professionals gecontroleerd te worden. Op deze manier blijft voor zorgaanbieders de ruimte bestaan om te ondernemen op basis van hun professionaliteit. Gemeente sturen continue op resultaat en kwaliteit. Veranderingen in beleid en aanbod kunnen hierbij altijd in overleg met de zorgaanbieders worden opgenomen in de beschreven resultaten. Lumpsum-financiering biedt met onze vorm van zorgverlening meer mogelijkheden. Doordat we niet alleen aandacht hebben voor de persoon maar ook voor diens context (wat vaak dezelfde context is waar ook anderen aan deelnemen) is het moeilijk om deze aandacht onder te brengen in de huidige systematiek. Lumpsum-financiering, gekoppeld aan onze te ontwikkelen effectiviteitsratio zou dat kunnen oplossen. Het te behalen doel of doelen van de cliënt moet(en) centraal staan, de bekostiging is dan volgend. Lumpsum financiering is geen zaligmakend systeem. Het gaat erom wat er gebeurt als de max van het budgetplafond bereikt is. Ook de gemeenten die werken met Lumpsum hebben tekorten, echter worden deze anders verdisconteert er wordt namelijk veelal naar een budget toegerekend. Wat wel over het algemeen een beeld is bij lumpsum financiering is het ontstaan van wachtlijsten en vooral een budget ingerichte manier van werken. Aan de andere kant geeft het hebben van een maximumbudget wel gelijk duidelijkheid, zeker als dat voor een aantal jaar is. Maar dan gaan we weer werken met begroting, formatie etc. en dan is weer de vraag wat als het budget niet toereikend is. Gaan we wachtlijsten creëren, mensen geen zorg verlenen of accepteren dat een 6 ook een voldoende is en minder kwaliteit leveren.
--	---

8. Hoe kan de effectiviteit van begeleiding worden verbeterd?	Soms duurt een aanvraag voor zorg te lang, waardoor klachten alleen maar verergeren. Regelmatig kom ik een kruisbestuiving tegen tussen onderwijs en zorg, bij bijvoorbeeld thuiszitters. Voordat we overeengekomen zijn over de financiën zijn we soms twee maanden verder, waardoor de jongere nog twee maanden langer thuis moet zitten.). Een indicatie afgeven die vanaf de start van een traject passend is voor de client. De juiste trajectondersteuner op de casus zetten. Door meer tijd te kunnen reserveren voor scholing, training, werkbegeleiding en supervisie. Ervoor zorgen dat de beschikking (301-bericht) sneller bij de aanbieder komt, zodat de aanbieder sneller kan starten. Dit is namelijk het eerste moment dat de aanbieder zekerheid heeft rondom de indicatie (wat wordt afgegeven, wanneer is start zorg en eventueel einddatum zorg). Daarnaast zou het voor de effectiviteit van de begeleiding wenselijk zijn inzicht te hebben in het resultatenplan/ondersteuningsplan van de gemeente, waarin in ieder geval vermeld wordt: de ondersteuningsbehoefte van de cliënt, de te behalen resultaten, bijdrage aan het te behalen resultaat vanuit eigen netwerk van de cliënt, bijdrage aan het te behalen resultaat vanuit het gebiedsteam, benodigde bijdrage aan het behalen resultaat door een aanbieder, wijze waarop aanbieder, gebiedsteam en cliënt contact met elkaar onderhouden over de te behalen resultaten, wijze waarop er geëvalueerd wordt. Als we eerder kunnen starten wordt de effectiviteit verhoogd. Effectiviteit is afhankelijk van diverse zaken. Deskundigheid, relatie, omstandigheden waarin de client zich bevindt, vermogen van de client om te veranderen en te groeien. Die deskundigheid van de begeleider is een combinatie van opleiding en ervaring en visie op de hulpverlening. Wat voor de ene client werkt, werkt voor de andere client niet. Hoeveel mensen krijgen binnen het reguliere behandelcircuit CGT en hebben er veel aan terwijl de andere helft er niets aan heeft gehad. Werken met mensen in hun specifieke context is en blijft maatwerk en daarom vind ik het belangrijk dat de begeleider goed opgeleid is en in staat is om een juiste analyse te maken van wat de client nodig heeft en daar waar nodig ook overdraagt of een andere professional inschakelt met de juiste benadering en competenties. Doel is om de client zo zelfredzaam en zelfstandig mogelijk in diens eigen leven te zetten en te houden. Plus: een groot verschil tussen begeleiden en behandeling vind ik het ‘hand on principe’. Veel van mijn cliënten zijn juist blij dat ik samen met hen een gesprek voorbereid en als een vlieg op de wand meega en daarna samen kunnen evalueren. De plussen eruit halen. Dat is een vorm van bemoedigen die veel mensen – vaak na jarenlange behandeling- waarderen en zeggen de helpende hand (even) nodig te hebben. Het gevoel dat ze niet alleen maar met een oefening of huiswerkopdracht weggestuurd worden maar juist dat je ze bij de hand neemt. Ik weet dat klinkt betuttelend en dat is het ook maar dat blijkt tijdelijk nodig. Iemand die het ‘samen’ invulling
--	--

	geeft en dan, wanneer er gecoacht en begeleid wordt op de kracht van de client, groeit iemand in zijn zelfstandigheid en heeft ie na verloop van tijd die ondersteuning op die taak niet meer nodig (uitzonderingen daargelaten). door samenwerking. . Gericht scholingsaanbod. Signalerende functie. Bij intake beter nagaan wat er al bekend is. Alleen informatie opvragen waar nodig. Gezamenlijk zorgplan opstellen wanneer meerdere zorgaanbieders betrokken zijn en hier gezamenlijk achterstaan. Investeren in beroepskwaliteit, bewuste bekwaamheid van de mensen. Daar hoort ook bij een betere begrenzing van te idealistische, overgemotiveerde hulpverleners die hun beperkingen onvoldoende kennen. Ook hier: heldere beroepsregistraties en verplichte intervisie in de beroepsgroepen doen veel goed. Ook helpt – zoals in Groningen gedaan – verplichte supervisie van een gedragswetenschapper. duidelijke doelen/behandelplan Zie 4,5 (SMART) en 7. Voorafgaand na goed naar de noden van de client te hebben geluisterd samen met de voornaamste ketenpartners (gemeente, wij-team, ggz etc) SMART doelen vaststellen. Dit kan overigens alleen als je er met een beperkt aantal partijen in 'investeert': er moet ook voldoende volume zijn zodat deze (extra) inspanning ook economisch lonend is voor de zorgpartners. Door werkwijzen te hanteren en te stimuleren waarbij er een combinatie is van competenties van de begeleiders naast de diploma's. Het efficiënter gebruik maken van MBO, HBO en WO geschoolde begeleiders is efficiënt. Zie de antwoorden bij vraag 6 Door meer doelgericht, maar ook beloningsgericht te werken. Door het behalen van lange termijn doelen, staat hier een beloning tegenover voor de aanbieder. De begeleiding is reeds behoorlijk effectief. Het klopt dat er veel problemen zijn en dat de zorgvraag lijkt toe te nemen. Beide worden echter veroorzaakt door het niet leveren van de juiste zorg – zie ook de antwoorden hierboven. Beide worden niet veroorzaakt doordat begeleiding inefficiënt of ineffectief is.
--	---

	Er is wel vaak sprake van onrealistische verwachtingen en onredelijke eisen, veelal vanuit de gemeente. Men rekent er bijvoorbeeld bij begeleiding op, dat ASS eindig is of kan worden genezen, of dat bij complexe situaties snel kan worden afgebouwd als dure hulp wordt ingezet. Het is belangrijk om te vertrouwen op de indicatiesteller, de zorgdienstverlener en de zorgleveringcontroleur (die eerder in (4) zijn gedefinieerd). Zij dienen er voor te zorgen dat de juiste zorg wordt geleverd en dat dit door regelmatig overleg met alle stakeholders (inclusief cliënt) wordt geverifieerd, geëvalueerd en waar nodig aangepast. Parallel dient de gemeente te zorgen dat de administratieve regeldruk en de bureaucratie in het algemeen substantieel afneemt, zoals genoemd in (3), en dient de gemeente te zorgen dat alle activiteiten volledig transparant zijn en blijven, van alle 4 partijen genoemd in (4). Als aan al die voorwaarden wordt voldaan, dan kan de juiste zorg worden geleverd. Een belangrijke opmerking hierbij is dat de gemeente hierbij op een eenvoudige wijze kan controleren of voldoende zorg is geleverd en de juiste zorg is geleverd. De cliënt kan immers duidelijk aangeven hoeveel tijd zorg daadwerkelijk is geleverd en kan ook aangeven of de juiste zorg is geleverd. Dat laatste is natuurlijk subjectief, maar een meerderheid van de cliënten is goed in staat om te merken, of de zorgdienstverlener goed toegerust is of dat er bijvoorbeeld sprake is van een stagiair. Dergelijke controles dienen steekproefsgewijs te worden uitgevoerd bij alle cliënten (en dus ook bij alle zorgdienstverleners). De achterliggende reden is dat het in de praktijk vaak gebeurt dat vanwege perverse prikkels en om commerciële redenen er te weinig cliënt-contacturen worden geleverd en ook vaak om diezelfde redenen te laag geschoold personeel (zoals stagiairs) wordt ingezet. Met name bij lumpsum financiering en bij grote zorgleveranciers is transparantie substantieel verkleind en zijn commerciële doelstellingen leidend, waardoor het risico op het bovenstaande toeneemt. Een client kan goed aangeven hoeveel uren hulp is geboden en of de zorgdienstverlener de juiste hulp levert. Beide zaken kunnen dus goed steekproefsgewijs worden gecontroleerd. Aangezien het om gemeenschapsgeld gaat, is de gemeente als financier verplicht om dergelijke steekproeven regelmatig uit te voeren, te acteren op de resultaten hiervan en dit alles transparant te doen. Ambiq kan deze vraag pas beantwoorden als duidelijk is waar de begeleiding momenteel als niet-effectief wordt ervaren. vraagstelling is niet helder, van wie verwacht u meer effectiviteit? Onze begeleiding is al effectief. Belangrijk aandachtspunt is om contextueel te werken. Maatwerk kunnen leveren. Vraaggericht werken. Flexibel kunnen handelen (bijv. ook buiten kantooruren kunnen werken). Naast verbale ook non-verbale methodieken kunnen aanbieden (ervaringsgericht, lichaamsgericht). Soms is praten tussen vier muren niet voldoende en effectief genoeg om cliënten optimaal te kunnen ondersteunen.
--	---

	Goede samenwerking met ketenpartners. Indien je conform HKZ kwaliteitssysteem werkt zou begeleiding effectief moeten zijn. Hierin zijn vele handvaten opgenomen om de begeleiding op te leiden, te coachen en te ondersteunen om de effectiviteit non-stop te kunnen verbeteren. Door met zowel gemeente als cliënt kritisch te kijken naar wat nodig is. Op tijd bij gemeente aangeven als indicatie omlaag kan. Een beter onderzoek in het kader van de beschikking en het niet schromen om deskundigheid van buitenaf in te huren. Dit kost geld, maar vertaald zich in een effectieve hulpverlening en daarmee waarschijnlijk een kortere duur van de hulpverlening. Het toesturen van de beschikking en de onderliggende stukken aan het zorgbedrijf. Gezien de opmerking van de minister is dit geoorloofd. Tijdens de lopende hulpverlening met zowel gemeente als cliënt kritisch te kijken naar wat nodig is. Op tijd bij gemeente aangeven als indicatie omlaag kan. Goede afstemming het komt nog te vaak voor dat consultants en begeleiders niet voldoende communiceren of soms zelfs tegenstrijdige doelen nastreven. Dit gebeurt vaak in zake meldcode. Communicatie en vertrouwen is hierin essentieel Voor die deelnemers die bij ons begeleiding ontvangen is het effect goed. We zien een duidelijke vooruitgang in omgaan met de beperking. Betrokkenheid van de WMO. Meer met helicopterview kijken naar de zorg en de zorgkaart. Tijdens WMO gesprekken goed de voortgang bespreken. Kijken naar het begeleidingsplan en aanpassen waar nodig is. Deskundigheid en prioritering draagt bij aan het sneller behalen van de doelen/resultaten. Aansluiting bij de leefwereld van de cliënt bepaalt de haalbaarheid van de doelen/resultaten. Om de vaart m.b.t. haalbare doelen erin te houden worden medewerkers getraind en gecoached. Door iedere sessie te meten hoe een cliënt of cliëntsysteem zich ontwikkelt (Scott Miller), ook tussentijds te meten met een benchmark instrument (SPy of Kidscreen) en de CQi in te laten vullen door jeugd > 13 jaar en ouders. Geef de instellingen de ruimte om met onderaannemers te werken die, onder hoofdbehandelaarschap, uitvoerende begeleidingstaken vanuit het gezinsplan/behandelplan kunnen uitvoeren. Hier kan voor minder geld méér gebeuren. Laat het aan de professionaliteit van de aanbieders over wie zij wanneer inhuren, zolang deze onderaannemers maar aan dezelfde kwaliteitseisen als de hoofdbehandelaar voldoen.
--	---

	• Aanscherpen van onderliggende analyses en hypothesen die als vertrekpunt dienen van ieder begeleidingstraject. Met behulp van monitoring van voortgang op de doelen en het tijdig bijstellen van analyses, hypothesen en plannen indien er onvoldoende (onderbouwde) vooruitgang is op de gestelde doelen. Verbeteren van afstemming tussen de cliënt en betrokken partijen (inclusief de formele regievoerder over de casus) aangaande 'het probleem', de analyse met alle daaraan gerelateerde factoren en de complexiteit daarvan, het plan en de verwachtingen van eenieder. Een belangrijk aspect van deze afstemming is overeenstemming over wat eenieders rol is in het traject, inclusief de casusregie. In het kader van de inhoudelijke kwaliteitsverbetering hebben wij een nauwe, reeds ontwikkelende samenwerking met Molendrift. • Halfjaarlijks evalueren op gestelde doelen en behaalde resultaten. Dan bijsturen. (opschalen, afschalen, overdragen naar een passender organisatie, resultaten bijstellen etc.) • Specialisten op deelgebieden vroegtijdig betrekken (en structureel laten deelnemen) in het voorliggend veld, zodat er preventief zorg ingezet wordt als dat nodig is. Vertrouwen op de expertise van de zorgaanbieder. Zeker kleine zorgaanbieders kiezen voor het belang van de cliënt, maar zullen ook hun tijd willen verdelen over zoveel mogelijk cliënten (omdat ze zoveel mogelijk cliënten willen kunnen helpen). Zij zullen daardoor automatisch hun best doen om zo effectief mogelijk te werken. Aparte regels en hogere tarieven voor kleine zorgaanbieders zullen hieraan bijdragen. - Nog concretere resultaten benoemd door de toegang/gemeente - Door ons als zorgorganisatie nog resultaatgerichter te werken. - Zoals eerder genoemd: het direct ter beschikking stellen van het resultatenplan uit het keukentafelgesprek aan de organisatie. Nu is dit nog afhankelijk van de medewerking van de inwoner - Ambulant begeleiders en Toegang meer als 1 team benaderen; gedeelde belang verhelderen. - Voor kinderen, jongeren en gezinnen een goede regiefunctie functie vanuit de gemeente beleggen. - Voor kinderen, jongeren en gezinnen met een beperking geldt vaak dat er een intensieve ondersteuning bij aanvang, leidt tot effectiviteit en afschaling. Door meer methodisch/planmatig bezig te zijn met begeleiding. Wisselwerking tussen het toepassen van de verschillende financiële stromen (ontschotten) en de kaders van de WMO. Duidelijke doelen, heldere communicatie en een tijds kader. Regelmatig evalueren met betrokken gezin/kind en evt de plannen bijstellen. Zie Deming Circle. Dit heeft te maken met
--	---

	professionalisering. Wij bieden maatwerk, we sluiten aan bij de cliënten. Dit houdt in dat dit een continu proces is, wat van ons als professional vraagt om mee te bewegen en af te stemmen en aan te passen aan de hulpvraag van de betreffende cliënt. De specifieke invulling zal voor ieder traject anders zijn omdat we aansluiten bij de cliënt. Wij reflecteren wekelijks met onze cliënten over de trajecten, evalueren regelmatig met cliënt en systeem, en houden intervisie om kritisch naar ons eigen handelen te kijken. Daarnaast is het heel belangrijk dat je als organisatie “durft” te zeggen dat een traject is afgerond of dat je niet voldoende kunt aansluiten waardoor de effectiviteit niet geboden kan worden. In dit geval kan je doorverwijzen naar een andere partij. Om dit voor te zijn plannen wij altijd een vrijblijvende intake waarbij het belangrijkste doel is om te kijken of er een “klik” is tussen de begeleider en de cliënt en of we kunnen aansluiten bij de hulpvraag. Deze voorselectie maakt dat wij zeer effectief kunnen zijn in ons werk omdat wij ons kunnen toeleggen op ons specialisme. De begeleiding is reeds behoorlijk effectief. Het klopt dat er veel problemen zijn en dat de zorgvraag lijkt toe te nemen. Beide worden echter veroorzaakt door het niet leveren van de <i>juiste</i> zorg en niet doordat begeleiding inefficiënt of ineffectief is; zie ook de antwoorden hierboven. Er is wel vaak sprake van onrealistische verwachtingen en onredelijke eisen, veelal vanuit de gemeente. Men rekent er bijvoorbeeld bij begeleiding op, dat ASS eindig is of kan worden genezen, of dat bij complexe situaties snel kan worden afgebouwd als dure hulp wordt ingezet. Het is belangrijk om te vertrouwen op de indicatiesteller, de zorgdienstverlener en de zorgleveringcontroleur (die eerder in (4) zijn gedefinieerd). Zij dienen er voor te zorgen dat de <i>juiste</i> zorg wordt geleverd en dat dit door regelmatig <i>overleg</i> met alle stakeholders (inclusief cliënt) wordt geverifieerd, geëvalueerd en waar nodig aangepast. Parallel dient de gemeente te zorgen dat de administratieve regeldruk en de bureaucratie in het algemeen substantieel afneemt, zoals genoemd in (3), en dient de gemeente te zorgen dat alle activiteiten volledig transparant zijn en blijven, van alle 4 partijen genoemd in (4). Als aan al die voorwaarden wordt voldaan, dan kan de <i>juiste</i> zorg worden geleverd. Een belangrijke opmerking hierbij is dat de gemeente hierbij op een eenvoudige wijze kan controleren of voldoende zorg is geleverd en de juiste zorg is geleverd. De cliënt kan immers duidelijk aangeven hoeveel tijd zorg daadwerkelijk is geleverd en kan ook aangeven of de juiste zorg is geleverd. Dat laatste is natuurlijk subjectief, maar een meerderheid van de cliënten is goed in staat om te merken, of de zorgdienstverlener goed toegerust is of dat er bijvoorbeeld
--	---

	sprake is van een stagiair. Dergelijke controles dienen steekproefsgewijs te worden uitgevoerd bij <i>alle</i> cliënten (en dus ook bij alle zorgdienstverleners). De achterliggende reden is dat het in de praktijk vaak gebeurt dat vanwege perverse prikkels en om commerciële redenen er te weinig cliënt-contacturen worden geleverd en ook vaak om diezelfde redenen te laag geschoold personeel (zoals stagiairs) wordt ingezet. Met name bij lumpsum financiering en bij grote zorgleveranciers is transparantie substantieel verkleind en zijn commerciële doelstellingen leidend, waardoor het risico op het bovenstaande toeneemt. Een client kan goed aangeven hoeveel uren hulp is geboden en of de zorgdienstverlener de juiste hulp levert. Beide zaken kunnen dus goed steekproefsgewijs worden gecontroleerd. Aangezien het om gemeenschapsgeld gaat, is de gemeente als financier verplicht om dergelijke steekproeven regelmatig uit te voeren, te acteren op de resultaten hiervan en dit alles transparant te doen. Persoonlijke betrokkenheid door klein team, vaste kern begeleiders zodat er veiligheid is voor client. Persoonlijke betrokkenheid. - Resultaten/doelen focus - 1 aanbieder Belangrijk is dat er goede samenwerking is met andere partijen. Ook van belang is, dat er geschoold personeel is en methodisch gewerkt wordt. Wij denken dat het van belang is om te erkennen, dat de aanbieder de expertise heeft om te bekijken hoe de zorg vorm gegeven dient te worden. Uiteraard in samenspraak met de cliënt en diens netwerk. Daarmee is vertrouwen nodig van de gemeente. Hiervoor is een goede afstemming nodig met de consultants van de gemeente. • Inzetten van kleine zorgaanbieders met specifieke expertise • Maatwerk voor de cliënt, kunnen op en afschalen wanneer de cliënt dat nodig heeft. Flexibel kunnen zijn. • De doelen, verwachtingen en verantwoordelijkheden moeten tijdens een intakegesprek duidelijk(er) gecommuniceerd en vastgelegd worden. Evaluatiemomenten vastleggen waarin de doelen en verwachtingen goed aan bod komen. • Zorg voor een goede aansluiting naar de WLZ Binnen Leger des Heils W&G Noord hebben we trajectmanagers aangesteld die de trajecten van onze deelnemers monitoren. Zij zijn verantwoordelijk voor de in-, door- en uitstroom van onze deelnemers. Bij de instroom bespreken ze met de consultant van de gemeenten aan welke
--	---

	doelen wordt gewerkt. Tijdens het traject houden ze contact met het uitvoerende team en sturen waar nodig bij in afstemming met de consultants over op- en afschaling gericht op de doelrealisatie. We zijn er van overtuigd dat deze manier van werken de effectiviteit van de doelrealisatie binnen de begeleiding wordt verbeterd. Dit is een bijzonder algemene vraag. De effectiviteit van de begeleiding aan per individuele cliënt, per aanbieder of in de gehele keten. Wij bespeuren in elk geval een gebrek aan regie bij de gemeenten. De bal ligt op dit moment nog teveel op de helft van de aanbieders. Hierdoor krijgen gemeenten te weinig grip op het domein en bepaalt het aanbod de 'markt'. Wij vinden dat de burger en de gemeenten zouden moeten definiëren aan welke ondersteuning behoefte is en dat de gemeente deze ondersteuning zou moeten contracteren. Een aanbod gebaseerd op de voorkeuren van de aanbieders is wat ons betreft niet wenselijk. Hierbij refereren we aan het onderzoek door KansPlus/Sien en Zorgbelang Drenthe van afgelopen jaar, gepresenteerd in Assen. In dit geval over dagbesteding. Door niet in te kopen en te sturen op basis van p*q en zo de prikkel om uren te leveren en volume te vergroten weg te nemen. Verder kan de inzet van ondersteuning op afstand via slimme apps en bijvoorbeeld beeldcommunicatie de effectiviteit enorm vergroten. Tot slot is een goede samenhang tussen voorzieningen in wijken en kernen, welzijnswerk en de inzet van vrijwilligers met individuele begeleiding een hele goede manier om de effectiviteit enorm te verbeteren. Een andere manier om de effectiviteit enorm te verbeteren is door een koppeling te maken met participatie, door te werken aan perspectief op echt werk en door schuldhulpverlening te koppelen aan de individuele begeleiding. Zorg voor een sociaal raadslid die lokaal bij het wijkteam zit, die zorgt voor een grote groep vrijwilligers en stagiaires die helpen bij enkelvoudige vragen en die sorteergroepen etc. opzet. Koppel begeleiding aan doelen, laat het aanvullend zijn op behandeling, werk multidisciplinair en in groepsverband. Door de discussie over beschikking en zwaarte van de begeleiding over te laten aan de professional die weet wanneer er moet worden op- en afgeschaald. Geen antwoord. Heldere doelen stellen en deze smart formuleren. Tevens beschrijven wat er gebeurt als de begeleiding zich terugtrekt Duidelijke hulpvraag/indicatie en daaraan gekoppeld ondersteuningsplan met daarin SMART doelen en
--	---

	bejegening. Meer samenwerking met wijkteams/sociale teams. Te weinig samen en te veel individueel. Continuïteit van de consulent (wij zien heel veel verloop hierin), goede informatie overdracht, Wanneer er minder wordt verwezen alleen naar de grote organisaties. Door kleinere bedrijven, persoonlijker aanpak voor cliënt. Doel bepaling. Per behandeling declareren, per maand. Behandeling stoppen indien het doel bereikt is. De effectiviteit van de begeleiding voor de cliënt wordt met name vergroot door samen met de cliënt overzichtelijke en korte termijn doelen te stellen en deze zeer regelmatig te evalueren. Hierdoor bouwt de cliënt aan geloof in eigen kracht en behoudt hij of zij de motivatie. Aandacht voor een nabije én professionele invulling van de relatie tussen hulpverlener en cliënt is van grote invloed op de succesvolle afronding van het begeleidingstraject. Zie het antwoord op vraag 5, wij denken dat dit echt bijdraagt aan effectiviteit en kostenbesparend is. Een snellere mogelijkheid tot op- en afschaling. Rapportage samen met cliënt. Cliënten hebben een inspanningsverplichting en dus verantwoording om de behandeling en of begeleiding te effectueren. • Samenwerking tussen partijen zonder terughoudendheid. • Methodiek voor overdracht tussen aanbieders vastleggen en invoeren. • Niet alleen domein overstijgend maar ook sector overstijgend werken. Meer samenwerking met bedrijven, scholen, overheid, defensie, ondernemers e.d. tweeledig: ○ In de samenwerking op overstijgend niveau ○ Randon concrete casuïstiek. • Zorgen dat de systeemwereld en de leefwereld een betere aansluiting vinden bij elkaar. • Meer werken vanuit vertrouwen dan vanuit een wij/zij cultuur tussen aanbieders en gemeenten. • Begeleiding en behandeling naast elkaar laten lopen. In eerste instantie door meer kwaliteitseisen te stellen aan de zorgaanbieders, onder meer door bij de aanbesteding te vragen naar een erkend kwaliteitssysteem. Verder : Wie ben je, wat is je kwaliteit, wat neem je mee? Voor wie voeg je waarde toe? Wat zijn je bouwstenen? Hoe ziet je systematiek van werken eruit? Weten wat je doet en waarom je het [zo] doet. Maar ook door processen te verbeteren in het werkveld rondom een client/systeem. Mijn ervaring is dat er weinig wordt samengewerkt tussen diverse overheidsdiensten en zorgaanbieders en er nog een grote eilandcultuur is. Hierdoor ontstaat een
--	--

	redeneren vanuit eigen kaders, protocollen, opdracht, regels etc. Dit leidt vaak tot stagnatie, geen gezamenlijke oplossing vinden, veel tijdsverlies, frustraties etc. Een gezamenlijk insteken rondom een cliënt en bereidheid over de eigen grenzen van de organisatie heen te stappen omwille van de doelstelling rondom de cliënt is zeer gewenst waardoor trajecten niet onnodig langer duren en dus meer kosten. Voor veel cliënten is de wereld om hen heen complex :een ondoordringbaar bolwerk. Je moet als gezonde burger als van goede huize komen om alle wegen te kennen en juist te bewandelen laat staan als je psychische problematiek en opgaven hebt. Daar is veel in te halen, zowel voor cliënten als op het gebied van kosteneffectiviteit. Daar waar veel hulpverleners over de vloer komen allemaal met eigen agenda, plan en doel, kan het aanstellen van een casemanager met verstand van zaken daarom nuttig zijn. Hij/zij gaat met de cliënt kijken wat en wie waarde toevoegt en waarom en met welk doel. Er komen soms ook te veel partijen over de vloer. Meer bemoeienis is beslist niet altijd beter. Het nodigt uit voor de client achterover te leunen en wordt niet meer aangesproken op eigen verantwoordelijkheid. Meer werken met cliëntgroepen. Veel cliënten hebben dezelfde thema's en kunnen geweldig van en met elkaar leren. Thema's rondom participatie, klachten en symptomen, het realiseren van sociale en maatschappelijke invulling, misschien wel zelfvoorzienendheid in dagbesteding, steun aan elkaar etc. Wel binnen het WMO bedrijf. Het samenwerken tussen cliënten met een flinke rugzak en kwetsbaarheid vraagt wel professionele begeleiding dwz onder leiding van professionals met ggZ ervaring. Cliënten geven terug dat in het voorliggend veld het vaak te bedreigend is, voelen zich niet bij horen, veel teleurstelling en afwijzing. Het anders zijn wat juist isolement benadrukt. Misschien is volledig integratie daarom misschien wel een illusie voor sommige cliënten maar moeten er plekken komen waar mensen mogen zijn, ook in hun anders zijn, maar niet in een " cliëntgebonden en gefinancierde omgeving." Respijtovereenkomst voor kortdurende crisisinterventie welke niet medicaliseert maar even ruimte geeft voor bezinning en planvorming. Het voordeel lijkt me dat het voor de gemeente meer beheersbaar is doordat duidelijk is wat de kosten zijn. Er zijn beperkte geldstromen en administratief zal het minder werk zijn. Ook voor aanbieders is het helder. Een vast product voor een bepaalde groep waarvoor duidelijk is wat er betaald wordt. Persoonlijk ben ik meer voor maatwerk en flexibiliteit. De reden dat ik voor
--	---

	mezelf ben begonnen, komt juist omdat ik maatwerk wil leveren, flexibel wil zijn, samen wil werken, zoeken naar mogelijkheden en goede resultaten wil behalen. De artikelen die ik gelezen heb over deze vorm van financiering, is door onderzoek gebleken dat lumpsumfinanciering zorgt voor minder beleidsvrijheid bij aanbieders en minder stimulans is om innovatief en efficiënt te werken. Maar ook hierbij heb ik te weinig ervaring om er inhoudelijk iets van te vinden. De effectiviteit van begeleiding kan volgens ons verbeterd worden door het inzetten van kleine zorgaanbieders, met hun specifieke expertise en flexibiliteit. Daarnaast is maatwerk van de begeleiding, dus snel kunnen inspringen op veranderde omstandigheden, kunnen op- en afschalen wanneer nodig. Daarnaast het inzetten op deskundigheid, goede scholingen en deskundigheidsbevordering bij en door aanbieder kan de effectiviteit verbeteren. Heldere zorgplannen. Misschien voor zorgaanbieders werken met een vaststaand format. Effectiviteit betekent voor ons dat het niet alleen gaat over effecten die aan de persoon te relateren zijn maar ook over wat er gebeurt in de lokale samenleving. Door daar aandacht voor te hebben zie je effecten verduurzamen en resultaten neerslaan op plekken waar dat niet direct wordt verwacht of waar geen aandacht aan wordt besteed. (daling van inzet politie, therapeutische inspanningen van behandelaars, schuldhulpverleners, etc) Om daar inzicht in te verkrijgen ontwikkelen we effectiviteitsratio. • Een snellere mogelijkheid tot op- en afschaling. Samenwerking tussen partijen zonder terughoudendheid. • Methodiek voor overdracht tussen aanbieders vastleggen en invoeren. • Niet alleen domein overstijgend maar ook sector overstijgend werken. Meer samenwerking met bedrijven, scholen, overheid, defensie, ondernemers e.d. tweeledig: • In de samenwerking op overstijgend niveau • Rondom concrete casuïstiek. • Zorgen dat de systeemwereld en de leefwereld een betere aansluiting vinden bij elkaar. • Meer werken vanuit vertrouwen dan vanuit een wij/zij cultuur tussen aanbieders en gemeenten. • Begeleiding en behandeling naast elkaar laten lopen.
9. Welke mogelijkheden zijn er voor verschuiving van	E-health, groepstherapieën. Echter niet alle cliënten kunnen goed met e-programma's werken. En als zorgaanbieder is het faciliteren van groepstherapieën een hoop werk.

individueel naar collectief? En wat is daarvoor nodig?	geen mogelijkheden. Niet van toepassing bij UnLimited. Trajectfinanciering heeft gevolgen voor het werk van de wijk en gebiedsmedewerkers. Zij zullen met de cliënt de gewenste resultaten zo moeten formuleren dat die ook te evalueren zijn. In deze opzet stelt het gebiedsteam op dezelfde wijze samen met de cliënt vast welke hulpvraag er is maar benoemt ook de te behalen resultaten en het profiel waaronder de cliënt valt. Het is vervolgens aan de aanbieder om de inhoudelijke zorg zodanig samen te stellen en te organiseren dat die resultaten worden gehaald (of door het zelf te organiseren, of door andere partijen/professionals/expertise erbij te betrekken). Voor het gebiedsteam is er daarna een rol om als procesregisseur naast de cliënt te staan en te bewaken of de cliënt de voor hem of haar belangrijke resultaten bereikt. Zo krijg je een verschuiving van individueel naar collectief (bijv. hoofdaannemer - onderaannemerschap). Collectief? Wat bedoelen jullie daarmee? Er zijn collectieven die een ZINcontract met gemeenten hebben en waar onderaannemers in actief zijn. Die blijken zo kostbaar. Bij sommige collectieven dragen de individuele leden ruim 20% of meer van hun omzet bij. Ik vraag me af wie daar rijk van wordt, en wie daar beter van wordt. Niet de client want die heeft een goede begeleider (aannemer) en niet de behandelaar/begeleider want die moet veel meer cliënten in de week gaan begeleiden. Draagt dat dan echt bij aan kwaliteit? Ik denk van niet. Collectief wat cliënten betreft: cliënten kun je niet collectivieren. Programma's wel. Je kunt bijvoorbeeld een cursus communiceren of omgaan met stress aanbieden. Cliënten blijven vrij of ze daar gebruik van willen maken. En ook hier geldt dat voor de ene client het wel effect heeft en misschien zelf blijvend en voor anderen niet. Persoonlijk zou ik het een goede aanvulling vinden om vanuit de Wmo ook trainingen en cursussen aan te mogen bieden op diverse leefgebieden. er zijn natuurlijk wel mogelijkheden om dit om te gooien maar zou graag de kaders zien. Het is een hele andere manier waar eerst een pilot aan vooraf moet gaan denk ik. . Draagvlak en betrokkenheid, luisteren naar genoemde voor en tegengeluiden, ruimte en geen druk. Goed plan. Mensen helpen elkaar. Ik zou zeggen: begin met vanuit de gemeente mensen met een zorgvraag niet meer te zien als hulpeloze 'patient', maar zet in op organisatieoverstijgende burger-/clientinitiatieven. Bijvoorbeeld in de vorm van een soort van cliëntenraad/ ouderraad/ de maatschappelijke zorg. Zet mensen van verschillende leeftijden en clientengroepen en burgergroepen bij elkaar. Iedereen zit ofwel in de zorg of heeft een vriend of familielid in de zorg en is dus optimaal betrokken. Dan krijg je vanzelf goede ideeën.. zoals nog relatief gezonde,
---	---

	maar eenzame mensen in bejaardenhuis die wel hun levenservaring willen delen en zorg willen bieden aan andere eenzame mensen/jongeren/kinderen/gezinnen. inventariseren waar de behoefte ligt. Centraal meldpunt... samenwerken met collega's. Aanbod in de omgeving kennen. Ik kan vaak geen groep vullen en geef dan een individueel traject. Wanneer er meer kinderen behoefte hebben aan KIES/Rots en Water en dat is ergens op een punt verzameld kan dit beter vorm gegeven worden. Geen! Kan bij dagbesteding zeer goed (wordt ook door WmZ toegepast) maar hier speelt privacy zowel formeel als materieel een te grote rol. In onze optiek is dat niet haalbaar. Voor het voorliggende veld, dus de algemene voorzieningen zijn die er wel. Voor maatwerk voorzieningen, zijn die er niet, omdat je er van uit moet gaan dat voor de cliënt de collectieve voorzieningen allemaal al zijn geprobeerd. Doelstellingen van onze maatwerktrajecten zijn om cliënten weer te laten participeren in de samenleving. Dus weer richting het collectieve waarbij de zingeving van de individu en het maatschappelijk belang gediend worden. Meer saamhorigheid in de wijkteams. Ieder aanbieder moet minimaal een aantal keer hebben deelgenomen aan het wijkteamoverleg. Een aanbieder moet een specifieke specialisatie in huis hebben en n.a.v. deze kennis deelnemen aan team overleg. soms is het mogelijk om een gezamenlijk doel te realiseren in een groep, maar niet per definitie. Trainingen op gezamenlijke ontwikkelingsdoelen. bij onze cliënten zien we hier weinig mogelijkheden. De doelen die gesteld worden geven weinig mogelijkheid tot oppakken collectief. Collectieve begeleiding/behandeling zou zeker effectief kunnen zijn, echter in eerste instantie wel naast een individuele benadering. Voor cliënten met soortgelijke 'ondersteuningsbehoeften' kunnen zelfhulpgroepen (te denken valt aan cliënten met angstklachten, eetstoornissen, verslaving e.d.) opgezet worden met aanwezigheid van professionals en ervaringsdeskundigen. Eventuele samenwerking kan gezocht worden met landelijke verenigingen op deze gebieden, waar al van deze vorm van collectiviteit gebruik wordt gemaakt. Er zijn geen verschuivingen mogelijk (in onze ogen) omdat de zorgvraag van de ambulante cliënten specifiek zijn en op maat zijn. Daarnaast zijn vele cliënten blij dat ze zelfstandig zijn en ook zelfstandig worden begeleidt, dit omdat ze niet goed functioneren in groepen en onder andere (vreemde) mensen. Vaak zien ze het als een terugval als ze in een groep moeten functioneren terwijl ze graag zelfstandig willen zijn.
--	--

	Dit zal afhangen van de hulpvraag. Deze is in de wet en de rechtspraak bepalend. Op grond van de wet en de rechtspraak zal de gemeente duidelijke stappen moeten nemen. Rechters zijn in uitspraken zeer duidelijk geweest. Daarin zijn de grenzen voor individueel-collectief aangegeven. Indien een maatwerkvoorziening nodig is dan zal deze verleend moeten worden. De sleutel ligt in het volgende. Basis om te beoordelen of een aangemelde hulpvraag in een collectieve voorziening kan worden afgedaan is dat deskundig de aanvraag beoordeeld wordt en zo voorkomen wordt dat er onnodig zaken als maatwerkvoorziening worden aangemerkt. Tijdens de maatwerkvoorziening in zicht houden of overgeschakeld kan worden naar een algemene voorziening. juist het individuele binnen de groep, maakt het effectief. Maar dat ligt waarschijnlijk aan het feit dat we slechts één van deze componenten aan bieden. Met de specifieke doelgroep waar wij werken is het noodzakelijk om een goede en veilige plek te bieden. Het individuele aspect maakt en geeft juist de meerwaarde van de begeleiding in de thuissituatie – de NAH doelgroep vraagt om specifieke individuele thuisbegeleiding. Clienten hebben een vertraagde verwerkingssnelheid en zijn snel overprikkeld, maar ook concentratie- en geheugenproblematiek. Wij willen de verschuiving van individueel naar collectief niet geheel wegschuiven, want zijn van mening dat dit mogelijk binnen een aantal andere doelgroepen wel mogelijkheden voor zijn. Te denken van aan jongeren met leermogelijkheden. De Nieuwe Zorg Thuis wil vanuit de Ambulant begeleiding de connectie maken met het voorliggend veld vanuit een vraaggerichte blik. We benaderen de cliënt individueel en zoeken gezamenlijk naar een (mogelijk) collectieve invulling van de zorgvraag. De vraag van de cliënt staat centraal in combinatie met de wens en het vermogen om deze vraag collectief te beantwoorden. De term collectief is in deze veel omvattend. Dit kan een hersteltraining zijn, een kookclub, een beweging richting scholing en (vrijwilligers)werk, maar ook een groep burgers die gezamenlijk, onder leiding van bijvoorbeeld de rekenmeesters, grip op hun financiën krijgt. We maken gebruik van dat wat er al is in uw regio en proberen deze informatie op een handzame, praktische manier te ontsluiten binnen bestaande informatiestructuren. Collectieve zorg en individuele zorg sluiten elkaar niet uit, maar versterken elkaar. Wij verzamelen tweemaal per jaar groepen kinderen of jeugdigen die in een groepstherapie begeleid worden (Rots en water, mindfulness for kids, angsttraining, depressietraining, gespecialiseerde SOVA voor kinderen en jeugdigen met een stoornis) Verschuiving is mogelijk daar waar op dezelfde vindplaats, zoals op een school, dezelfde problematiek bij meerdere personen wordt geconstateerd. De inwoners krijgen dan primair geen individuele zorgindicatie.
--	--

	Hiervoor kan mogelijk een basis groepsindicatie afgegeven kunnen worden, zonder woonplaats beginsel van de betrokkenen. De basis groepsindicatie beschrijft welke resultaten voor een bepaalde groep bereikt dient te worden. Afhankelijk van de complexiteit van de individuele problematiek kan zo nodig een aanvullende individuele separate zorgindicatie afgegeven worden. Denk aan bijvoorbeeld preventief insteken in bijvoorbeeld een school om langdurige zorg te voorkomen. In het voor liggend veld eerder specialistische begeleiding inzetten. Voor onze doelgroep ((vermoedelijk) hoogbegaafde jongeren) is collectief (bijv. groepsbegeleiding) soms erg effectief, maar altijd in combinatie met individueel. Een verschuiving is voor ons daarom niet wenselijk. <u>Antwoord:</u> - Laagdrempelige inlopen op meer plekken organiseren - Buurtcirkels - Herstelacademie Het liefst in co-creatie met gemeentelijke welzijnsorganisaties in combinatie met populatiebepoortiging. Voor de intensieve hoog specialistische begeleiding die wij bieden is collectieve begeleiding geen optie. In principe leefstijltrainingen, hier zijn wij zelf ook op zoek naar. Het sleutelwoord hierin is intrinsieke motivatie. Als er financieel ruimte is om bijv. proeftuinen te organiseren structureel aan de hand van wisselende klantbehoefte en samenstelling kan je deze verschuiving daadwerkelijk realiseren. Het is alleen mogelijk wanneer iedereen zich houdt aan hun verantwoordelijkheden en afspraken naleeft. Voorbeeld: 1 gezin zijn 3 hulpverleners op verschillende gebieden. Alle 3 zijn verantwoordelijk voor hun eigen deel. 1 x per kwartaal overleg. Nav hiervan evt doelen bijstellen. Wij hebben in het verleden veel collectieve trainingen verzorgd. Het is voor ons een bewuste keuze om individueel te gaan werken omdat wij hebben gezien dat je door individueel te werken beter kunt aansluiten, meer maatwerk kunt bieden, de trajecten korter zijn en de effecten groter. Collectieven werken heel goed in de zorg. Voorbeelden in Noord-Nederland zijn Paletzorg en Coöperatie Dichtbij. Binnen een <i>samenwerkingsverband</i> als Paletzorg kennen de leden elkaar goed en werken ze heel goed samen. Binnen een <i>coöperatie</i> als Dichtbij wordt gewerkt met gezamenlijke contracten, wat administratief zowel voor de leden als de gemeente voordelen oplevert. Veel zorgdienstverleners zijn lid van zowel samenwerkingsverbanden als coöperaties,
--	---

	dergelijke collectieven bestaan al vele jaren en hebben hun toegevoegde waarde ruimschoots bewezen. Een belangrijke opmerking hierbij is dat een grote partij <i>geen</i> collectief is. Een grote partij kan in staat zijn veel verschillende types zorg leveren (of kan dat claimen), maar het blijft één partij. Door de grootte van de partij is er logischerwijs sprake van veel interne processen, waardoor transparantie afneemt en overhead toeneemt. Hierdoor neemt de kans toe dat minder juiste zorg wordt geleverd en is het bovendien heel logisch dat de hoeveelheid feitelijk geleverde zorg afneemt. Logisch gevolg is dat de financier (de gemeente) effectief <i>minder</i> juiste zorguren voor hetzelfde geld krijgt dan bij collectieven. Als de gemeente bij grote partijen significant meer nadruk legt op transparantie, steekproefgewijs controleert en echt onafhankelijke indicatiestellers en zorgleveringcontroleurs inschakelt, zoals gedefinieerd in (4), dan zijn deze negatieve effecten te reduceren. Een tweede belangrijke opmerking is dat grote bedrijven per definitie commercieel zijn, omdat ze veel personeel, gebouwen en andere resources moeten onderhouden. Het is daarmee logisch dat hun primair doel het maken van winst is, simpelweg om te kunnen overleven. Door hun grootte is het voor hen ook gemakkelijker accountmanagement grootser in te richten en te lobbyen met financiers, waardoor de kans op perverse prikkels en ontransparantie substantieel toeneemt. Kleine partijen zijn door hun omvang per definitie gedwongen tot samenwerking – vandaar de collectieven – en zijn daardoor veel genuanceerder als het gaat om commerciële aspecten. Daardoor, en door de flexibiliteit die mogelijk is door hun omvang en hun samenwerking in collectieven, zijn ze automatisch veel meer gefocust op de cliënt en op het leveren van de <i>juiste</i> zorg. Tegelijkertijd is het natuurlijk zo dat grote en kleine partijen elkaar nodig hebben. Elk kunnen ze dingen die de ander niet kan en elk hebben ze een andere focus. Juist door samen te werken is het mogelijk dat grote partijen en collectieven van kleinen gezamenlijk de juiste zorg leveren. (Als ‘individueel’ en ‘collectief’ verwijzen naar ‘individuele begeleiding’ en ‘groepsbegeleiding’, dan is de vraag niet relevant en niet reëel. Zorgdienstverlening is immers maatwerk, ook volgens de definitie van de huidige aanbestedingsdocumentatie. Bij elke zorgvraag dient zorg op maat te worden gedefinieerd en geboden. Natuurlijk is het mogelijk om, na een overleg genoemd in (4), de vorm van aangeboden zorgdienstverlening te wijzigen, bijvoorbeeld van individuele naar groepsbegeleiding, als de stakeholders gezamenlijk en goed onderbouwd van mening zijn dat dit beter past bij de situatie en zorgvraag van dat moment, maar het is zorginhoudelijk onverantwoord te denken dat groepsbegeleiding individuele begeleiding kan vervangen.)
--	---

	Individuele begeleiding kan soms ook collectief toch kan de begeleider dan niet de persoonlijke aandacht geven aan een cliënt terwijl deze dit vaak hard nodig heeft. Collectief kan daarom ook negatief worden ervaren als cliënt al genoeg aan zichzelf heeft. - Collectieve training/begeleiding Aansluitend op vraag 4 denken wij dat dit een dialogotafel zou kunnen zijn met als doel dat aanbieders dit met elkaar gaan opzetten. Wij denken dat hierbij afstemming met andere partijen nodig is, waarbij zorgaanbieders gaan samenwerken die met de doelgroep te maken heeft. Welke mensen en organisaties kunnen elkaar versterken en welke niet? Daarnaast is een cultuuromslag van cliënten nodig bij de keukentafelgesprekken. Er is duidelijkheid nodig dat men ook groepsgewijs kan leren. Bijv. mindfulness trainingen of praktische trainingen. Cliënten en aanbieders kunnen samen zaken doen en leren. Het begrip 'collectief' kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Als hiermee bedoeld wordt: Collectieve opdrachtgeverschap, zouden we hier geen voorstander van zijn. Omdat: 1. Wij dan bijna niet meer rechtstreeks aan het werk komen. 2. De keuzevrijheid van de cliënt wordt hiermee ingeperkt. 3. De zorg op maat komt hiermee onder druk te staan 4. De bureaucratie en regeldruk neemt toe 5. De administratieve lasten nemen toe, én de kosten die hiermee gemoeid zijn 6. Wij als kleine zorgaanbieders worden afhankelijk van grote zorgaanbieders (financieel) 7. De gemeente wordt (te) veel afhankelijk van grote aanbieders, die ook steeds meer kunnen eisen en uiteindelijk om meer financiële middelen zouden kunnen vragen Als hiermee bedoeld wordt; meer samenwerken, zou de verschuiving naar collectieve voorzieningen een onderdeel kunnen zijn van afschaling van zorg. Wanneer de cliënt voldoende zelfredzaam is, dan kan bv individuele begeleiding gestopt worden en overgaan in een collectieve voorziening. Voorwaarde is wel dat er ook weer snel gereageerd kan worden op veranderde omstandigheden, door individuele begeleiding in te zetten wanneer noodzakelijk. Maatwerk en flexibel. Op specifieke thema's binnen de begeleiding kunnen trainingen collectief aangeboden worden. Een mooi voorbeeld hiervan is Financiën op orde. Binnen de zorg van het Leger des Heils hebben
--	--

	we programma's beschreven gericht op specifieke thema's. Een aantal voorbeelden: - Grip op je geld - Aan de knoppen - Aan de slag - Activeren - Agressieregulatie - Baan - Baas over je eigen boosheid - Beter een goede buur... De eerste vraag is welk aanbod er collectief beschikbaar is, bij begeleiding, behandeling of beschermd wonen zien wij dit niet zo, dagbesteding is een ander verhaal. Wij zien hier een samenhang met uw vraag 12. Voor sommige ondersteuningsvragen kan een collectieve oplossing goed bij de burger passen, voor vele ondersteuningsvragen zal de burger liever een individuele vorm van ondersteuning krijgen. Wij stellen ons bijvoorbeeld voor dat omgaan met financiën liever niet met de burensamen wordt ondersteund, maatschappelijke participatie zou echter heel goed collectief aangeboden kunnen worden. Hamvraag is of een collectief aanbod goedkoper is en kwalitatief hoogwaardig. Groter is niet altijd beter, en zeker niet altijd goedkoper. Onze ervaring is dat collectieve ondersteuning in veel gevallen duurzamer kan zijn dan alleen individuele begeleiding. Dit komt doordat de collectieve begeleiding zorgt voor verbinding tussen mensen, maakt dat mensen zien dat ze niet alleen zijn en er mensen zijn die met dezelfde problemen kampen en er sprake is van gelijkwaardigheid tussen alle deelnemers. Het werkt niet om een collectief aanbod te creëren en dan maar te hopen dat de groepen vol komen of om de verantwoordelijkheid voor collectieve begeleiding te beleggen bij het welzijn. Het beste werkt het als maatschappelijk werkers op basis van hun eigen caseload en die van hun collega's en op basis van de vraag die zij lokaal in de kern of wijk waar zij actief zijn tegenkomen een aanbod op maat maken. Een model waarbij op basis van lumpsum gefinancierd wordt en waar schaarste in tijd ontstaat bij de ambulant begeleider stimuleert dit enorm. Wij hebben dat ervaren in gemeenten als Utrecht en Hollands Kroon. Begeleiding kan collectief, in groepsverband. Wanneer begeleiding onderdeel is van een behandeltraject, waarin iedere cliënt zijn individuele behandeltraject en behandeldoelen kent, kan dit aangevuld worden met daarin gemeenschappelijke elementen en groepsactiviteiten; het kader is hetzelfde, maar uiteindelijk is het individuele zorg. Het begeleiden in een groep kan een positief effect hebben op motivatie, herkenning, elkaar aanspreken. Voorwaarde is veiligheid, openheid en vertrouwen. Is dat niet aanwezig kan groepsbegeleiding ook negatieve elementen hebben.
--	---

	Begeleiding is een individuele zaak. Geen antwoord In geval van jeugd niet. Vanuit de psychiatrie worden er mogelijkheden gezien. Meer in groepsactiviteiten / cursussen aanbieden. Lotgenotencontact werkt is onderzocht. Wel van belang om in de gemeente te kijken naar een goed multifunctioneel centrum waar mensen elkaar kunnen treffen en ontmoeten. - Wij begrijpen deze vraag niet Hangt van de individu af of deze client dit aankan, het kan ook negatief werken. Naast de individuele ambulante begeleiding in de thuissituatie of op locatie van Timon bestaat ook de mogelijkheid van kleinschalig wonen (24-uurs met behandeling of begeleiding) voor jongvolwassenen met meervoudige problematiek én kleinschalig wonen met partiële aanwezigheid. Het is onvoldoende duidelijk voor ons wat hier exact bedoelt wordt. De gemeente zou de collectieve mogelijkheden nog beter kenbaar kunnen maken. De aanbieders zouden nog alerter kunnen zijn om door te verwijzen naar de collectieve mogelijkheden. Een structurele nauwere samenwerking tussen sociale teams en instellingen zou dit kunnen bevorderen. Er zijn veel mogelijkheden om groepsbehandelingen en trainingen te geven die zeer effectief zijn. Goede omschrijving van de hulpvraag en het toekennen van een zorgtraject die daar bij hoort. Deze vraag is lastig te beantwoorden. Wat voor collectief? Terug naar algemene voorzieningen? Aansluiting bij reeds bestaande buurtinitiatieven? Begeleiding in groepsverband? Er zijn verschillende manieren waarop bepaalde producten voor een bepaalde doelgroep collectief kunnen worden ingezet. Belangrijk is hiervoor echt aansluiting te vinden bij het al bestaande natuurlijk aanwezige netwerk van de burgers in de wijken. Geforceerde collectivisering levert niets op en kost alleen maar meer geld. Dan moet er een projectleider op, stuurgroep, werkgroep en naar twee jaar is er weer een verandering.
--	---

	Producten die voor een bepaalde doelgroep makkelijker gezamenlijk in te zetten of te ontwikkelen zijn, zijn training- en/of voorlichtingsmodules. Voorbeeld: Tijdens de intake wordt duidelijk dat een cliënt moeite heeft met het omgaan van zijn agressie. Dan kan hij deelnemen in een groepstraining omgaan met agressie. Deze module is toegankelijk voor alle burgers die aan een bepaald profiel voldoen. Te denken valt dan aan o.a. • Omgaan met agressie; • Sociale vaardigheden evt. middels ervarend leren; • Omgaan met sociale media; • Seksualiteit; • Alcohol drugs; • Assertiviteit; • Enz. Onze cliënten geven ook terug dat dagbesteding (wat we zelf(nog) niet bieden overigens) weliswaar een mooie manier is om ergens naar toe te gaan in een beschermde setting maar aan de andere kant ook stigmatiserend is. Je bent “client”. Er wordt daar weinig geappelleerd aan eigen kwaliteit en ontwikkeling. Je gaat iets ‘doen’ op een bepaalde plek. Het zelf creëren en organiseren met begeleiding is waar een aantal cliënten in onze praktijk warm voor lopen. Vandaar ook onze vraag: Is het mogelijk om dagbesteding , daginvulling meer zelf organiserend te laten zijn? Mensen daardoor meer in hun kracht zetten door het aanboren van kwaliteiten en talenten. [vaak is dat vuur gedoofd, door langdurige hospitalisatie en gecreëerde afhankelijkheid]. Onze werkwijze is cliënten uit hun comfortzone te brengen, prikkelen, uit te dagen. Niet stilstaan maar bewegen naar vermogen. Onder andere op deze vlakken is denk ik enorme winst te behalen. We moeten uit de “zorgcirkel” en zelf organiserend vermogen van cliënten meer ondersteunen en faciliteren. Deze werkwijze brengt wel met zich mee dat er bijeenkomst ruimte beschikbaar moet zijn. Het heeft tijd nodig om de decennia waarin de individualisering op de voorgrond lag te verschuiven naar collectief. -Ervaringsdeskundigheid inzetten, investeren in een gemeenschappelijk belang zoals
--	--

	eenzaamheid en isolatie tegen gaan door vrouwengroep; kookclub, -Eigenaarschap van bewoners vergroten. Individueen hebben een collectief ideaal nodig. -Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO) lopen een hoger risico om zelf problemen te ontwikkelen, hier insteken op preventie door verschillende preventieprogramma's in te zetten die gericht zijn op vroeg signalering en het bieden van adequate ondersteuning van kinderen en hun ouders. De verschuiving naar collectieve voorzieningen kan een onderdeel zijn van afschaling van zorg. Wanneer de cliënt voldoende zelfredzaam is, dan kan bv individuele begeleiding gestopt worden en overgaan in een collectieve voorziening. Voorwaarde is wel dat er ook weer snel gereageerd kan worden op veranderde omstandigheden, door individuele begeleiding in te zetten wanneer noodzakelijk. Dus maatwerk en flexibel. Om flexibel en maatwerk te kunnen bieden is samenwerking volgens ons nodig. Meer samenwerking tussen zorgaanbieders die individuele begeleiding bieden en organisaties die dagbesteding hebben. Zo ver ik dat kan overzien, vind ik het geen goed idee. Want wat is de meerwaarde?? Het kan ook zijn dat ik de vraag niet goed snap. In samenhang met de voorgaande twee vragen zit hier onze expertise. Het organiseren van activiteiten die worden gedragen door de lokale samenleving en waar meerdere mensen uit onze doelgroep baat bij hebben leidt er toe dat de wisselwerking weer op gang komt en ontwikkeling mogelijk wordt. Daar zijn ook anderen bij nodig; zorgaanbieders, buurtteams en ook openbare voorzieningen als buurthuizen en ander ontmoetingsplekken. De gemeente zou de collectieve mogelijkheden nog beter kenbaar kunnen maken. De aanbieders zouden nog alerter kunnen zijn om door te verwijzen naar de collectieve mogelijkheden. Een structurele nauwere samenwerking tussen sociale teams en instellingen zou dit kunnen bevorderen. Deze vraag is lastig te beantwoorden. Wat voor collectief? Terug naar algemene voorzieningen? Aansluiting bij reeds bestaande buurtinitiatieven? Begeleiding in groepsverband? Er zijn verschillende manieren waarop bepaalde producten voor een bepaalde doelgroep collectief kunnen worden ingezet. Belangrijk is hiervoor echt aansluiting te vinden bij het al bestaande natuurlijk aanwezige netwerk van de burgers in de wijken. Geforceerde collectivisering levert niets op en kost alleen maar meer geld. Dan moet er een projectleider op, stuurgroep, werkgroep en na twee jaar is er weer een verandering.
--	---

	Producten die voor een bepaalde doelgroep makkelijker gezamenlijk in te zetten of te ontwikkelen zijn, zijn training- en/of voorlichtingsmodules. Voorbeeld: Tijdens de intake wordt duidelijk dat een cliënt moeite heeft met het omgaan van zijn agressie. Dan kan hij deelnemen in een groepstraining omgaan met agressie. Deze module is toegankelijk voor alle burgers die aan een bepaald profiel voldoen. Te denken valt dan aan o.a. • Omgaan met agressie; • Sociale vaardigheden evt. middels ervarend leren; • Omgaan met sociale media; • Seksualiteit; • Alcohol drugs; • Assertiviteit; • Enz.
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?	Ik werk zelden tot niet met beschermd wonen, ik kan hier dus geen antwoord op geven.). Betere samenwerking met externe partijen. Meer netwerken. Er moet meer aandacht en huisvesting zijn voor kwetsbare groepen. Eerdere inzet van ambulante begeleiding, in plaats van de inzet van een algemene voorziening zoals die er nu is. Wij horen vaak van de cliënt; 'had ik deze hulp maar eerder gehad'. Het eerder inzetten van de begeleiding leidt tot verbetering voor de cliënt op een vroeger tijdstip in het proces (preventief). Maatwerk is en blijft belangrijk voor de effectiviteit en om echt aan te sluiten bij de cliënt en de problematiek. Effectieve hulpverlening is nodig om de instroom naar beschermd wonen te verkleinen. Bij Helping Hands is dit 1 van de 3 kernwaarden, omdat we hebben gemerkt hoe belangrijk dit is. Wanneer iemand beschermd wonen nodig heeft, dan betekent dit dat hij veel begeleiding en toezicht nodig heeft. Alternatief is individuele begeleiding voor 24 uur? Lijkt me niet werkbaar. Aan de andere kant heb ik te

	maken met cliënten met een lichamelijke beperking die te goed zijn voor een beschermd wonen indicatie maar te slecht zijn om lang alleen te zijn. Dan zou het echt heel fijn zijn wanneer er vanuit de Wmo meer begeleidingsuren ingezet kunnen worden zodat er bijvoorbeeld 's avonds en 's nachts altijd iemand is. Iemand begeleiden naar beschermd wonen is vaak al een hele stap. Erkennen dat je toezicht en intensievere begeleiding nodig hebt en erkennen dat je moet gaan werken aan het vergoten van je zelfstandigheid/zelfredzaamheid (wanneer dit qua persoon en aandoening ook haalbaar is) is een taak van de ambulante begeleider. Daarna is een semi intramurale setting nodig om iemand te leren om zelfstandig te gaan wonen. Voor een deel van de cliënten zal er nooit iets anders kunnen zijn dan beschermd wonen. Voordeel van beschermd wonen is dat je iemand uit zijn vertrouwde omgeving haalt. Immers in een nieuwe omgeving kun je gemakkelijker nieuw gedrag aanleren dan nieuw gedrag aanleren in de oude situatie. Gaat iemand na een periode van beschermd wonen zelfstandig wonen, dan is begeleiding cruciaal om het geleerde te borgen in de nieuwe situatie en bij te dragen aan het voorkomen van terugval. Verhuizing van de ene gemeente naar de andere zou daarbij geen belemmerende factor moeten zijn. Integraal overnemen van de begeleiding voor een periode zodat er geen gat valt tussen de ene maatwerkvoorziening en de andere. die hier boven staan. . Het aanbieden van structurele ambulante begeleiding. Het aanbieden van 24/7 begeleiding beschikbaar op afroep. Deze producten zou gezamenlijk met andere aanbieders georganiseerd kunnen worden. Tevens samenwerking met woningbouw. Time-out plekken beschikbaar stellen en financieren. beschermd wonen zal altijd nodig blijven en voorkomt veel problemen voor later. Ik zie juist veel dure problemen voortkomen uit een gebrek aan beschermd wonen. Mijn advies: vraag huisvestingsorganisaties om advies in dezen, zij kunnen veel vertellen over wat zij tegenkomen aan maatschappelijke problematiek. geen ervaring mee. Niet mijn doelgroep. Veilig wonen is altijd het uitgangspunt: zie het antwoord bij vraag 1 (oplossingsgerichte methode) waarbij de hoogst mogelijke zelfstandigheid van de client gestimuleerd wordt. Daarbij is het heel wel mogelijk om tijdens de trajectduur in het begin meer uren in te zetten en later (veel) minder, waarbij een deel van de cliënten ook zeker in staat is om zelf aan te geven wanneer en waarvoor men nog een stukje ambulante begeleiding (interventieniveau 4 of eventueel 5) nodig heeft. Die vormen zijn er al, gezien de methodiek van 'Eigen Kracht', Family First en de methodiek vanuit 'Signs of Safety'. Daarbij is het van belang om goed onderzoek in te zetten op alle levensdomeinen zodat escalatie voorkomen kan worden. Ook het netwerk speelt hierbij een belangrijke rol.
--	--

	Het versterken van een goed eigen netwerk draagt bij aan het voorkomen van beschermd wonen, bevordert uitstroom en doorbreekt generatie problematiek. Ook hierin is een brug te slaan met de participatiewet. Om instroom te voorkomen en uitstroom te bevorderen werkt Zienn in Friesland en Groningen met Thuisplus: https://zienn.nl/voor-professionals/aanbod-zienn/thuisplus/ Zie hiervoor ook het antwoord van vraag 4. Aanvullend hierop ben ik van mening dat er meer gebruik gemaakt moet worden, van de expertise, van verschillende aanbieders. Iedere aanbieder moet minimaal 2 specialisaties aantoonbaar aangeven bij de aanbestedingen. De wijkteams moeten in combinatie met de behandelaar, hier meer gebruik van maken. Ik ben van mening dat de ambulante begeleiding hierdoor veel efficiënter kan, waardoor het risico op beschermd wonen lager wordt en dus ook terug gedrongen kan worden. Het is een utopie om met beleid te kunnen forceren dat het ene type zorg wordt gebruikt om het andere type te voorkomen of verminderen. Zorg dient “juist” te zijn, volgens de eerdere definitie in (4), en dient regelmatig te worden geëvalueerd (zie ook eerdere opmerkingen hierover). Als dat gebeurt, dan wordt automatisch het juiste type zorg verleend. Een indicatiestelling door een zorgprofessional met passende opleiding en relevante ervaring dient er voor te zorgen dat wordt <i>begonnen</i> met de juiste zorg. is een goed middel om zware en dure zorg te voorkomen. Wat de <i>juiste</i> preventie is, dient te worden bepaald door de professionele indicatiesteller. Vroegsignalering vanuit het veld en lichte hulpvragen dienen te worden gebruikt om al vroeg de <i>juiste</i> zorg in te zetten. Het is in zo’n vroeg stadium, als de zorgvraag nog beperkt is, zelfs mogelijk om het voorliggende veld in te zetten als onderdeel van preventie. Het is echter wel zo dat preventie ook geld kost. Er dient dus door de gemeente ook geld te worden gereserveerd voor preventie en er dienen producten te worden gecontracteerd die gefocust zijn op preventie. Partijen als sportclubs, hobbyverenigingen, buurthuizen en bibliotheken zijn <i>geen</i> zorgverleners en kunnen niet worden ingeschakeld om aan preventie te doen. Ze kunnen wel door zorgprofessionals worden <i>ingeschakeld</i> bij preventie. Ambiq kan begeleiding bieden op het gebied van zelfstandigheid en zelfredzaamheid. beschermd wonen wordt pas aangeboden als ambulante begeleiding niet meer haalbaar is. Omgekeerd geldt hetzelfde, zodra een cliënt zelfstandig kan wonen, gebeurt dit ook. In sommige situaties kan vroegtijdige signalering en onderkenning van de problematiek beschermd wonen voorkomen. Systeemgericht werken en het bieden van goede opvoedondersteuning ter versterking van de draagkracht van het gezin en het sociale netwerk.
--	--

	Beschermd Thuis is een goed plan als ‘tussen-arrangement’. Dit tussen arrangement is perfect voor cliënten die niet groepsgeschikt zijn maar een probleem zijn in en voor de maatschappij zonder de juiste begeleiding. Om instroom te voorkomen dien je de cliënten intensief thuis te begeleiden. Tevens is deze vorm een bevordering van de uitstroom aangezien er nog een stap zit tussen de intensieve begeleiding bij beschermd wonen en de zelfstandigheid van ambulante begeleiding. Dit is mogelijk door hoge intensiteit in te zetten (vaker naar cliënt, bijvoorbeeld iedere dag/ om de dag). Hiervoor is het nodig dat er genoeg bouwstenen worden afgegeven of op een hoge interventieniveau. Eventueel met een avond/ weekend inzetmogelijkheid. Ambulante begeleiding afgestemd op de behoefte van de inwoner; niet op mogelijkheden van de instelling. Instroom voorkomen: Client centraal nemen, organiseren van een ‘sterker’ netwerk, actiepunten zetten op het hebben van een passende dag invulling, maar bovenal weten wie er betrokken is en dit multidisciplinair en gestructureerd benaderen. Uitstroom bevorderen: Client leren (meer) regie over eigen leven te leren nemen. Geen gat laten vallen tussen intensieve begeleiding in een instelling en te minimale begeleiding in zelfstandig wonen. Dit gefaseerd en gestructureerd aanpakken. <i>Kanttekening: Binnen de doelgroep NAH gaat de verandering van ambulante ondersteuning naar een instelling vaak gepaard met achteruitgang van de client door vaak medische oorzaken. Er zal dan een accent moeten komen gaan liggen op woonbegeleiding, een frequent contact die praktische zaken rondom zelfstandig wonen gaat aanpakken samen met de cliënt, daarnaast moet er veel verbinding worden gezocht met het voorliggend veld.</i> Hoewel wij geen beschermd wonen bieden, kan ik mij voorstellen dat vroegtijdig pedagogisch begeleiden van het systeem alsmede zorg bieden aan de persoonlijke problemen van ouders het systeem kan versterken. Dat kan individueel (gezinsconsultatie, pedagogische thuisbegeleiding), maar ook in groepen (Floorplay, mindful ouderschap). Specifieke aandacht voor het ontwikkelingsniveau van de cliënt op alle gebieden: cognitief, sociaal en emotioneel zodat beter op behoeften en mogelijkheden aangesloten kan worden, de cliënt minder wordt overvraagd en vanuit een veilige basis kan ontwikkelen en ontplooien. Ruimte om dit gedegen vorm te geven en
--	---

	een dergelijke veilige basis te creëren is een voorwaarde om tot verdere ontwikkeling te komen. Waar wij deskundig zijn in het inschatten van en afstemmen op de verschillende ontwikkelingsniveaus in onze cliënt, en diens behoeften en mogelijkheden, zoeken wij nog meer samenwerking met instanties waar een deskundigheid ligt op het gebied van systeemtherapeutische interventies. Wederom is een gedegen analyse, waarin alle cliënt- en omgevingsgebonden factoren worden meegewogen, van wezenlijk belang. Wij hebben geen ervaring met Beschermd Wonen. - Voldoende beschikbare betaalbare woningen vanuit de woningcorporaties. Dat is op dit ogenblik het grootste knelpunt voor de uitstroom van BW cliënten - Doorontwikkeling van intensieve ambulante thuisondersteuning (Thuisplus), 24/7, waarbij de mate van geplande en ongeplande zorg een rol speelt. Dit kan oplopen tot 15 uur per week. - Onderscheid tussen “reguliere” intensieve ondersteuning vanuit “reguliere” ambulante begeleiding en vanuit BW-financiering is dat vanuit BW er ook 24/7 beschikbaarheid nodig is - Van individueel naar teamgericht werken. Met overdrachtsmomenten, horizontaler zorg (dus de mogelijkheid om cliënten iedere dag te bezoeken met meerdere collega’s, etc) De leemte gaan vullen die ontstaat tussen BW teams/24 uur begeleiding en de individuele caseload van begeleiders. - Intensieve samenwerking met GGz-behandelaars, zoals nu gebeurt met Optimaal leven. - Ontwikkeling van geclusterde intensieve ambulante thuisondersteuning 24/7, waarbij de mate van geplande en ongeplande zorg een rol speelt - Ontwikkeling van respijthuis/respijtplukken Bij de (bestaande) populatie blijvend toetsen in hoeverre deze voldoen aan de vereisten voor beschermd wonen (Dannenberg norm). Het gat tussen beschermd en zelfstandig wonen is te groot. Dit kan overbrugd worden door meer aanbod in een tussenvorm tussen begeleid en zelfstandig wonen. Daarnaast is er behoefte aan meer respijtwoningen/herstel woningen. Voor deze doelgroep is het ook belangrijk dat de ambulante begeleiding wordt versterkt en dat er meer begeleidingsproducten (op maat) worden ontwikkeld. iht pakketten rianter afgeven en inzetten op ruimte in preventief kader. Beschermd wonen is niet voor ons van toepassing. Niet onze doelgroep. Het is een utopie om met beleid te kunnen forceren dat het ene type zorg wordt gebruikt om het andere type te voorkomen of verminderen. Zorg dient “juist” te zijn, volgens de eerdere definitie in (4), en dient regelmatig te worden geëvalueerd (zie ook eerdere opmerkingen hierover). Als dat gebeurt, dan wordt automatisch het juiste type zorg verleend.
--	---

	Een indicatiestelling door een zorgprofessional met passende opleiding en relevante ervaring dient er voor te zorgen dat wordt <i>begonnen</i> met de juiste zorg. is een goed middel om zware en dure zorg te voorkomen. Wat de <i>juiste</i> preventie is, dient te worden bepaald door de professionele indicatiesteller. Vroegsignalering vanuit het veld en lichte hulpvragen dienen te worden gebruikt om al vroeg de <i>juiste</i> zorg in te zetten. Het is in zo'n vroeg stadium, als de zorgvraag nog beperkt is, zelfs mogelijk om het voorliggende veld in te zetten als onderdeel van preventie. Het is echter wel zo dat preventie ook geld kost. Er dient dus door de gemeente ook geld te worden gereserveerd voor preventie en er dienen producten te worden gecontracteerd die gefocust zijn op preventie. Partijen als sportclubs, hobbyverenigingen, buurthuizen en bibliotheken zijn <i>geen</i> zorgverleners en kunnen niet worden ingeschakeld om aan preventie te doen. Ze kunnen wel door zorgprofessionals worden <i>ingeschakeld</i> bij preventie. Goede begeleiding geven zodat de uitstroom wordt bevorderd. Begeleiding op maat zodat er veiligheid ontstaat voor cliënt. - Intensieve “thuiszorg”, verplichte afschaling - Resultatenmatrix hanteren Investeren aan de voorkant; gedegen hulpverlening inzetten om uithuisplaatsing te voorkomen. Wij denken aan geclusterd wonen, trainingshuizen, omklapwoningen, aandacht voor preventie en de leeftijdsvergang 18-/18+. • Intensief inzetten van de ambulante begeleiding wanneer cliënt weer zelfstandig woont, meer uren afgeven in de beginperiode om het vervolgens na een periode af te schalen zodat cliënt zaken op orde heeft en niet verder hoeft naar beschermd wonen. • Wij werken volgens de werkwijze van <i>sings of safety</i> en hebben deze werkwijze ook binnen onze organisatie geïmplementeerd. De hulpverlener stelt een plan op met behulp van oplossingsgerichte vragen, waarmee sterke kanten en uitzonderingen op de problemen zichtbaar worden. Uit de praktijk is gebleken dat samenwerking met het gezin de beste resultaten oplevert. Daarbij wordt er een beroep gedaan op de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de ouders of andere belangrijke personen. Er wordt gezocht naar betrokken personen (vooral familie) die een aanspreekbaar netwerk kunnen vormen rond het gezin. De leden van dit netwerk krijgen concrete verantwoordelijkheden en taken die bedoeld zijn om veiligheid te bieden. Die verantwoordelijkheid gaat verder dan wat je in eerste instantie van <i>vrijwilligers</i> zou vragen. Maar: directbetrokkenen, als
--	---

	naaste familie, hebben in het algemeen liever een dergelijke concrete rol met zicht op structurele verbetering van de situatie, dan machteloos toezien. Een professional, met opleiding in de methode, ondersteunt dit netwerk. Al onze medewerkers krijgen deze opleiding aangeboden. Voldoende betaalbare huisvesting is noodzakelijk om instroom BW te verlagen en uitstroom BW te bevorderen. Tevens dient gekeken te worden naar BW thuis (rapport Danneberg) en de beschikkingen die daarbij zouden horen. Voorbeeld: Een BW indicatie (intramuraal) die uitgaat van geplande en ongeplande zorg, kan niet één op één worden afgeschaald naar ambulante thuisondersteuning die alleen uitgaat van geplande zorg. Daar moet dan een BW extramuraal indicatie voor worden afgegeven, die ook ruimte geeft aan bereikbaarheid in inzet van extra uren ter voorkoming van escalatie en/of terugval. In elk geval zijn intensieve ambulante producten zijn nodig om instroom in beschermd wonen te voorkomen, in samenspraak met gemeente vast te stellen. Ten aanzien van het 'opheffen' van centrumgemeente Assen dient bij de inkoop van begeleiding nu al rekening gehouden te worden met de aansluiting van 'producten'. De doelgroep Beschermd Wonen heeft grote invloed op haar omgeving. Dit vaak vooral in de ogen van de omgeving, en vooral de uitstroom heeft hier last van, maar ook instroom. Het blijft moeilijk plaatsen te vinden die betaalbaar zijn, geen maatschappelijke bestemming nodig hebben en waar de omgeving niet in verzet komt (instroom). Voor de uitstroom is de beschikbaarheid van sociale huurwoningen binnen een gemeente cruciaal. Dit vergt wederom een intensieve samenwerking met meerdere partijen (zorgaanbieders, gemeente (zorg en welzijn én ruimtelijke ordening en woningcorporaties en mogelijk projectontwikkelaars). Het lijkt ons goed om te zien of dergelijke plaatsen in het kader van een experiment als bij vraag 4 ontwikkeld kunnen worden. Dergelijke plaatsen zouden niet alleen een doorstroomlocatie moeten zijn, maar ook langdurig bewoonbaar moeten zijn. Dit vergt een groeiend aanbod van dergelijke woningen. Om instroom in beschermd wonen te beperken en uitstroom te stimuleren is het als eerste nodig om voldoende woningen beschikbaar te hebben voor een groep mensen die zich niet altijd houdt aan alle regels die de verhuurder stelt. Vaak zijn er eerder problemen met schulden etc. geweest waardoor het moeilijk is om een passende woning te vinden. Werken vanuit het principe van <i>Housing First</i> is in dat kader cruciaal. Dat zorgt ervoor dat mensen niet instromen in reguliere beschermd wonen voorzieningen. Het is een beproefde methode die op veel plekken in Nederland wordt toegepast. Een belangrijke randvoorwaarde voor succesvolle uitstroom uit beschermd wonen is goede samenwerking tussen de begeleider uit de beschermd wonen voorziening en de ambulant begeleider. Dat start met goede afspraken over wie wat doet, vervolgens is het belangrijk dat de ambulant begeleider vroegtijdig betrokken
--	---

	wordt, al op het moment dat iemand nog in het beschermd wonen project zit. Op sommige plekken zien we dat pas 4 weken voor uitstroom duidelijk wordt, waar iemand een woning krijgt en dat het daardoor pas heel laat mogelijk is om iemand die gaat uitstromen te koppelen aan een ambulant begeleider die actief is in het gebied waar de nieuwe woning staat. Dat helpt niet. Na de uitstroom is vaak hele praktische ondersteuning nodig. Iemand is niet gewend om zelf een appartement in te richten, heeft geen sociaal netwerk in de omgeving waar die terecht komt. In de beschermd wonen instelling waren er altijd wel mensen en begeleiders die contact maakte, nu moet iemand dat zelf doen. Van alleen een beetje leefgeld ga je naar een situatie waarbij je een uitkering krijgt waarvan jezelf de vaste lasten moet betalen. Dat zijn allemaal zaken die niet vanzelf goed gaan, dat vraagt om nabijheid en oplossingen op maat. Vaak zijn mensen zo blij dat ze eindelijk uit het beschermd wonen gaan en een eigen huisje krijgen, dat ze helemaal geen begeleiding meer willen, terwijl dat wel nodig is. Belangrijk is om met elkaar af te spreken dat de begeleider betrokken blijft, vinger aan de pols houdt en ingrijpt als het mis dreigt te gaan. Standaard arrangementen passen vaak niet voor deze groep het vraagt maatwerk waarbij je soms even heel intensief moet ondersteunen en op andere momenten het op afstand volgen beter is. Groeps- en individuele begeleiding door professionals die deskundig en ervaren zijn. Hierbij kunnen ook ervaringsdeskundigen ingezet worden. Een goede analyse van de omstandigheden die beschermd wonen eventueel noodzakelijk maken en omstandigheden creëren waar veiligheid voor jongeren en het systeem gewaarborgd zijn. Dit kunt je creëren door een specialistisch team hier specifiek mee te belasten. Voor de grootste groep is die nu goed geregeld waardoor er bij VNN voldoende doorstroom is in de BW. We moeten wel stilstaan bij de groep die wellicht “nooit” meer kan uitstromen uit de BW • Voor uitstroom: passende huisvesting en inkomen Apart product voor ambulante begeleiding binnen Beschermd Wonen. Bij instroom daar waar mogelijk thuis begeleiden in plaats van in een Beschermd Wonen voorziening. Meer flexibel inzetbaar; ook buiten de kantooruren en in de weekenden. Opschalen mogelijk maken. Evt. bed op recept voor een of een paar nachten. Zie voorbeeld ambulant team Zuidlaren van Lentis in samenhang met klinische zorg op terrein. - Systeemgerichte begeleiding
--	--

	Goede begeleiding geven, persoonlijke betrokkenheid, vaste kern begeleiders zodat er veiligheid is voor de client. Binnen het zorgconcept ambulante begeleiding door Timon kennen we drie specifieke doelgroepen, te weten zwervjongeren, jonge moeders en statushouders. De ambulante begeleiding zetten we maatgesneden en cultuursensitief in. Afhankelijk van de specifieke doelgroep worden extra modules ingezet (bijvoorbeeld IAG) ter preventie van instroom en versterking bij uitstroom veilig te stellen. Wij denken hierbij aan ambulante begeleiding op maat, dit kan intensief zijn, een goede en juiste medicatiebegeleiding, een goede samenwerking (intensief) met ketenpartners/behandelaars/netwerk/buurt etc. Voor het bevorderen van de uitstroom is het van belang dat er geschikte woonruimte is (mogelijk via afspraken met woningbouwcorporatie) en er vooraf erg goed nagedacht is over het vangnet bij uitstroom. De client kan niet aan zijn/haar lot overgelaten worden. De samenwerking tussen ketenpartners is hier belangrijk in. Het kunnen delen van resultaatgebieden of hetzelfde resultaatgebied toegewezen kunnen krijgen zou dit kunnen bevorderen. Ondanks dat wij van mening zijn dat er nog steeds een grote doelgroep is die bescherming nodig heeft en ervaring uitwijst dat bescherming dure behandeling kan voorkomen vinden wij ook dat er verder gewerkt moet worden aan sociale inclusie van kwetsbare mensen. Door betere vroegsignalering, meer en eerder schuldenhulp en meer beschikbaarheid van zorg in de nabijheid kan deze ontwikkeling worden ingezet. VPT-constructie van de WLZ. Hier werken we reeds mee en dit werkt zeer goed. De cliënt krijgt zeer intensieve ambulante begeleiding en heeft in feite recht op alle zorgcomponenten vanuit een zorgzwaarte pakket zoals o.a. voeding(geld), crisis, bereikbaarheid, schoonmaak en adl. Hierin zijn verschillende opties: ○ de cliënt heeft een eigen woning; ○ de cliënt woont in een satelliet woning van de aanbieder. Doordat de kapitaallasten niet uit de zorggelden betaald hoeven te worden is het pakket goedkoper. De gelden voor de kapitaallasten kunnen in overleg met de gemeente of bewindvoerder direct aangewend worden voor de kapitaallasten, zodat er ook geen achterstanden ontstaan die alleen maar meer stress met zich meebrengen. Op dit product zet je als aanbieder een multidisciplinair team, waardoor op alle leefgebieden direct ingespeeld kan worden. Hierdoor voorkom je ongewenste intramuralisering en kan je vanuit je 24-uurs voorzieningen betere doorstroom genereren.
--	---

	Zie ook vraag 8. Het is ook een maatschappelijk en politiek probleem. Kunnen wij een samenleving organiseren waar kwetsbare burgers onderdeel van kunnen zijn? Hier zou meer op ingezet kunnen worden. Klachten en problemen bij cliënten zijn zoals gezegd niet alleen intern bepaald maar worden mede in stand gehouden door externe factoren. Meer aandacht voor leefbaarheid in wijk en buurt en de al eerder benoemde punten van meer bereidheid tot samenwerken, samen denken, krachten bundelen, over de grenzen van de eigen instellingen en bureaucratie kunnen kijken en acteren ten behoeve van de cliënt. Verder ook : Meer samen met de doelgroep zelf ontwikkelen. Wij zouden hier zeker actief mee aan de slag willen, ook in samenwerking met gemeente, de doelgroep zelf, partners in de zorg en dienst. We hebben dit in onze doelen en planvorming geformuleerd als een van mijn speerpunten. Voorkomen dat problematiek als geïsoleerd vraagstuk wordt benaderd, maar juist door integraal en systemisch te denken en handelen waardoor je aansluit op de beperking en op de mogelijkheden van de inwoner. Om uitstroom Beschermd Wonen te bevorderen is er een intensieve variant van ambulante begeleiding nodig wanneer de cliënt weer zelfstandig gaat wonen. Een plek waar de cliënt wel zelfstandig kan wonen, maar waar ideaal gezien de begeleiding van Beschermd wonen de begeleiding komt bieden. Zodat er vloeiende overgang is. Daarbij de mogelijkheid voor ook ongeplande begeleiding. En bereikbaar zijn voor de cliënt, 24/7, net als bij Beschermd wonen, waardoor eventuele crisis of toenemende hulpvraag preventief en proactief aangepakt kan worden. Voorkomen van Beschermd wonen is inzetten op het gehele systeem, met het netwerk van de cliënt kijken hoe ervoor te zorgen dat iemand thuis kan blijven wonen. Het volledig mogelijk organiseren van de (intensieve) begeleiding in de thuissituatie. Maar als dit uiteindelijk niet mogelijk is, dan is Beschermd wonen wel een goed alternatief. dit is niet mijn tak van sport – over het algemeen werk ik als gedragswetenschapper samen met een persoonlijk coach/begeleider. Het moet in de wijk gebeuren. Lokale zorgaanbieders, politie, buurtteams, woningbouwverenigingen, etc met elkaar verbinden zodat zorg en opvang in de wijk mogelijk wordt. Dat doen we ook door verbindingen te zoeken
--	---

	met openbare voorzieningen zoals buurthuizen, bibliotheken, kroegen. Dit zijn bij uitstek voorzieningen waar men zich realiseert dat context er toe doet. De samenwerking tussen ketenpartners is hier belangrijk in. Het kunnen delen van resultaatgebieden of hetzelfde resultaatgebied toegewezen kunnen krijgen zou dit kunnen bevorderen. VPT-constructie van de WLZ. Hier werken we reeds mee en dit werkt zeer goed. De cliënt krijgt zeer intensieve ambulante begeleiding en heeft in feite recht op alle zorgcomponenten vanuit een zorgzwaarte pakket zoals o.a. voeding(geld), crisis, bereikbaarheid, schoonmaak en adl. Hierin zijn verschillende opties: ○ de cliënt heeft een eigen woning; ○ de cliënt woont in een satelliet woning van de aanbieder. Doordat de kapitaallasten niet uit de zorggelden betaald hoeven te worden is het pakket goedkoper. De gelden voor de kapitaallasten kunnen in overleg met de gemeente of bewindvoerder direct aangewend worden voor de kapitaallasten, zodat er ook geen achterstanden ontstaan die alleen maar meer stress met zich meebrengen. Op dit product zet je als aanbieder een multidisciplinair team, waardoor op alle leefgebieden direct ingespeeld kan worden. Hierdoor voorkom je ongewenste intramuralisering en kan je vanuit je 24-uurs voorzieningen betere doorstroom genereren.
11. Hoe ziet u het verschil tussen interventieniveau 5 en interventieniveau 6?	bij niveau zes is er sprake van complexere problematiek dan bij niveau vijf. Bij niveau zes kan het gezin niet steunen op het eigen netwerk, en dient er een professioneel netwerk actief te zijn waarop het gezin kan terugvallen voor constructieve hulp. Het verschil in niveaus is de ondersteuning die een cliënt nodig heeft op de verschillende leefgebieden en de intensiteit hiervan. De risico's die naar voren kunnen komen op de verschillende niveaus. Dit voor de cliënt zelf en ook de trajectondersteuner. Lettend op de signalen en de alertheid van de trajectondersteuner. Het verschil is weinig onderscheidend. Niveau 6 is intensiever en meer specialistisch vanwege een grotere complexiteit van de problematieken. Doel hiervan is vaak stabilisatie. Bij niveau 5 is er de mogelijkheid tot ontwikkeling en ligt het doel op dat gebied. 5. Ernstig enkelvoudig probleem of meervoudige problematiek 6. Complexe meervoudige problematiek (diffuus beeld)

	In de begeleiding vraagt het hoe dan ook gespecialiseerde deskundigheid van de begeleider. Ernstig zou kunnen impliceren dat er wel sprake is van een door client erkende problematiek en daarbinnen eigen verantwoordelijkheid al kan nemen en bij complexe is dat er bijvoorbeeld nauwelijks of geen zelfreflectie is op de problematiek en de client de verantwoordelijkheid voor wat er speelt uitsluitend buiten zichzelf legt, wat je ziet bij diverse psychiatrische en verslavingsproblemen. Inhoudelijk vraagt het naar mijn idee specialistische inzet van begeleider/behandelaar. interventie nivo zien wij dat er veel problemen zijn en dus veel tijd kost om iets terug te brengen. . Interventieniveau 5: Ernstige en meervoudige problematiek op 1 of meerdere leefgebieden waarin cliënt een beroep kan doen op netwerk/omgeving naast professionele begeleiding. Interventieniveau 6: Complexe en Meervoudige problematiek waarin cliënt geen beroep kan doen op netwerk/omgeving en de problemen op verschillende leefgebieden een grote invloed op elkaar hebben. Geen idee over. Zoals ook omschreven in de handreiking is er bij niveau 5 vaak voldoende aan eenmaal per week contact en is het systeem in staat om tussendoor zelf de handvatten en aangeleerde methodes toe te passen. Bij niveau 6 is het systeem niet in staat om dit zelfstandig te doen en is er naast de behandeling van het kind nog meermaals per week intensief contact nodig om het gewenste resultaat te kunnen bereiken. Hierbij moet gedacht worden aan observaties thuis of op school, video interactie, begeleiding van de leerkracht, opvoedondersteuning voor ouders etc. Interventieniveau 5 is de regel; 6 de uitzondering We zien het verschil zelf als volgt, bij niveau 5 kunnen er bijvoorbeeld twee oorzaken zijn voor de problematiek die duidelijk aanwijsbaar zijn. Bij niveau 6 is het heel lastig te zien en vaak niet duidelijk. Waardoor je bij niveau 6 meer onderzoek moet verrichten bij de stappen die je in de begeleiding gaat zetten. Wij zijn altijd voorstander van een grondige analyse zodat de oorzaken van de problematiek worden aangepakt. - Mijn mening is dat deze twee prima gecombineerd worden. Ernstig en complex liggen in de praktijk niet heel erg ver uit elkaar. Volgens de huidige definitie van de aanbestedingsdocumentatie van Noord- en Midden Drenthe: • 5 = 'middel', 'specialistisch', 'ernstig enkelvoudige problematiek', 'de relatie met de sociale omgeving is op orde'
--	---

	• 6 = ‘zwaar’, ‘intensief specialistisch’, ‘complexe meervoudige problematiek’, ‘de sociale omgeving/gezin is niet in staat of bereid om mee te werken’ Dit is een logische en duidelijke onderverdeling en in de praktijk is het veelal duidelijk of het enkelvoudige of meervoudige problematiek is en hoe de relatie met ‘het systeem’ is. In de aanbestedingsdocumentatie wordt echter ook opgemerkt bij interventieniveau 6 dat deze ‘zo kort mogelijk ingezet dient te worden’. Vanuit het financiële oogpunt is het logisch dat de gemeente als financier van zorg dit zo stelt. Het is echter <i>niet aan de gemeente</i> om te bepalen hoe lang een bepaald type zorg wordt ingezet. Dit is immers afhankelijk van de situatie en van de zorgvraag en dient bij aanvang van zorg te worden bepaald door de indicatiesteller en gedurende het verloop van de zorgdienstverlening waar nodig te worden aangepast tijdens de reguliere overleggen genoemd in (5). Natuurlijk is het ‘t beste voor de cliënt en het systeem dat snel kan worden teruggeschakeld van interventieniveau 6 naar 5, maar de complexiteit van de situatie en de relatie met het ‘systeem’ bepalen of niveau 6 of 5 wordt ingezet – dat is immers de definitie van de aanbestedingsdocumentatie. Alleen <i>zorgprofessionals</i> kunnen die complexiteit en die relatie bepalen en alleen in het genoemde reguliere <i>overleg</i> kan worden bepaald of de zorg dient te worden gewijzigd en hoe. Het is erg belangrijk dat dit aspect wordt toegevoegd aan de nieuwe aanbestedingsdocumentatie. Ambiq biedt geen begeleiding in de interventieniveaus 5 en 6. interventieniveau 6 is wenselijk in uitzonderlijke situaties om maatwerk te kunnen leveren, inzet van tijdelijke aard. Niveau 5: meervoudige problematiek. Niveau 6: complexe meervoudige problematiek. Bij aanvang van een traject, waarin de begeleiding/behandeling vaak intensiever is, is niveau 6 passend. En eventueel kan in een later stadium afgeschaald worden naar niveau 5. Interventieniveau 5 betreft meerdere resultaatgebieden, maar minder complex dan interventieniveau 6. Interventieniveau 6 is complexe meervoudige problematiek, waarbij de problematiek op diverse leefgebieden met elkaar verweven zijn. Hierbij is de frequentie van inzet begeleiding hoog (crisisgevoeligheid is hoog). Interventieniveau 5 is voor complexe problematiek op diverse gebieden, crisisgevoeligheid is laag. Geen mening. interventie niveau 6 is meer gericht op doelgerichte gespecialiseerde korte trajecten Waarvan doelstellingen binnen een bepaalde termijn gehaald moeten worden. Je dit ook kunnen interpreteren als nog mogelijkheden tot ontwikkeling, verbetering etc. Hierin zou je als gemeente evt. voorwaarden kunnen stellen aan het opleidingsniveau en/of ervaring.
--	---

	Het verschil tussen niveau 5 en 6 ligt in onze mening in de complexiteit. Diagnostisch is nog niet alles duidelijk met daarin problemen die een groot beroep doen op de draagkracht van het systeem van de client. Daarnaast kan er sprake zijn van heftig acting-out gedrag. Kort geschreven: biedt behandeling aan jeugdigen met stoornissen met gedragsproblemen die het hele systeem belasten. Hierbij is de draagkracht van het systeem toereikend en is er voldoende capaciteit om adviezen en pedagogische begeleiding in het systeem te incorporeren. Na interventie kan het systeem zelf weer verder. biedt behandeling aan jeugdigen met complexe stoornissen en/of gedragsproblemen die zowel het systeem als het gehele sociaal netwerk aantasten. De draaglast is te groot ten opzichte van de draagkracht. Hier is wisselend frequente en intensieve ambulante interventie nodig. Het systeem heeft een beperkt sociaal netwerk en binnen het systeem zijn in meer of minder mate extra uitdagingen. Het beeld van het systeem en de klachten bij de cliënt zijn hierdoor complex en/of diffuus. Verskil basis- (niveau 5) en specialistische (niveau 6) begeleiding ligt in de complexiteit, intensiteit en meervoudigheid van de problematiek. Interventie niveau 5 is enkelvoudige problematiek/ ontwikkelstoornis op meerdere levensgebieden, waarin de complexiteit is afgenomen in vergelijking met interventie niveau 6 . Bij interventie niveau 6 is er sprake van forse, complexe problematiek op meerdere levensgebieden, waarin naast aandacht voor het aanleren / intraineren van vaardigheden, ook aandacht dient te gaan naar een achterliggende stoornis in de ontwikkeling en / of informatieverwerking. Forse problematiek betreft een ernstige stagnatie van het dagelijks functioneren en/of de ontwikkeling van de cliënt. Deskundigheid op het gebied van de ontwikkelingsniveau in een cliënt en diens informatieverwerking is een vereiste om vaardigheden en adequate coping te kunnen aanleren, om disfunctionele patronen te kunnen doorbreken en (weer) tot ontwikkeling te komen. Deze is lastig in een generieke beschrijving op te nemen voor onze doelgroep. Interventieniveau 6 is als er sprake is van spoed, intensieve ondersteuning en tijdelijk. Vaak gericht op meerdere begeleiders bij 1 inwoner. Daarna volgt veelal afschaling naar interventieniveau 5 als de rust weergekeerd was. Bij interventieniveau 5 is er geen sprake (meer) van spoed en kan er ook sprake zijn van langdurige ondersteuning. Bij kinderen, jongeren en gezinnen is er bij IV5 sprake van complexe meervoudige problematiek. Bij IV6 is er sprake van complexe _meervoudige problematiek, of wanneer er sprake is veiligheidsissues.
--	---

	In bouwsteen 6 zit de zwaarste problematiek. In bouwsteen 6 kunnen maar een paar organisaties werkzaam zijn, omdat deze bouwsteen vraagt om multidisciplinair werken inclusief de zwaarste disciplines. Geen antwoord. Interventieniveau 6 is complexer. Geen ervaring mee. Momenteel alleen trajecten niveau 4 en 5. Volgens de huidige definitie van de aanbestedingsdocumentatie van Noord- en Midden Drenthe: • 5 = ‘middel’, ‘specialistisch’, ‘ernstig enkelvoudige problematiek’, ‘de relatie met de sociale omgeving is op orde’ • 6 = ‘zwaar’, ‘intensief specialistisch’, ‘complexe meervoudige problematiek’, ‘de sociale omgeving/gezin is niet in staat of bereid om mee te werken’ Dit is een logische en duidelijke onderverdeling en in de praktijk is het veelal duidelijk of het enkelvoudige of meervoudige problematiek is en hoe de relatie met ‘het systeem’ is. In de aanbestedingsdocumentatie wordt echter ook opgemerkt bij interventieniveau 6 dat deze ‘zo kort mogelijk ingezet dient te worden’. Vanuit het financiële oogpunt is het logisch dat de gemeente als financier van zorg dit zo stelt. Het is echter <i>niet aan de gemeente</i> om te bepalen hoe lang een bepaald type zorg wordt ingezet. Dit is immers afhankelijk van de situatie en van de zorgvraag en dient bij aanvang van zorg te worden bepaald door de indicatiesteller en gedurende het verloop van de zorgdienstverlening waar nodig te worden aangepast tijdens de reguliere overleggen genoemd in (5). Natuurlijk is het ‘t beste voor de cliënt en het systeem dat snel kan worden teruggeschakeld van interventieniveau 6 naar 5, maar de complexiteit van de situatie en de relatie met het ‘systeem’ bepalen of niveau 6 of 5 wordt ingezet – dat is immers de definitie van de aanbestedingsdocumentatie. Alleen <i>zorgprofessionals</i> kunnen die complexiteit en die relatie bepalen en alleen in het genoemde reguliere <i>overleg</i> kan worden bepaald of de zorg dient te worden gewijzigd en hoe. Het is erg belangrijk dat dit aspect wordt toegevoegd aan de nieuwe aanbestedingsdocumentatie. Interventie niveau 5 is er enkelvoudige of meervoudige problematiek van de inwoner en/of het gezin waarbij de inwoner of het gezin in staat is om met de ondersteuning om te gaan van deze problematiek. Bij interventieniveau 6 is er complexe meervoudige problematiek op verschillende gebieden zodat inwoner of gezin niet in staat is/of bereid is om mee te werken. - Verschil tussen specialistisch en hoog opheffen
--	--

	- 1 interventieniveau Bij interventieniveau 5 is er sprake van ernstige problematiek. Ernstige problematiek op meerdere levensgebieden. De inwoner is samen met begeleiding in staat op redelijke wijze zijn/haar leven in te richten om te komen tot ontwikkeling. Het verschil met interventieniveau 6 zit in het beeld. Er is sprake van dubbele diagnostiek en veel problemen in de leefomgeving (multiprobleem). Bij interventieniveau 6 is er sprake van een diffuus beeld wat invloed heeft op alle levensgebieden. Het één kan niet los van het ander worden gezien. De problematiek doorkruist alle levensgebieden. Hierdoor is de zorg moeilijk planbaar; er is sprake van crisis waardoor niet op afroep ingezet kan worden. De inwoner is dikwijls niet in staat zelf hulp in te schakelen en/of de hulpvraag uit te stellen. Er zal eerst een zekere mate van stabiliteit bereikt moeten worden, alvorens de zorg meer gestructureerd ingevuld kan worden. Dit vraagt een andere expertise (specifieke kennis) van de begeleiding alsmede verschil in bereikbaarheid en nabijheid. Geen. Het verschil tussen interventieniveau 5 en 6 zit in de volgende elementen: - Mate van intensiteit problematiek (middel zwaar) op de verschillende onderwerpen. - Mate van frequentie en uren inzet voor de zorg die nodig is. Niet meer als een verschillend tarief voor een vergelijkbare zorgzwaarte maar verschillend zorgvolume. Wij zijn niet actief in uw gemeente en kunnen daardoor niet precies inschatten wat de zwaarte en inhoud van de verschillende interventieniveaus is. Daarom zien wij af van een antwoord op deze vraag. Het verschil is op basis van de definitie zoals gesteld in de Handreiking werken met resultaten lastig te bepalen. Het grootste verschil is de bereidheid van de sociale omgeving en van de betrokkene. In de praktijk kan het verschil neerkomen op de mate van intensiteit van de interventie en de noodzaak tot nabijheid van de behandelaren en het toezicht. Voor VNN is dit afhankelijk van de zwaarte van de verslaving en de impact van deze verslaving op alle levensgebieden (o.a. wonen en werken). De complexiteit van de problematiek maakt dat VNN in principe alleen interventieniveau 6 biedt. Interventieniveau 5 wordt alleen geboden als VNN de aanvullende behandeling verzorgt (bijv. cliënten die in een reserente setting bij een ketenpartner of al een intensief ambulante behandeling traject bij een ketenpartner volgen).
--	--

	Geen antwoord. Meer samenwerking met behandeling en intensievere ondersteuning in de week. Op niveau 6 misschien wel dagelijks contact. Dit zou ook telefonisch of via internet kunnen (beeldbellen, mail, app) - Het verschil is erg onduidelijk. Het criteria hiervoor Interventieniveau 6 wordt ingezet als interventieniveau 5 niet werkt. Interventie niveau 5 herkennen we de ondersteuningsvraag van een (jong) volwassen inwoner gericht op een ernstig enkelvoudig probleem in een leefgebied of gericht op meerdere leefgebieden. Bij interventie niveau 6 zien we dat het een ondersteuningsvraag is van een (jong) volwassen inwoner gericht op complexe meervoudige problematiek, waarbij de problematiek op de verschillende leefgebieden door elkaar heen lopen en elkaar beïnvloeden (diffuus beeld). Het lijkt een beetje een grijs gebied, gezien de omschrijving is niveau 6 diffuus en zeer complex. De ambulant begeleider zal hierbij een cruciale rol vervullen. In de matrix staat dat het verschil zit in ernstige enkelvoudige problematiek (5) en complexe meervoudige problematiek (6). Uit onze ervaring blijkt dat er bij de meeste inwoners zelden sprake is van enkelvoudige problematiek op meerdere leefgebieden, maar dat er vaker sprake is van meervoudige problematiek. In dit geval krijgen we meestal meerdere resultaatgebieden op IV5 toegewezen. In onze beleving lijkt dit vanuit het kostenperspectief te worden toegewezen. Bij beiden kan sprake zijn van meervoudige problematiek. Maar bij niveau 6 is de interactie tussen de verschillende probleemgebieden ook nog extra complex, oftewel echte multiproblematiek. Niet of nauwelijks. Zijn vergelijkende producten. In onze ogen moet je het simpel houden. Iets is of ambulante begeleiding of specialistische begeleiding. Waarbij de specialistische begeleiding complex is, multi-problem etc. Ik denk dat dit in overleg met de consultant goed te bepalen en af te stemmen is. Ik zie wel een duidelijk verschil. De interpretatie van de indicatiestellers is wel nogal eens verschillend. Het verschil zie ik met name in de disbalans die binnen het gezin heerst. In interventieniveau 6 is er sprake van een langdurende 'overlevingsstand' van het gezin. Ondanks alles wat het gezin heeft gedaan om zichzelf te kunnen redden en er bovenop te komen, lukt het niet en is er een dysfunctionele balans ontstaan, waarbij de balans van draagkracht en draaglast aanzienlijk is verstoord. Er zijn problemen op diverse levensgebieden waarbij de zorgen en machteloosheid
--	--

	enorm is. Het gezin weet er zelf niet meer uit te komen en wat precieze oorzaak is, is niet helder. Ik vind het een taak om op dit interventie niveau dat de professional eerst rust en overzicht en structuur schept. Het kan bijvoorbeeld gaan om het slaap- en waakritme, helpen om destructieve patronen te doorbreken door bijvoorbeeld een signaleringsplan op te stellen en overzicht te krijgen t.a.v. administratie/ financiën voor bijvoorbeeld een betalingsregeling in gang te zetten waardoor de draaglast/stress afneemt. Daarnaast vind ik het van groot belang dat de betrokken hulpverleners integraal samenwerken, weten wat ze doen en een gedeelde verantwoordelijkheid dragen vanuit de context van de inwoner en zijn systeem. Van daaruit vormt het de basis voor de begeleiding en/ of behandeling van het systeem. De problemen komen boven drijven en krijgen de mogelijkheid om hiermee aan de slag te gaan. Als het gaat om interventieniveau 5, is er mijns inziens sprake van langer bestaande problematiek die een grote of centrale rol speelt in het gezin. Hierdoor wordt de ontwikkeling van het individu en systeem belemmerd. Als er geen ondersteuning is, is de kans op grotere problemen evident. Ondanks de problematiek functioneert het gezin wel binnen dit interventieniveau, maar is het van belang dat de problemen een minder grote impact hebben in het gezin. Het mag wel een rol hebben, maar geen centrale rol. Het gezin leert manieren om te gaan met de bestaande problematiek en kan er op een adequate manier mee omgaan. De focus wordt verlegd naar mogelijkheden en perspectief. Doelgroep die valt onder interventieniveau 5 en 6 is verschillend. Cliënten die onder 6 vallen zijn multi-probleem, probleemgebieden lopen door elkaar, waardoor veel specialistischer begeleiding ingezet moet worden. Begeleiding die flexibel is, kan inspringen op crisissituaties en eventuele op het hele gezin ingezet kan worden. De financiering voor 6 is alleen wel beperkt, daardoor moet er wel gestapeld worden, om deze doelgroep goed te kunnen bedienen. Wij merken dat er nooit een product wordt afgegeven, maar in combinatie met andere producten. Geen antwoord Interventieniveau 5 wordt gezien als complexe enkelvoudige problematiek op één of meerdere leefgebieden waarbij de ondersteuningsfrequentie hoog is maar af te bakenen valt tot de voornoemde leefgebieden. Interventieniveau 6 wordt gezien als complexe meervoudige problematiek op meerdere leefgebieden die elkaar beïnvloeden en met elkaar samenhangen. De ondersteuningsfrequentie is hoog en is er op gericht de problemen steeds in samenhang met elkaar te bezien.
--	--

	In de matrix staat dat het verschil zit in ernstige enkelvoudige problematiek (5) en complexe meervoudige problematiek (6). Uit onze ervaring blijkt dat er bij de meeste inwoners zelden sprake is van enkelvoudige problematiek op meerdere leefgebieden, maar dat er vaker sprake is van meervoudige problematiek. In dit geval krijgen we meestal meerdere resultaatgebieden op IV5 toegewezen. In onze beleving lijkt dit vanuit het kostenperspectief te worden toegewezen. Niet of nauwelijks. Zijn vergelijkende producten. In onze ogen moet je het simpel houden. Iets is of ambulante begeleiding of specialistische begeleiding. Waarbij de specialistische begeleiding complex is, multi-problem etc.
12. Welke invulling/activiteiten vallen volgens u onder interventieniveau 4? Hoe staat u tegenover om interventieniveau 4 onder te brengen in een algemene voorziening?	Kan, maar in het geval van follow-up of terugvalpreventie voorzie ik deze liever zelf voor mijn cliënt vanwege de reeds opgebouwde therapeutische relatie.). Algemene opstart op het gebied van financiën, tijdsbesteding, werk en of opleiding, geestelijke gezondheid. Ervoor zorgen dat de basis loopt in het leven van de client en dit monitoren als trajectondersteuner. Alles wat met het huishouden te maken heeft (bv. Boodschappen doen, huis schoon maken). Wij staan er positief tegenover om interventieniveau 4 onder te brengen in de algemene voorzieningen. Laagdrempelige, eenduidige, duidelijk afgebakende ondersteuning bij niet-complexe problematiek op 1 gebied kan verschillende invullingen hebben in verband met maatwerk. Interventieniveau 4 onderbrengen in een algemene voorziening is onwenselijk omdat enkelvoudige problematiek (op 1 gebied) wel zwaarder/langer durend kan zijn dan door algemeen toegankelijke ondersteuning/ maatschappelijk werk opgelost kan worden, zoals nu bij interventieniveau 1-3 gebeurt. Dat is te kort door de bocht. Ook hier geldt dat er maatwerk geleverd mag worden. Ik kan me wel voorstellen dat de algemene voorziening bijvoorbeeld een eerste screening doet voorliggend aan de Wmo. Wat is hier aan de hand en kunnen wij dat als maatschappelijk werkers/welzijnswerkers de juiste begeleiding bieden. Zo ja, dan doen we dat. Zo nee, dan dragen we warm over aan de Wmo consulent zodat er niet opnieuw de intakefase overgedaan moet worden. Hierbij zouden criteria voor de AV professional kunnen gelden als: 1. is er daadwerkelijk sprake enkelvoudige problematiek of speelt er meer. Ja, dan overdragen aan Wmo met begeleidingsadvies. 2. Wat is de verwachte duur van de begeleiding? Kan het zeg in 10 sessies opgeklaard en opgelost worden, dan is het AV, is de verwachting dat er sprake is van toch langdurigere ondersteuning dan is

	het Wmo. Wordt een client bij de Wmo aangemeld vanuit een professionele behandel/begeleidingsorganisaties, dan is er geen sprake van AV tenzij dit expliciet wordt benoemd. Producten en diensten uit de AV worden nu ook al vaak door cliënten gebruikt of ingezet. Denk aan vrijwilligerswerk voor een client die wil participeren. Hij meldt zich dan ook aan bij een AV. de activiteiten die ook bij 6 vallen maar minder veel uren. Onderbrengen bij algemene voorziening ben ik geen voorstander van. . Lichte ondersteuning/begeleiding gericht op enkelvoudige problematiek. Bijvoorbeeld eens per week ondersteuning bieden op het gebied van financiën, administratie. Waar dit in een algemene voorziening mogelijk is kan dit ondergebracht worden. Wel moet dit passend zijn bij de zorgvraag en hier de juiste begeleiding geboden worden. Kortdurende begeleiding valt hier ook onder. Kijk hierbij goed naar recente diagnostisch beeld en verleden. Geen idee over. POH-jeugd Assen; interventieniveau 4 wordt daar meestal zelf opgepakt. Soms verwezen; meer als gevolg van een (te) volle agenda dan dat de kennis en kunde niet aanwezig is. Zie 10: in de afbouwfase van de ambulante begeleiding (incidentele) eenvoudige ondersteuning (planning, begeleiding bij een instantie etc). WmZ is echter beducht voor het onderbrengen van dit interventieniveau 4 in een algemene voorziening vanwege het privacy aspect! In de algemene voorziening denk ik moeten alle problemen/cliënten onder gebracht worden die met 4 tot 6 gesprekken van een uur ondergebracht kunnen worden. Alle activiteiten die daar niet onder vallen zou ik onder niveau 4 zetten. - Na het behalen van enkele doelen en eventuele behandeling, zouden deze zorgvragen onder supervisie van een geschoolde (minimaal niveau 4) pedagoog uitgevoerd kunnen worden door een niveau twee of drie. Dit tegen een lager tarief dan wat nu afgegeven wordt. Ook hierin kan meer samengewerkt worden met dagbesteding. De term 'algemene voorziening' komt niet voor in de Begrippenlijst van de aanbestedingsdocumentatie. Wel wordt daarin gesproken over 'maatwerkvoorzieningen', als de zorgdienstverlening aan cliënten die wordt ingekocht door de gemeente. Volgens de trias politica, zoals genoemd in (4), dient de gemeente zelf geen zorg te verlenen en zoals eerder genoemd zijn partijen als sportclubs, hobbyverenigingen, bibliotheken, buurthuizen en dergelijke geen zorgverleners. Volgens de wet wordt zorg verleend door zorgverleners. Volgens de aanbestedingsdocumentatie
--	--

	is de definitie van interventieniveau 4 dat er een ondersteuningsvraag is met een mild, enkelvoudig probleem. Er is dus sprake van een burger die zich met een zorgvraag heeft gemeld bij de gemeente en daarmee een zorgcliënt is geworden. De combinatie van het bovenstaande impliceert dat een zorgcliënt zorg dient te ontvangen van een zorgprofessional. In de terminologie van de aanbestedingsdocumentatie is dat ‘maatwerk’ en dat is precies wat het dient te zijn. Het is daarbij goed denkbaar dat na een korte periode van zorgdienstverlening tijdens het eerste overleg blijkt dat de cliënt vanaf dat moment ook geholpen zou kunnen worden door andere faciliteiten, die wellicht onder de term ‘algemene voorziening’ kunnen worden geschaard. In zo’n geval is het zorgtechnisch aan te raden dat de zorgverlener uit die eerste periode op de achtergrond aanwezig blijft en af en toe kort checkt of de genoemde faciliteiten inderdaad voldoende bieden aan de cliënt. Bij een tweede overleg zou het dan kunnen dat de conclusie is dat de cliënt het zonder die korte controlemomenten van de zorgprofessional kan doen. Het is dus wel degelijk mogelijk dat ‘algemene voorzieningen’ kunnen worden ingezet relatief kort nadat door een zorgprofessional is begonnen door zorgdienstverlening op interventieniveau 4 en het is ook wel degelijk mogelijk dat die zorgdienstverlening <i>daardoor</i> na een tijdje kan stoppen. Het is echter niet realistisch en niet redelijk om te verwachten dat een burger met een milde zorgvraag zich kan redden met ‘algemene voorzieningen’, zonder begeleiding van een zorgprofessional. Het is dus om zorgtechnische redenen niet mogelijk dat interventieniveau 4 wordt opgeheven. De beantwoording van deze vraag vraagt om een brede dialoog hierover (vraagverheldering). Wij hebben nauwelijks te maken met interventieniveau 4 vanwege het generalistische karakter van deze bouwstenen. Ons inziens blijft begeleiding, ook als het gaat om een mild enkelvoudig probleem, maatwerk. Interventieniveau 4 bestaat uit 1 doel en is eigenlijk nooit aan de orde bij onze doelgroep. Het is daarom ook erg lastig om een inhoudelijke reactie te geven op deze vraag. De vraag is te algemeen om een goed antwoord te kunnen geven. Zoals ongenueanceerd zoals de vraag nu gesteld wordt, kan het antwoord alleen maar nee zijn. Er zal na een aanvraag beoordeeld moeten worden welke hulp de aanvragen nodig heeft. Is dit maatwerk of algemeen. Het kan niet zo zijn dat een maatwerkvoorziening op interventieniveau 4 per definitie een algemene voorziening wordt. De WMO en de Jeugdwet geven aan wat een maatwerkvoorziening is. De hulp die de aanvrager moet hebben is bepalend en niet het systeem van de gemeente. De vraag die gesteld wordt past niet bij het systeem van de wet van de individuele beoordeling. De vraag zal meer moeten worden uitgewerkt om een antwoord te kunnen geven. Nu lijkt de vraag een doel te dienen. Hoe passen we de maatwerkvoorziening aan naar een algemene voorziening. Dit is een tegenstelling. Volgens de definities in de wet zijn er ook geen algemene maatwerkvoorzieningen.
--	--

	Geen mening. Activiteiten zullen een zelfde omschrijving hebben als interventie niveau 5 en 6, echter is de complexiteit van de doelgroep hierbij anders. Wij staan als organisatie niet negatief tegenover onderbrengen in een algemene voorziening als het gaat om niveau 4, echter blijft het van belang om de client centraal stellen. Hier kun je ons inziens geen eenduidig antwoord op geven. Het blijft maatwerk, dat wil zeggen, dat je altijd kijkt samen met de cliënt wat kan voorliggend in een algemene voorziening geboden worden. Zoals al genoemd hebben wij daarin vraag 9 al voorbeelden van gegeven. Bij niveau 4 ervaren wij als te beperkt om diagnostiek en/of een behandeling in te kunnen uitvoeren. Het is wel toereikend om in te zetten wanneer in complexe casuïstiek een regisseur dan wel een beoordelaar nodig is. Daarvoor zijn niveau 5 en 6 veel te uitgebreid. Invulling: Deze vinden we lastig. We hebben deze doelgroep niet binnen Horizon begeleiding. Het lijkt ons passend om interventieniveau 4 onder te brengen bij een algemene voorziening. Voorwaarde is dat ondersteuning door specialistische kennis en handelingsalternatieven wordt geboden specialistische zorgaanbieders. De algemene voorziening moet erop kunnen rekenen dat zwaardere (complexe) zorg of overgenomen wordt of daarin ondersteund wordt. Veel van de begeleiding die wij nu bieden valt (in andere regio's) onder interventieniveau 4, omdat de opleidingseisen voor de andere niveau's te specifiek zijn. Gezien de beschrijvingen valt onze begeleiding meestal onder niveau 5 of 6, maar daar komen wij dan weer niet voor in aanmerking. Gezien de specifieke doelgroep ((vermoedelijk) hoogbegaafde jongeren) en hun specifieke problematiek en de daarbij gewenste specifieke begeleidingsbehoefte, vinden wij het zeer zorgelijk als interventieniveau 4 ondergebracht wordt in een algemene voorziening. Voor onze doelgroep zullen daar waarschijnlijk niet de juiste hulpverleners beschikbaar zijn, waardoor de problematiek kan verergeren - Activiteiten: Een inwoner die is vastgelopen en na korte interventie weer zelfstandig verder zal kunnen gaan. Algemene voorziening: Niveau 4 kan prima als algemene voorziening worden ingezet. Vraagt wel goede en zorgvuldige contractering voor deze algemene voorziening. Er zijn grote gemeenten waar alles een algemene voorziening is. Waardoor er ook fors minder administratieve lasten zijn. Geen beschikking, berichtenverkeer, registratie, geen CAK enz.
--	--

	- Voor kinderen, jongeren en gezinnen is IV4 van toepassing bij eenvoudige vragen, het in stand houden van de bereikte situatie en bij het afschalen van zorg. Cosis ziet hierin vooral een rol voor het voorliggend veld. Het gaat bij deze bouwsteen om lichte, eenvoudige problematiek. Hier past korte begeleiding bij. Deze begeleiding wordt primair opgepakt door andere aanbieders in de regio Geen antwoord. Ons inziens, maximaal 4 keer pedagogische begeleiding. Een traject opstarten en/of afsluiten. Intervisie sessies. Evaluaties. Wij denken dat juist de cliënten met de eenvoudige hulpvragen snel en goed ondersteund kunnen worden in niveau 4. Zeker als je hier een maatwerktraject kan bieden. Het is misschien een overweging om de resultaatgebieden Z en M onder te brengen in een algemene voorziening maar het resultaatgebied G niet. Er zijn veel hulpvragen die hier in passen en die door de relatief “goedkope” inzet in interventieniveau 4 G1 wordt voorkomen dat er zwaardere hulp moet worden ingezet. Dit resultaatgebied (en dan met name JW/ G1 werkt voor ons en cliënten goed). De term ‘algemene voorziening’ komt niet voor in de Begrippenlijst van de aanbestedingsdocumentatie. Wel wordt daarin gesproken over ‘maatwerkvoorzieningen’, als de zorgdienstverlening aan cliënten die wordt ingekocht door de gemeente. Volgens de trias politica, zoals genoemd in (4), dient de gemeente zelf geen zorg te verlenen en zoals eerder genoemd zijn partijen als sportclubs, hobbyverenigingen, bibliotheken, buurthuizen en dergelijke geen zorgverleners. Volgens de wet wordt zorg verleend door zorgverleners. Volgens de aanbestedingsdocumentatie is de definitie van interventieniveau 4 dat er een ondersteuningsvraag is met een mild, eenvoudig probleem. Er is dus sprake van een burger die zich met een zorgvraag heeft gemeld bij de gemeente en daarmee een zorgcliënt is geworden. De combinatie van het bovenstaande impliceert dat een zorgcliënt zorg dient te ontvangen van een zorgprofessional. In de terminologie van de aanbestedingsdocumentatie is dat ‘maatwerk’ en dat is precies wat het dient te zijn. Het is daarbij goed denkbaar dat na een korte periode van zorgdienstverlening tijdens het eerste overleg blijkt dat de cliënt vanaf dat moment ook geholpen zou kunnen worden door andere faciliteiten, die wellicht onder de term ‘algemene voorziening’ kunnen worden geschaard. In zo’n geval is het zorgtechnisch aan te raden dat de zorgverlener uit die eerste periode op de achtergrond aanwezig blijft en af en toe kort checkt of
--	---

	de genoemde faciliteiten inderdaad voldoende bieden aan de cliënt. Bij een tweede overleg zou het dan kunnen dat de conclusie is dat de cliënt het zonder die korte controlemomenten van de zorgprofessional kan doen. Het is dus wel degelijk mogelijk dat ‘algemene voorzieningen’ kunnen worden ingezet relatief kort nadat door een zorgprofessional is begonnen door zorgdienstverlening op interventieniveau 4 en het is ook wel degelijk mogelijk dat die zorgdienstverlening <i>daardoor</i> na een tijdje kan stoppen. Het is echter niet realistisch en niet redelijk om te verwachten dat een burger met een milde zorgvraag zich kan redden met ‘algemene voorzieningen’, zonder begeleiding van een zorgprofessional. Het is dus om zorgtechnische redenen niet mogelijk dat interventieniveau 4 wordt opgeheven. De invulling/activiteiten van interventieniveau 4 zijn gericht op sport/spel, natuur betrekken, kinderen en dieren betrekken bij de activiteiten. De algemene voorziening kan daarvoor niet genoeg bieden. Begeleiden op afstand waarbij we meer van ICT technologie gebruik kunnen maken Onder interventieniveau 4 vallen dikwijls enkelvoudige hulpvragen. Vragen op één levensgebied. De inwoner heeft een dermate zelfstandigheid bereikt dat alleen lichte ondersteuning nodig is. Specifieke kennis van problematiek en het aanleren van vaardigheden is een vereiste, waardoor de inwoner in zijn kracht gezet kan worden en zelfstandig verder kan. Daarnaast zullen er ook inwoners zijn, die deze ondersteuning meer dan langdurig nodig hebben, omdat het vaardigheden betreft die niet of nauwelijks aan te leren zijn. Dit zou in een algemene voorziening weg gezet kunnen worden indien het een tijdelijke hulpvraag betreft. Als je interventieniveau 4 in de algemene voorziening onder brengt dan zullen veel aanbieders de cliënten die onder interventieniveau 4 vallen richting interventieniveau 5 gaan omdat er nu al alleen noodzakelijke zorg wordt ingezet, en de cliënten niet voldoende hebben aan de algemene voorziening. Het risico dat de cliënt geen progressie boekt is dan groter. NVT. Binnen interventieniveau 4 hebben we als Leger des Heils W&G Noord geen inschrijvingen. Een algemene voorziening heeft een lichte toets aan de voorkant waardoor er in principe weinig mogelijkheden zijn om een toestroom aan zorgvragers te reguleren. Dit heeft naar onze inschatting twee risico's. Het ene is een versterkte vraag naar ondersteuning vanuit interventieniveau 5 als de algemene voorziening niet biedt wat gewenst is. De andere is een verhoogde druk op de algemene voorziening omdat er makkelijker op een zorgvraag kan worden ingegaan. Dit laatste is niet perse negatief als dit door eerdere interventie een latere zwaardere zorgvraag kan voorkomen.
--	--

	In aanvulling op het antwoord op vraag 11, kunnen wij meer in algemene zin zeggen dat onze ervaring is dat ca. 60% in budget en 80% in aantallen cliënten die onder het oude product (AWBZ voor de decentralisatie) begeleiding individueel vielen overgeheveld kunnen worden naar een algemene voorziening. Daarbij gaan wij er dan vanuit dat met het overhevelen van die taken ook de capaciteit overgaat. Daardoor ontstaan wijkteams die sociale basiszorg leveren vanuit een generalistisch perspectief. Een soort huisarts van het sociaal domein. Primair leveren ze zorg en ondersteuning dichtbij in de buurt, collectief waar het kan en in directe aansluiting met andere voorzieningen in de wijk (welzijn, vrijwilligers, bewonersnetwerken, wijkverpleging en enhuisartsen). Interventieniveau 4 is gericht op enkelvoudige interventies. Dit behoort niet tot het domein van Yes We Can Clinics. Wij zien dit als een mooie aanvulling zijn op WMO bemoeizorg als tussenstap naar behandeling of nazorg na behandeling evt. bij terugval? Geen antwoord. Wij zien een ambulante begeleiding meer als vervanging van dagbesteding. Een algemene voorziening kan wel maatwerk voorkomend ten aanzien van ambulante begeleiding. Zeker in het kader dat een algemene voorziening een laagdrempelige voorziening is. - Wij gebruiken nauwelijks interventie niveau 4. Preventiewerkzaamheden. Dit kan worden opgepakt door de wijkteams. Sport en spel, muziek maken en luisteren, dieren betrekken, kinderen er bij betrekken, de natuur in. Wat de cliënt fijn vindt. Uit de vraag wordt onvoldoende duidelijk wat het onderbrengen binnen de algemene voorziening concreet zou betekenen. Wij denken dat het niet verstandig is deze onder te brengen in een algemene voorziening, temeer er wel degelijk sprake is van problematiek en meerdere hulpvragen. De problematiek, waar wij de inwoners mee helpen, wordt (bijna) nooit op IV4 toegewezen. Dit omdat er altijd sprake is van meervoudige problematiek. De definitie van IV4 is dat het gaat om een mild enkelvoudig probleem in een leefgebied. Zodoende is het voor ons niet in te schatten wat de consequenties zijn als dit onder de algemene voorziening gaat vallen. Enkelvoudige problematiek waarbij mensen met een kortdurende interventie weer op weg geholpen kunnen worden. Niet enkel onderbrengen bij een algemene voorziening. Wel altijd samenwerking tussen algemene en maatwerkvoorziening. Korte tijd een zorg professional betrekken om direct de juiste interventie in te zetten en daarna doorschakelen naar algemeen. Onder interventieniveau 4 vallen de handelingen ten aanzien van de basis ambulante begeleiding o.a:
--	--

	• Thuisbegeleiding: hulp bij het dagelijks leven thuis. Zoals leren het huishouden te doen, hulp bij geldzaken en administratie. • Begeleiding bij het leggen van contacten en het onderhouden van deze. • Hulp bij het indelen van de dag en het ondernemen van activiteiten. • Gezinsondersteuning en opvoedondersteuning. • Begeleiding bij persoonlijke verzorging Wij zijn geen voorstander van het standaard onderbrengen van een product in een algemene voorziening. Er zal per individu gekeken moeten worden of deze past binnen een algemene voorziening ongeacht welk geïndiceerd product deze nu heeft. Daarnaast kom je bij ambulante begeleiding in welke vorm dan ook dicht bij het privéleven van de cliënt. Om de begeleiding te laten slagen is goed contact noodzakelijk dit moet gebeuren in een omgeving waar een cliënt zich veilig voelt om zich te uiten. Zie ook bij mijn antwoord onder punt 7. Cliënten bouwen een band op met hun vertrouwde hulpverleners, die band is in een aantal gevallen zelf de reden om ‘stabiel’ te blijven. Immers, als er wat is dan kan beroep gedaan worden zonder uitgebreide tekst. Een half woord is genoeg. Het voor de cliënt op de achtergrond altijd “aanwezig zijn in afwezigheid.” Er wordt veel gesproken over overdraagbaarheid van begeleiding. In technische zin mogelijk, in relationele zin moeilijk en soms niet mogelijk in hele specifieke situaties. Ik zie indicatieniveau 4 daarom als geschikt voor onze chronische cliëntgroep (dus waarbij niet afgesloten kan worden) waarbij het optimale kader van mogelijkheden en beperkingen inzichtelijk is en er een bepaald niveau van functioneren behaald en gestabiliseerd is. Binnen dat kader is het dan de kunst om terugval (zo veel mogelijk) te voorkomen. Wisselingen of afsluiten en uit beeld raken is soms al voldoende reden voor terugval met als gevolg [opnieuw] hogere kosten. Vanuit mijn optiek vallen hieronder voornamelijk laagfrequente gesprekken met de inwoner. Met name gericht op bestendigen van de werkzame vaardigheden, het herkaderen en herstructureren van het dagelijks leven en positieve bekrachtiging. Ik kan me voorstellen dat het voor sommige inwoners deze vorm van contacten helpend is en de stabilisatie gehandhaafd blijft en decompensatie voorkomend. Een risico kan zijn dat de begeleider onderdeel wordt van het systeem waar de inwoner zich in bevindt en daardoor het afsluiten van een begeleidingstraject bemoeilijkt. Het is wel de moeite waard om eens goed te kijken naar inwoners die gebruik maken van dit
--	--

	interventieniveau en voor welke doeleinden dit gebruikt wordt. Met deze informatie onderzoeken of er delen zijn die kunnen vallen onder de algemene voorziening. Of dat er nieuwe initiatieven geïmplementeerd kunnen worden die hier goed bij aansluiten. Interventieniveau 4 wordt door onze leden regelmatig ingezet en we zien dat daar dus wel behoefte aan is. Als interventieniveau 4 in de algemene voorziening wordt ondergebracht dan zullen veel aanbieders de cliënten die onder interventieniveau 4 vallen richting interventieniveau 5 proberen te krijgen omdat er nu al alleen noodzakelijke zorg wordt ingezet. En de cliënten niet voldoende hebben aan de algemene voorziening. Het risico dat de cliënt in de algemene voorziening geen progressie boekt is dan groter. Met als gevolg dat de cliënt langer zorgbehoevend is, doordat niet tijdig weer ingesprongen is op de hulpvraag. Het lijkt ons wel goed om de overgang richting een algemene voorziening zo makkelijk mogelijk te maken en te onderzoeken of er wellicht meer samenwerking mogelijk is. Supervisie taken / controle functies / evaluatie momenten, vallen onder niveau 4. Het is me niet duidelijk wat bedoeld wordt met 'algemene voorziening'. Het gaat hier over enkelvoudige problemen op één leefgebied waarbij laagfrequente ondersteuning aan de orde is. Zoals uit voorgaande antwoorden blijkt zijn wij gericht op het inrichten van context en als dat lukt is het goed mogelijk om interventieniveau 4 onder te brengen in algemene voorzieningen. De problematiek, waar wij de inwoners mee helpen, wordt (bijna) nooit op IV4 toegewezen. Dit omdat er altijd sprake is van meervoudige problematiek. De definitie van IV4 is dat het gaat om een mild enkelvoudig probleem in een leefgebied. Zodoende is het voor ons niet in te schatten wat de consequenties zijn als dit onder de algemene voorziening gaat vallen. Onder interventieniveau 4 vallen de handelingen ten aanzien van de basis ambulante begeleiding o.a: • Thuisbegeleiding: hulp bij het dagelijks leven thuis. Zoals leren het huishouden te doen, hulp bij geldzaken en administratie. • Begeleiding bij het leggen van contacten en het onderhouden van deze. • Hulp bij het indelen van de dag en het ondernemen van activiteiten. • Gezinsondersteuning en opvoedondersteuning. • Begeleiding bij persoonlijke verzorging
--	---

	Wij zijn geen voorstander van het standaard onderbrengen van een product in een algemene voorziening. Er zal per individu gekeken moeten worden of deze past binnen een algemene voorziening ongeacht welk geïndiceerd product deze nu heeft. Daarnaast kom je bij ambulante begeleiding in welke vorm dan ook dicht bij het privéleven van de cliënt. Om de begeleiding te laten slagen is goed contact noodzakelijk dit moet gebeuren in een omgeving waar een cliënt zich veilig voelt om zich te uiten.
13. Wat is er nodig om te kunnen afschalen?	Vertrouwen van de hulpverlener dat de cliënt het red zonder hulp, follow-up mogelijkheden waardoor in frequentie kan worden afgebouwd. Terugvalpreventieplannen opstellen met cliënt. Ook de mogelijkheid om snel contact op te kunnen nemen als het toch misgaat na de afronding.). Bereiken van opgestelde doelen tijdens start traject. Dat kun je voorkomen door bij de start van de hulpverlening afschalen als vast punt te bespreken. kwaliteit +maatwerk= hogere effectiviteit =eerder kunnen afschalen=minder kosten. Formuleer het resultaat uitkomst gericht : wat _ straks?. Verwoord de doelen en verwachtingen zo, dat deze voor gezinsleden zelf begrijpelijk en betekenisvol zijn. Gebruik omschrijvingen waar mensen zelf mee gekomen zijn. Voer met aanbieders een gesprek of deze de gewenste resultaten kan behalen. Maak afspraken over tussentijds contact en evalueren en wijze van delen van informatie. Heeft de aanbieder voldoende zicht op de aard en ernst van de problematiek, dan kan de intensiteit worden bepaald. Het idee is dat de aanbieder binnen het gekozen profiel alles inzet wat nodig is voor het bereiken van het beoogde resultaat. Het stapelen van trajecten is dus niet aan de orde, een traject omvat alle benodigde zorg. Wanneer de client zelf aangeeft dat hij/zij met minder uren toekan. Wanneer de beperkingsproblematiek niet meer speelt maar wel ‘onderhoudsbeurten’ nodig blijven. ik zou het niet weten. . Besprekbaar maken van signaleren door begeleiders wanneer afschalen mogelijk is, laat dit vaker terugkomen in overleggen als algemene vraag. Wanneer blijkt dat de zorgvraag weer toeneemt moet de mogelijkheid weer bestaan om snel op te schalen. Het snel opschalen is niet goed omschreven in beleid en aanpak. Geen idee over.

	contact en overleg met verwijzers. zie voorafgaand bij o.m. 8 en 10. Met de client oefenen in zijn/haar hoogst mogelijke graad van zelfstandigheid! Volgens de werkwijze van welzijn nieuwe stijl kan de professional zijn eigen ruimte benutten om de cliënt zo zelfredzaam mogelijk te krijgen en het eigen netwerk van de cliënt te verstevigen. Door dicht op de cliënt te zitten kan de professional een inschatting maken over afschaling. Vervolgens is het meest makkelijke dat er een werkwijze wordt gehanteerd waardoor opdrachtgever en opdrachtnemer korte lijnen hebben. Mogelijk met kortdurende indicaties en die wel op tijd verlengd kunnen worden in overleg met de cliënt. Bijvoorbeeld om de twee maanden ga je weer overleggen met elkaar over de voortgang. - Duidelijke smart geformuleerde doelen, welke uitgevoerd dienen te worden door zorgverleners met voldoende expertise bij de gevraagde problematiek. Het combineren van administratie en rapportages, welke nauwlettend worden beargumenteerd door de wijkteams en desgewenst een behandelaar. Waar mogelijk een tijdsbestek toevoegen aan de resultatenmatrix op verschillende niveaus. Een gewogen beslissing van de stakeholders aanwezig bij het overleg dat regelmatig plaatsvindt tijdens de lopende zorgdienstverlening (zie eerdere opmerkingen in (5) over dit overleg). Dus vooral niet: financiële redenen. En ook niet: het feit dat de tijdsduur van een traject is afgelopen. De term 'afschalen' betekent immers dat 'juiste' zorg kan worden geleverd met minder middelen. En 'juist' wordt bepaald door het genoemde overleg. Voor het afschalen binnen het product Begeleiding (bijvoorbeeld van Zwaar naar Licht) zou het administratief schelen als er altijd een lichtere productcode gedeclareerd kan worden. Binnen het landelijk contract wordt gewerkt met a-specifiek toewijzen. Hier krijgt de zorgaanbieder alleen de productcategorie toegewezen (bijvoorbeeld "categorie voor begeleiding") en vervolgens is het aan de zorgaanbieder welke productcode gedeclareerd wordt. Hierbij kan eenvoudig afgeschaald (en soms ook opgeschaald) worden, binnen deze productcategorie. behalen van de doelen en/of bij tijdelijke problematiek. Misschien een aparte 'afschaal' bouwsteen. In overleg met cliënt en betrokkenen een plan van aanpak maken hoe hier invulling aan te geven om cliënt stabiel te houden. Na het afschalen de mogelijkheid bieden voor een 'nazorg' bouwsteen.
--	--

	Organisaties “verplichten” regelmatig te evalueren zodat eerder gesignaleerd wordt dat afschalen mogelijk is. Daarnaast zou het goed zijn dat je makkelijk weer kan opschalen mocht het toch niet het resultaat geven die je voor ogen had. De opschaling zou zonder veel papierwerk en nieuwe gesprekken gerealiseerd kunnen worden. Sommige cliënten vinden het ‘eng’ om te zeggen dat het goed met ze gaat omdat ze bang zijn dat we straks niet meer langs kunnen komen. Goede aanvullende diensten in de keten hebben– elke keer de kritische vraag stellen: ben ik de juiste zorgverlener voor deze cliënt. En hou ik me nog daadwerkelijk bezig met de juiste werkzaamheden. Wij schalen veel af hebben daar ook veel ervaring mee. Wij geven onze begeleiders altijd mee dat ze geen taxibedrijf zijn geen schoonmaker, geen boodschappendienst en geen kinderopascentrale. Constant stellen wij ons de vraag of we nog daadwerkelijk bezig zijn met zelfredzaamheid bevorderen. Wij geven op tijd aan als een bouwsteen behaald is dan kunnen we die afschalen. - Het is altijd zaak om kritisch te blijven kijken naar de zorg en hulpverlening die je biedt. Echter is de verandering van interventie 5 naar 4 voor onze instelling niet wenselijk. Het betreft hier ernstige problematiek van chronische aard. We hebben daarin vraag 5 antwoord op gegeven. Wanneer wij de behandeling kunnen beëindigen en om kunnen zetten tot behandeling is afschaling goed en verantwoord mogelijk. Er wordt dan overgedragen aan maatschappelijk werk, interne begeleiding, huiswerkbegeleiding of pedagogische gezinsbegeleiding. Vaak blijft de hoofdbehandelaar betrokken t.b.v. de warme overdracht, het bijwonen van een MDO en follow up. Verhogen van de monitoring van voortgang op de doelen en het tijdiger bijstellen van analyses (draagkracht/draaglast, omgevingsfactoren, persoonlijke factoren, systemische factoren), hypothesen en plannen indien er onvoldoende (onderbouwde) vooruitgang is op de gestelde doelen. Beter afstemmen (tussen cliënt, omgeving, hulpverleners, overige betrokkenen) van de beoordeling van het probleem, het plan en de verwachtingen van het effect van het traject. Betere afstemming en samenwerking met voorliggende voorzieningen ter bevordering van een eventuele overdracht. (Financiële) ruimte daarin is een voorwaarde om een dergelijke afstemming alsook een warme overdracht te kunnen waarmaken. Om af te kunnen schalen is het voor Horizon begeleiding van belang om een goed zicht te hebben op organisaties die de begeleiding afgeschaald over kunnen nemen. Een overzicht van de sterke kanten van
--	--

	verschillende gecontracteerde organisaties is hierbij helpend. Geen administratieve lasten. Bijv. door het bouwsteenbedrag als een maximum te zien, waardoor een zorgverlener ook minder kan factureren en waardoor hij ook geen nieuwe (lagere) bouwsteen hoeft aan te vragen. - Aantoonbaar, persoonsgericht en ontwikkelingsgericht werken op basis van vooraf vastgestelde resultaten. - Beschikbaarheid van een hele lichte bouwsteen. Laag intensief, laag complex. Kan ook binnen algemene voorziening niveau 4 zijn. - Inwoners snel weer hulp kunnen krijgen via de gemeente of voorliggend veld, anders durven inwoners niet te stoppen met zorg. Melding aan gemeente moet dan snel opvolging krijgen - door interventieteam. - Eerder tijdelijkheid benadrukken, ook vanuit de gemeente/toegang in keukentafelgesprek. Met daarbij heldere doelen/resultaten geformuleerd. Zowel richting inwoner als organisatie. Door middel van het delen van het afgesproken resultatenplan. - Heel helder door gemeente bepalen wat de te behalen resultaten zijn. Gemeente/toegang bepaalt DAT er ondersteuning nodig is en welke RESULTATEN er behaald dienen te worden. Aanbieders bepalen WAT er nodig is en HOE daar antwoord op kan komen. - Voor kinderen, jongeren en gezinnen met een beperking geldt vaak dat er een intensieve ondersteuning bij aanvang, leidt tot meer effectiviteit, resultaat en afschaling. Om binnen de keten het proces van op- en afschalen goed te kunnen doen is balans in de keten nodig. Enerzijds ten aanzien van de deskundigheid (onderscheidend vermogen) van aanbieders en anderzijds ten aanzien van de beschikbare capaciteit. Gezien de schaarste (wachttijden) zullen wij continue moeten onderzoeken of de begeleiding ook door een ketenpartner kan worden gedaan. Als wij op inhoudelijk navolgbare gronden van mening zijn dat dit niet het geval is, is het belangrijk dat wij ook lichtere vormen van begeleiding kunnen bieden. Ruimte om mee te kunnen bewegen met afschalen. Het voorliggend kader moet beter worden gestructureerd en uitgebreid worden qua samenwerking. Een duidelijk helder plan, regelmatig evalueren en bij de basis blijven. Korte lijnen en een helder profiel. Met de betrokken instanties. En éénduidige systemen en formats. Transparant durven kijken naar je cliënt. Naar de ontwikkeling van je cliënt en niet rekening te houden met de financiële consequenties van
--	---

	het afschalen voor je organisatie. Dus niet het geld maar de cliënt voorop. Indien er consequent niet wordt afgeschaald door ene organisatie. Een gesprek plannen met de contractmanager of schriftelijk uitvragen. Er kunnen soms duidelijke verklaringen zijn waarom een traject niet kan worden afgeschaald (is ook niet altijd mogelijk). Een gewogen beslissing van de stakeholders aanwezig bij het overleg dat regelmatig plaatsvindt tijdens de lopende zorgdienstverlening (zie eerdere opmerkingen in (5) over dit overleg). Dus vooral niet: financiële redenen. En ook niet: het feit dat de tijdsduur van een traject is afgelopen. De term ‘afschalen’ betekent immers dat ‘juiste’ zorg kan worden geleverd met minder middelen. En ‘juist’ wordt bepaald door het genoemde overleg Goede behandeling geven en persoonlijke begeleiding door een vaste kern begeleiders. Doelgericht. Communicatie gaat over resultaten/doelen Onderscheid maken tussen herstel en duurzaam Het intern afschalen lukt ons al aardig. Hiervoor hebben wij een goede samenwerking met het voorliggend veld, en vrijwilligers. Daarnaast is het van belang om de cliënt en eigen netwerk in de kracht te zetten. Gezamenlijk afschalen met andere aanbieders kan nog beter. Dit zal ik als doel stellen in de dialoogtafel. • Transparantie en vertrouwen in de uitvoerende aanbieders, periodieke steekproef indien maandenlang dezelfde uren worden gedeclareerd? • Niet bang zijn om op te schalen, zodat je adequate zorg kunt leveren wanneer dit nodig is. Als gevolg hiervan kun je snel weer afschalen en zal de zorgduur afnemen waardoor de zorgkosten uiteindelijk lager zijn. Zie voor het antwoord de beantwoording van vraag 5. - Goede voorliggende voorzieningen, goede lokale infrastructuur (verenigingen, vrijwilligers, maatschappelijk vastgoed waar reuring is, etc.). Er zijn veel grijze gebieden tussen welzijn en zorg, tussen gemeentelijk gefinancierde zorg en de WLZ/ZVW. Die grijze gebieden zullen altijd blijven bestaan, de gemeente kan een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van problemen in die grijze gebieden door te expliciteren dat ze er zijn en bij alle partijen die zij selecteert helder te maken wat ze van die partij verwacht als het gaat om samenwerking en eigenaarschap in die grijze gebieden. Bij afschalen gaat het vaak om interactie tussen welzijn en zorg, daarvoor is het ook noodzakelijk dat de gemeente de grijze gebieden tussen die twee opdrachten helder maakt en gecontracteerde partijen aan beide kanten aan de voorkant duidelijk maakt (bijvoorbeeld door er een KPI van te maken) dat zij beiden
--	--

	verantwoordelijk zijn voor succesvolle samenwerking en dat, dat niet de verantwoordelijkheid is van de gemeente. • Een veilige omgeving, motivatie en vertrouwen, kennis van specifieke deskundigheden en beschikbaarheid /voorzieningen van andere zorgverleners. Dat vraagt deskundigheid en ervaring bij professionals die creatief/flexibel moeten kunnen handelen en niet aan te veel regelgeving vastzitten of zich niet veilig voelen. We denken dat de verslavingsproblematiek met zich meebrengt dat je makkelijk en flexibel moeten kunnen afschalen maar ook opschalen. Voor een gedegen afschaling is het nodig dat de wijkteams of CJG's geëquiperd zijn op verslavingsproblematiek. - Goede aansluiting op het (passend) onderwijs; - Zorg voor een integrale benadering vanuit het sociaal domein voor de gezinnen als geheel (ontschoten huisvesting, financiën, participatie). Meer preventie, matched care, leefstijl en e-health - Wij bekijken dit per client. Wanneer dit voorkomt hebben wij altijd contact met de desbetreffende gemeenten. Begeleiding geven, persoonlijke betrokkenheid, vaste kern begeleiders zodat er veiligheid is voor de client om te kunnen groeien. Stabiliteit geven door middel van een behandelplan. De meest bepalende succesfactor is de motivatie van de jongere. Daarnaast is het continueren van een goede hulpverleningsrelatie nodig om samen met de cliënt te meten en inzichtelijk te maken hoe de afname van de zorgbehoefte op de diverse gebieden van zelfstandigheid verloopt. Kritisch blijven kijken naar de haalbaarheid van geformuleerde doelen, maar ook het met de cliënt plaatsen van zijn/haar wensen in een realistisch perspectief helpen daarbij. Zie antwoord vraag 5. Snelle behandeling door WMO; afstemmen vooraf op welke datum afschaling start i.v.m. interne registratie. Wederom zou hetzelfde mogelijk moeten zijn voor opschaling. Beter verbinding met algemene voorzieningen. Makkelijke manieren op weer op te schalen indien nodig. Goede voorliggende voorzieningen. De mogelijkheid om maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen te laten overlappen waardoor een goede warme overdacht beide kant op mogelijk wordt. Investeren in de algemene voorzieningen in toegankelijkheid en werkdruk, expertisevergroting e.d.
--	--

	Antwoord: Zie ook 5. Ik denk heldere afspraken door een eenduidige formulering van het beoogd resultaat. Dit zijn kaders en zijn dus niet vaststaand omdat kaders door de afbakening ook belemmerend kunnen werken. Voor de professionals binnen het sociale domein vraagt het, binnen de nauwe samenwerking, om 'als het nodig is' over de eigen grenzen heen te kijken en werken vanuit onderling vertrouwen, intrinsieke gedrevenheid en de wil om het beste met elkaar voor te hebben. Door deze manier van werken, is er meer draagvlak om het resultaat te behalen. Ook wat eenieder kan bijdragen om het resultaat te behalen. Met elkaar zorgt het voor een sterker en bredere sociale basis. Het is ook van belang dat er niet te sterk wordt geappelleerd aan kostenbeheersing omdat het afbreuk kan doen aan de welwillendheid van de betrokkenen. Door een bredere algemene voorziening die aansluit na een traject onder interventieniveau 5 en 6, zullen professionals ook meer hier naartoe leiden. Bekendheid over wat de algemene voorzieningen kunnen bieden, is uiteraard van essentieel belang. Niet bang zijn om op te schalen, zodat je adequate zorg kunt leveren wanneer dit nodig is. Als gevolg hiervan kun je ook snel weer afschalen en zal de zorgduur afnemen waardoor de zorgkosten uiteindelijk lager zijn. Goede samenwerking met andere aanbieders, die hun expertise in de algemene voorzieningen of lagere interventieniveau's hebben. Goede tussenevaluaties door de aanbieder met de cliënt, om de doelen te bespreken en daarnaast vertrouwen en goede communicatie met de gemeente voor het afschalen. succes van de begeleiding Het inrichten van context (samen met anderen) leidt er toe dat de lokale samenleving de problemen zelf (weer) steeds beter en duurzaam kan dragen. Afschaling van professionele inzet is dan het automatische gevolg. Snelle behandeling door WMO; afstemmen vooraf op welke datum afschaling start i.v.m. interne registratie. Wederom zou hetzelfde mogelijk moeten zijn voor opschaling. Goede voorliggende voorzieningen. De mogelijkheid om maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen te laten overlappen waardoor een goede warme overdacht beide kant op mogelijk wordt. Investeren in de algemene voorzieningen in toegankelijkheid en werkdruk, expertisevergroting e.d.
--	--

14. Welke suggesties op het gebied van ambulante begeleiding heeft u om ook in de toekomst de kosten beheersbaar te houden/terug te dringen?	niet onnodig veel inplannen voor de zekerheid. En meer Passend Onderwijsgelden inzetten als het ook gaat om onderwijsgerelateerde vragen. Helaas zijn PO-gelden niet altijd makkelijk beschikbaar en worden die erg binnenshuis gehouden voor de eigen orthopedagogen in het samenwerkingsverband. Het is voor een externe psycholoog lastig om hier aanspraak op te maken ,wat onnodig veel tijd kost, waardoor de start van de therapie onnodig vertraagd raakt.). Indicatie afstemmen op ondersteuningsvraag cliënt. De samenwerking behouden met externe partijen en in samenwerking keuzes maken met de cliënt wat nodig is voor de doelen te behalen. Sneller indicatie afgeven, minder werk voor de backoffice (Lumpsum). Gewaarborgde kwaliteit+maatwerk=hogere effectiviteit=minder kosten, zie bovenstaand bij vraag 13. Om deze kwaliteit en het maatwerk te kunnen bieden zijn in de eerste plaats wel hogere kosten nodig (goed geschoold en ervaren personeel, bijscholing personeel, inzetten op een kwaliteitsmanagementsysteem, etc.). Investeren in kwaliteit is uiteindelijk besparen. Ik zou willen dat ik daar een antwoord op had. Begeleiding van cliënten en behandeling van patiënten heeft altijd veel geld gekost en dat zal niet veranderen. Soms heb ik het idee dat we denken door de procedures, aanpak te veranderen dat we kosten besparen alleen het gekke is dat elke verandering meer geld lijkt te kosten of er meer mensen tussen de wal het schip vallen er elders allerlei problemen ontstaan die ongewenst zijn waarvoor dan weer een oplossing gezocht moet worden. Wat zeker invloed op kosten zou hebben is dat de wet weer teruggedraaid wordt en de Wmo zorg opnieuw gekoppeld wordt aan inkomen waarbij mensen met een minimum inkomen geen eigen bijdrage hoeven te betalen en mensen met een modaal inkomen beginnen te betalen van een kleine eigen bijdrage. De regels eigen bijdrage die vanaf 1-1-2019 zijn ingevoerd verbazen me hogelijk maar ja... daar heb ik en jullie waarschijnlijk ook niet veel invloed op. ik zou het niet weten. . Dat zorgaanbieders onderling samenwerken en delen. Het inzetten van mantelzorgers/vrijwilligers bij eenvoudige ondersteuning, wat overigens al op grote schaal gebeurt. Investeer in (interne) opleidingen. Er is veel gebrek aan kwaliteit en supervisie in de ambulante begeleiding, omdat de samenleving erg complex is. Er wordt nog veel vanuit gevoel en enthousiasme gewerkt, zonder de broodnodige probleemanalyses. Dus investeren in train- de trainer en supervisie van hoger opgeleide analitici zoals gedragswetenschappers/psychologen.
---	--

	De mogelijkheid om maanden deels te kunnen declareren. Hierdoor kan er aan het begin en aan het eind bijvoorbeeld een halve maand gedeclareerd worden op basis van moment van starten en stoppen in de maand. Kleinere stappen in de matrix om een beter passende bouwsteen te kunnen aanvragen, verschil tussen 45A08 en 45A09 is erg groot. Combinaties met (arbeidsmatige) dagbesteding kunnen effectief zijn: aanvankelijk wellicht hogere kosten die later besparend werken. Te vroeg stoppen leidt echter altijd tot (nieuwe) problemen en -dus- kosten voor de samenleving. SMART samenwerken met ketenpartners is eveneens van belang. Altijd de mogelijkheden te onderzoeken die vanuit de verschillende regelingen ook financieel soulaas bieden (Gemeenten, UWV etc). Voorwaarde is wel een bepaald volume aan klanten/opdrachten, om het ook in economisch opzicht mogelijk te maken zich deze -extra- inspanningen te getroosten. Zie bovenstaande punten, maar ga vooral de brug maken met de participatiewet. Wanneer mensen perspectief hebben en het idee hebben dat ze zinvol bezig zijn en er toe doen hebben ze doorgaans minder problemen. De sociale basis betrekken bij de begeleiding van de cliënten. Meer uit gaan van de deskundigheid van collega's, elkaar dingen gunnen als een ander betere expertise in huis heeft welke bij een voor hem of haar "lastige" zorgvraag past, of de mogelijkheden en ruimte bezit om efficiënter te werk te gaan. Waar mogelijk een tijdslimiet instellen welke is vastgesteld door de behandelaar of wijkteams. Zie eerdere opmerkingen bij voorgaande vragen. Het is goed mogelijk kosten beheersbaar te houden door met de 4 partijen genoemd in (4) te werken aan 'juiste' zorg, de administratieve lasten fors te reduceren, zoals genoemd in (3), en transparante samenwerking te forceren tussen grote partijen en (collectieven van) kleinen, zoals genoemd in (9). Integrale samenwerking op begeleiding binnen alle vormen van het sociale domein. goede inschaling en tijdige evaluatie. Zorg leveren die echt aansluit bij de cliënt. Het gaat om maatwerk en vraaggericht werken. Wij vinden dit een zeer lastige vraag. De problemen ontstaan al voordat de cliënten bij ons in zorg komen. Wij kunnen enkel bijdragen aan het herstellen van de problemen. Om de kosten beheersbaar te houden is een stap voordat de cliënten in zorg komen. Wij vinden het belangrijk dat een cliënt, als hij is uitbehandeld, niet opnieuw in zorg terecht komt.
--	---

	Sturen op afschalen - zie antwoord 13. Geen diensten verlenen die niet daadwerkelijk behoren in de WMO of jeugdwet. Een positief signaal bij juist afschalen is gewenst. Denk aan de methodiek van de van de publieke waarden. Ambulante begeleiding afgestemd op de behoefte van de inwoner; niet op mogelijkheden van de instelling Een goede indicatie stelling door de WMO die gebruik maakt en samenwerkt met de kwaliteiten van de zorgaanbieder. Een mogelijkheid om de kosten beheersbaar te houden is een juiste intake te doen aan het begin van het traject met daarin de focus op de noodzakelijke resultaten. Alles wat voorliggend kan dit ook daar laten met de nodige stimulatie. Daarnaast kan contact op afstand (beeld/telefoon) de benodigde indicatie uren naar beneden krijgen. Meedoen in de maatschappij is boven dit alles een instrument die de frequentie en de duur van de ambulante begeleiding sterk kan beperken. De Nieuwe Zorg Thuis levert hier graag een bijdrage aan. 1. De jeugdconsulenten van de gemeenten zijn nu te druk, waardoor geregeld niet kan worden afgeschaald. Hierdoor moeten wij, onnodig, de regie blijven voeren en begeleiding uitvoeren. Een hogere casusbelasting bij de jeugdconsulenten zou een goede oplossing zijn. 2. Maatschappelijk werk heeft wachtlijsten en is moeilijk bij MDO's te betrekken door hun workload. Zij kunnen groepstrainingen oppakken zoals SOVA en KIES zodat wij beter kunnen afschalen. Hier is veel nadrukkelijker communicatie over nodig. 3. POH GGZ en triage tussen de jeugdGGZ en huisarts leidt tot een afname van aanmeldingen in de jeugd GGZ en mogelijkheden tot vlot opschalen indien nodig. 4. Geregeld vroegtijdige consultatie met intern begeleiders bij GGZ problematiek. Niveau 4 zou daar geschikt voor zijn. Preventief is er te adviseren en zijn ernstiger klachten te voorkomen. Door de grote zorgbreedte van de meeste basisscholen treffen we bij deze consultaties vooral sociaal emotionele klachten en gedragsstoornissen. Opschalen naar onderwijsvoorzieningen is dan nog mogelijk (ambulante begeleiding, SBO verwijzing, praktische adviezen). Zorgvuldige analyse inzetten, vroegtijdig specialistische zorg in het voorliggend veld inzetten en groepsfinanciering. Horizon begeleiding biedt begeleiding en behandeling veelvuldig op het snijvlak van (passend) onderwijs. Cofinanciering door gemeente en onderwijs realiseren. Onderwijs kent ook zorgbudgetten. Eerlijk gezegd vermoeden wij dat de kosten voor onze doelgroep ((vermoedelijk) hoogbegaafde jongeren) alleen maar hoger zullen worden. Doordat er in het onderwijs regelmatig geen passend onderwijs wordt geboden voor deze doelgroep, ontstaat er problematiek die vervolgens
--	---

	onder de Jeugdwet valt. Wij vinden dat dit eigenlijk opgepakt moet worden door het onderwijs, echter gebeurt dit vaak niet. De aansluiting zoeken bij het onderwijs (dus jeugdhulpverlening (lees: specialisten hoogbegaafdheid) en passend onderwijs) kan ervoor zorgen dat de kosten niet onnodig hoog worden, zeker als dit in de vorm van samenwerking gaat (dus deels betaald vanuit passend onderwijs en deels vanuit de Jeugdwet). Lumpsumfinanciering / populatiebesteding. Dit zorgt voor risico bij aanbieders. Iedere PxQ of bouwstenenconstructie heeft neiging tot groei van de Q. Zeker als de P onder druk staat. Daar zit een wetmatigheid in: als P onder druk staat, vindt er bijna automatisch een stijging van de Q plaats. Waardoor per saldo de kosten gelijk blijven en zelfs stijgen. Voor kinderen, jongeren en gezinnen kunnen vroegtijdige signalering en ambulante interventies leiden tot een lagere inzet op zwaardere dienstverlening. Bijvoorbeeld: door ambulante ondersteuning binnen het onderwijs, schooluitval en een plaatsing op dagbesteding voorkomen. Dit werkt direct en indirect kostenbesparend. Gezien de maatschappelijke ontwikkelingen (steeds meer verschuiving richting ambulant) zal er steeds meer ambulante begeleiding nodig zijn. Het is derhalve realistisch om ervan uit te gaan dat de kosten van ambulante begeleiding toenemen. Door duidelijkheid in de keten (welke partij is waar goed in), meer samenwerking en meer flexibiliteit in op- en afschaling kunnen kosten deels worden beheerst. Innovatieteam opzetten, bv digitaal om personele kosten op te vangen, en gebruik te maken van 'zorg op afstand'. Efficiënt werken. Met duidelijke, heldere voorwaarden, goed afgebakend plan. Met regelmatige evaluaties. Met een duidelijke begin- en einddatum. Bij de kern blijven. Zorg dat organisatie minder overhead kosten maken, beperkt dit eventueel in de aanbesteding. Dit dwingt organisaties om kritischer naar zichzelf te kijken. Wellicht kunnen er procedures anders, managementlagen tussen uit, minder geld naar inventaris en inrichting, Gevolg is dat er meer geld beschikbaar komt voor (bij)scholing personeel, waardoor de cliënt betere en passendere zorg gaat krijgen waardoor Zie eerdere opmerkingen bij voorgaande vragen. Het is goed mogelijk kosten beheersbaar te houden door met de 4 partijen genoemd in (4) te werken aan 'juiste' zorg, de administratieve lasten fors te reduceren, zoals genoemd in (3), en transparante samenwerking te forceren tussen grote partijen en (collectieven van) kleinen, zoals genoemd in (9). Kwaliteit meetbaar maken en
--	---

	bedrijven/instellingen die geen zorg op maat leveren geen aanbesteding bieden. Hoe kleiner de bedrijven/instellingen hoe meer betrokkenheid en doelgerichter er gewerkt kan worden. - Onderscheid tussen herstel en duurzaam - Behandeltrajecten met resultaatfinanciering doen Aandacht voor preventie en het inzetten van de juiste hoeveelheid begeleiding bij de start van trajecten, is na ons zinvol om de kosten op langere termijn te verminderen. • De doelen, verwachtingen en verantwoordelijkheden moeten tijdens een intakegesprek duidelijk(er) gecommuniceerd en vastgelegd worden. • Zorg voor een goede aansluiting naar de WLZ • Overgang 18-/18+ Inzet van E-Health. - Mogelijkheden op- en afschalen vergroten door de keten van zorgpartijen meer op elkaar aan te laten sluiten. Op dit moment zijn de gaten tussen op- en afschalen nog te groot. Gebiedsteam schrikken af voor de casussen die we vanuit Leger des Heils W&G Noord willen afschalen. Daarnaast is lef om tijdig op te schalen van groot belang om niet (te) laat dure zorg voor (te) lange tijd in te zetten. Voorbeeld: Binnen de provincie Groningen hebben we een samenwerking met twee andere partijen – Terug naar de basis - om efficiënt met elkaar op- en af te schalen als de situatie hierom vraagt. Zie eigenlijk vraag 5. Het huidige model biedt zorgaanbieders de prikkel om de burger met minder ondersteuning te helpen (en zo een betere prijs voor zijn werk te krijgen). Het monitoren van deze trend zou er toe moeten leiden dat de prijs van de bouwsteen kan worden verlaagd. Een betere keten zou er toe moeten leiden dat van maatwerk naar voorliggend veld wordt afgeschaald indien dit kan. Dit laatste lijkt momenteel de grootste hindernis in het huidige model. Zoals u in onze beantwoording van eerdere vragen heeft kunnen lezen denken wij dat werken met lumpsum budgetten de beste beheersmaatregel is om zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen ook in de toekomst betaalbaar te houden. Een model waarbij je een sterke lokale welzijnsinfrastructuur hebt die uitgaat van wat er al is en dat versterkt, gecombineerd met per wijk/kern op basis van lumpsum ingekochte sociale basis zorg waar mensen direct terecht kunnen en waar de focus ligt op het bieden van ondersteuning en aansluitend op gemeente of regio niveau ingekochte specialistische begeleiding (ook op basis van lumpsum bijvoorbeeld per specialisme zodat ook
--	---

	daar de prikkel is om zo effectief mogelijk samen te werken en niet om zoveel mogelijk volume te leveren) maakt het mogelijk om. De kosten van het totale systeem te beheersen op gemeente niveau en op de werkvloer en in de uitvoering vooral bezig te zijn met kwaliteit, effectiviteit en het komen tot de beste passende en meest effectieve oplossing voor elke vraag. Koppel termijnen en doelen aan verblijf, stel vaste evaluatiemomenten in en durf te normaliseren en los te laten. Jongeren kunnen het moeilijk krijgen en terugvallen na hun behandeling. Geef ze de ruimte om het geleerde toe te passen en schiet niet te snel in een “zorgmodus”. Dat is een hele brede vraag. We zullen moeten blijven kijken naar de cliënten die deze vorm van begeleiding nodig hebben en ze moeten betrekken bij de verdere ontwikkeling (co-creatie). Maatschappelijke bewegingen gaan op termijn de belangrijkste beïnvloeder zijn van de toe- of afname van kosten voor begeleiding. Binnen de verslavingszorg is bij het ‘duurzamer’ maken van de zorg het van belang om minder onderscheid te maken in preventie en behandeling. Investeer in vroegsignalering m.b.t. de middelenproblematiek om zware zorg te voorkomen. Dit is in de transitie nog niet afgerond. • Zorg voor behoud van specialistische kennis en het herkennen van een verstandelijke beperking aan de voorkant; • Vroegtijdige signalering en inzet van lichte, passende ondersteuning aan jongeren met een LVB is noodzakelijk om problemen en dure en specialistische zorg te verminderen • Zorg voor een goede aansluiting naar de WLZ (zowel voor jeugdigen met EMB als voor de overgang 18-/18+) Meer preventie, matched care, leefstijl en e-health - Systeemgericht werken (wmo en jw meer combineren) Begeleiding op maat. Eén keer per maand declareren, vaste uren per maand dan kan de gemeente een vast bedrag overmaken. Visitatie bedrijven en evaluatie, d.m.v. gesprekken met zorgaanbieders en toezichthouders. Goede begeleiding geven, persoonlijke betrokkenheid, vaste kern begeleiders zodat er veiligheid is voor de client om te kunnen groeien. Stabiliteit geven door middel van een behandelplan. De bij 4. Genoemde integrale aanpak betekent dat vanuit overzicht een gericht zorgaanbod wordt samengesteld, aangeboden en op resultaat wordt gemonitord. Daardoor wordt de kwaliteit én de kostenbeheersing gewaarborgd. Duidelijk plan vooraf met uitstroom naar zelfstandigheid
--	--

	/perspectief. Het voorkomen van een terugval hierdoor opdat cliënten volgens een draaideur constructie terugkomen. Geen antwoord. Preventie, begin vroeg met gezondheidsbevordering in elke levensfase. Ontwikkel een visie op levensfase problematiek en kansen. Gericht armoede bestrijding en gerichte schulden aanpak. Daarna als het er toch begeleidingsvragen zijn ontstaan maak het tijd gebonden. Integrale aanpak. Ontschotten van producten, waardoor herindiceren niet nodig is naar een hoger of lager product. Daarbij vanuit de opdrachtgever insteken op casusniveau en werken met casusregisseurs die op locatie langskomen en meedoen in casuïstiek. Regel druk drastisch terugdringen, doen wat nodig is en dit door middel van goede triage bepalen. Zorgen dat het voorliggende veld en de toegang echt goed geoutilleerd zijn. Indicaties landelijk geldig laten zijn, zodat niet steeds bij een verhuizing alles opnieuw gedaan hoeft te worden. Durven specialistisch te starten ipv in de algemene voorziening, Hierdoor de structuur en de zorg goed wegzetten en direct werken aan haalbare doelen. Daarna gelijk afschalen naar een lichtere vorm van zorg en de cliënt klaarmaken voor het voorliggende veld. Over het algemeen is de werkwijze nu andersom. We beginnen zo licht mogelijk om op te schalen als het nodig is. Dit heeft alleen maar tot gevolg dat je zorg duurder wordt. Dit moet echt andersom. zie ook antwoorden op vorige vragen. - Meer ontwikkelen met de doelgroep zelf. Meer werken in projecten met cliënten en verbinden met individuele en maatschappelijke doelen. - Het stimuleren van meer bereidheid tot betere samenwerking tussen partijen - Meer werken in groepen in combinatie met het individuele traject. Dat laatste moet wel maatwerk zijn. - Effectiever af- en opschalen, evaluaties wat vaker - Een niveau 4 indicatie voor 'handhaven stabiele fase en laag frequent monitoring' - Een veilige leefomgeving is essentieel voor kwetsbare groepen. Als de leefomgeving een voortdurende stressbron is kun je werken wat je wilt aan individuele doelen maar een hoog stressniveau en leren gaan slecht samen. Hierbij zou ik zeker investeren in gezinstherapie. Gezinstherapie is een vorm van psychotherapie die zich richt op verandering van de gezinspatronen. Het uitgangspunt is dat gezinsleden elkaar wederzijds beïnvloeden en in staat zijn gezinspatronen te veranderen, maar ook in stand te houden. Met name bij adolescenten onder de 18 jaar heeft gezinstherapie een groot effect
--	--

	boven alleen een individueel begeleidingstraject of behandeling. Hierover zijn diverse publicaties verschenen die de effecten onderschrijven. Door het gezin bewust te maken van de patronen die spelen en inzicht te geven in de effecten daarvan, kan er ook gewerkt worden aan verandering die op vele levensgebieden effect hebben. Ook voor op de lange termijn. Eventueel zou ook nog gedacht kunnen worden aan groepstherapie binnen de algemene voorzieningen zoals in interventieniveau 4. Meer samenwerking in bijvoorbeeld inzet gedragswetenschapper. Vooral voor kleine zorgaanbieders worden daarmee de kosten lager. Vertrouw op de expertise van de aanbieder en voorkom het dubbel inzetten van professionals. We merken in andere gemeenten dat sociale teams worden uitgebreid, om mee te kijken en beslissen in bepaalde casuïstiek. Hierdoor ontstaat er een groot zorgteam om de cliënt heen met twee gedragswetenschapper en twee consultants/begeleiders. Wat ook extra kosten met zich meebrengen. Begeleiding inzetten als maatwerk, makkelijk kunnen af- en opschalen, zodat er snel gereageerd kan worden. Zorgen dat een crisis tijdelijk is en niet uit de hand loopt. werken met uurtarief op basis van opleidingsniveau ipv traject of algemeen Zie voorgaand. Geen antwoord. Ontschotten van producten, waardoor herindiceren niet nodig is naar een hoger of lager product. Daarbij vanuit de opdrachtgever insteken op casusniveau en werken met casusregisseurs die op locatie langskomen en meedoen in casuïstiek. Regel druk drastisch terugdringen, doen wat nodig is en dit door middel van goede triage bepalen. Zorgen dat het voorliggende veld en de toegang echt goed geoutilleerd zijn. Indicaties landelijk geldig laten zijn, zodat niet steeds bij een verhuizing alles opnieuw gedaan hoeft te worden. Durven specialistisch te starten ipv in de algemene voorziening, Hierdoor de structuur en de zorg goed wegzetten en direct werken aan haalbare doelen. Daarna gelijk afschalen naar een lichtere vorm van zorg en de cliënt klaarmaken voor het voorliggende veld. Over het algemeen is de werkwijze nu andersom. We beginnen zo licht mogelijk om op te schalen als het nodig is. Dit heeft alleen maar tot gevolg dat je zorg duurer wordt. Dit moet echt andersom.
--	--

15. Heeft u nog andere suggesties/opmerkingen die u met ons wil delen?	nee.. nee. N.v.t. Graag alle geïndiceerde productcodes op 1 beschikking!!! En daarmee 301 bericht overzichtelijker maken. Succes en inspiratie toegewenst met het formuleren van de nieuwe aanbesteding. Ik vind het jammer dat het steeds gaat over om terug te dringen, ik zou het fijn vinden dan we kijken naar hoe kunnen we voorkomen dat er steeds meer mensen gebruik maken van begeleiding. Dat is een andere invalshoek. Misschien eens met een aantal zorgaanbieders praten. . Voldoende omschreven in bovenstaande vragen. Bij de zorgboerderijen aangesloten bij Stichting BEZINN is persoonlijke begeleiding in een kleinschalige omgeving van belang. Hier wordt vaak langdurige zorg geboden om de situatie stabiel te houden en gewerkt aan re-integratie in de samenleving. De langdurige zorg wordt in de meeste gevallen gedaan door vaste begeleiders en er is weinig verloop. Kortom, graag meer initiatieven vanuit de gemeente zelf rechtstreeks naar burgers/zorgvragers om a) huidige organisaties/instellingen te evalueren en verbeteren. En b) organisatieoverstijgende activiteiten te ontwikkelen, wel in samenwerking met deze organisaties. Dus gemeente ga naast ons staan en ontwikkel samen met ons gerichte activiteiten voor onze zorgklanten. Verlies het belang van de behandeling van kinderen en ouders niet uit het oog nu de financiering zo moeilijk is. Niet alleen korte termijn denken, maar juist ook lange termijn. Ik wens jullie heel veel succes en wijsheid! Werken metZorg is te allen tijde bereid om 'mee te denken'. Ik zou graag met jullie in gesprek willen om bepaalde ideeën die wij hebben, ook op het gebied van SROI of circulaire economie, te delen. Dit kan het beste door een keer met elkaar face to face van gedachten te wisselen. - Persoonlijk heb ik nog weinig ervaring als het gaat om de aanbestedingen binnen de gemeentes. Wel loop ik inmiddels ruim 14 jaar mee in de branche als zorgconsulent en ruim 3 jaar als zzp'er in de ambulante begeleiding. Mede door deze ruime ervaring heb ik te maken gehad met veel verschillende aanbieders, zorgvragen en indicaties (aanvragen). Mijn ervaring hieromtrent is groot en ruim. Inmiddels ben ik ervan overtuigd dat er heel wat meer te bereiken is voor zowel zorgvragers, aanbieders en gemeentes.
---	---

	Tevens ben ik een voorstander van het feit dat er veel meer samen gewerkt dient worden tussen de verschillende organisaties, elkaar meer dingen gunnen, meer en vooral beter communiceren en uitgaan van de expertise, binnen verschillende organisaties. Geen. Geen. door goed contact tussen frontoffice en zorgaanbieder kan er een goede indicatie gesteld worden en zijn er minder evaluatiemomenten nodig, ook leidt dit tot minder wijzingen in indicatie. Dit scheelt uren voor front-office medewerker en begeleider. Hoop enigszins een zinvolle beantwoording te hebben gegeven op de bovenstaande vragen. Vragen van een behoorlijk beleidsniveau. Grotere organisaties zullen hier meer specialistische medewerkers, beleidsmedewerkers, voor in dienst hebben. Wij zijn relatief een kleine organisatie, die wel graag mee wil denken. Wij ervaren het als positief dat de zorgprofessionals op deze wijze input kunnen en mogen leveren. Nee. Onderzoek de reële prijs echt goed. Zorgorganisaties worden steeds meer geconfronteerd met verplichtingen die allemaal geld kosten maar niet terug te vinden zijn in de reële prijsstelling (conform de AMvB). Zoals de meldcode, de scholing SKJ, de eis dat er een orthopedagoog regie voert, een tekort op de arbeidsmarkt, bijeenkomsten, het werken met de verwijsindex, de AVG, reiskosten in het landelijke gebied. En zo kan ik nog wel even doorgaan. Ik ben erg benieuwd naar het vervolg van deze marktconsultatie. Graag denken wij mee over producten reële prijs en voorwaarden. Wij zijn van mening dat bezuinigingen nooit leidend mogen zijn maar dat de juiste zorg aan de client voorop staat. Dat neemt niet weg dat wij van mening zijn dat er nog wel mogelijkheden bestaan om dit met minder geld te behalen. Mits we met elkaar op een kritische positieve wijze met elkaar omgaan. Dus niet anders dan ik de gemeentes nu ken. Het invullen van deze lijst was wel lastig omdat ik niet precies weet wat de context is en het doel voor de gemeente. Daarnaast betreffen het vragen voor allerlei disciplines in de organisatie. Graag hoor ik meer over het vervolgproces. geen. Momenteel niet. De Nieuwe Zorg Thuis is graag bereid om samen met u onze pilots die wij draaien binnen andere gemeenten met u door te nemen en daar waar mogelijk ook binnen uw regio op te starten. De term 'ambulante begeleiding' is in het
--	---

	geval van jeugd GGZ niet de juiste benaming. Het zou 'ambulante behandeling' of 'ambulante jeugd GGZ' moeten heten. Mike van As GZ psycholoog / Kinder- en jeugdpsycholoog NIP Directeur Educare Kind en Jeugd B.V. Zie suggesties in het voorgaande en de marktconsultatie dagbesteding en ambulante behandeling. Wij zouden graag zien dat (vermoedelijk) hoogbegaafde jongeren als aparte doelgroep wordt gezien (net zoals LVB), zodat hier passende zorg verleend kan worden. De zorgbehoefte bij deze doelgroep is net zo groot als bij LVB, echter is de inhoud volledig anders. We zijn erg benieuwd naar het vervolg van de marktconsultatie. Volgens de planning zijn er in april en mei verdiepende gesprekken. We denken graag mee met het ontwikkelen van goede producten, goede voorwaarden en goede tarieven. We missen op dit moment de context en toelichting op de vragen. Voor de aanpak van de verdiepende gesprekken doen wij de suggestie dit in compacte werkgroepen per onderwerp vorm te geven. De tijdslijnen voor de marktconsultatie zijn erg krap. Dit zorgt voor druk op de organisatie en komt de kwaliteit van de beantwoording niet ten goede. Wij zijn graag bereid om de antwoorden mondeling toe te lichten en/of in gesprek te gaan over onze visie op ambulante begeleiding. Wij zouden graag meer ruimte willen in het preventieve kader. Wij blijven bij de kern, onderhouden korte lijnen, geven directe handvaten en feedback aan de betrokken partijen. Door de kennis die in huis is, wordt er direct gehandeld. Hierdoor kan er binnen 1 a 2 weken al resultaat worden geboekt. Is de kennis niet in huis dan wordt deze extern ingehuurd. Succes met het lezen en uitwerken van alle opmerkingen en het opstellen van een passende aanbesteding. Transparantie, vertrouwen, samenwerking en 'trias politica' zijn sleuteltermen. Als alle stakeholders echt samenwerken en echt transparant zijn, is echt vertrouwen mogelijk en kan echt de juiste zorg worden geleverd aan alle cliënten. De verhouding tussen de totale hoeveelheid beschikbaar budget en de zorgvraag is een uitdaging, daar zijn alle stakeholders zich van bewust. Het zal door de stakeholders dus logisch
--	---

	gevonden worden dat bij relatief dure zorgdienstverlening er vaker bijeenkomsten met evaluaties zullen plaatsvinden, waarbij het ook logisch gevonden zal worden dat over afschaling gesproken wordt. Belangrijk is echter dat daarbij op professionele manier, zorginhoudelijk goed onderbouwd en transparant wordt geacteerd en met vertrouwen wordt samengewerkt, zodat altijd de echt <i>juiste</i> vorm van zorg <i>aan de cliënt</i> het doel van alle stakeholders blijft. Wij hopen dat u gaat kijken naar kleinere bedrijven/instellingen die zoveel meer kwaliteit kunnen bieden en het geld gaan besteden aan begeleiding i.p.v. bureaucratie. Geen Wij hopen dat we het komende jaar met elkaar in contact als partner de uitdagingen die ons te wachten staan kunnen gaan handelen. Wij hopen niet dat de financiële problemen aanleiding worden om in de kramp en controle schieten met nog meer afvinklijstjes en toezichthouders. Investeren op het gebied van begeleiding, behandeling, preventie en innovatie bij ouder en kind. Uit onderzoek blijkt dat veel van de problemen bij jongeren die gebruik maken van jeugdzorg zijn te herleiden naar de relatie tussen ouder en kind, namelijk het hechtingsproces (Nederlands Jeugdinstituut, 2014b). Dit proces doet zich al voor vanaf de geboorte en is erg bepalend voor de groei en ontwikkeling van het kind. Ook is de mentale gezondheid van moeder tijdens (en na) de zwangerschap erg bepalend: zo is bekend dat een psychische stoornis bij moeder effect heeft op het stressniveau en de ontwikkeling van de hersenen van de baby. Hierdoor heeft de baby zelf meer kans om op latere leeftijd psychische problemen te ontwikkelen (Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, 2017). Inzoomend op de regio Groningen en Drenthe als werkgebied van Het SamenHuis, zijn veel van bovengenoemde factoren in hogere mate aanwezig dan gemiddeld in Nederland. Zo is bekend dat de sociaaleconomische status in de noordelijke provincies vrij laag ligt ten opzichte van andere delen in Nederland (Volksgezondheidszorg.info, 2018). Daarnaast ligt het percentage tienermoeders in regio Noord-Nederland hoger, namelijk 0.44% t.o.v. 0.39% voor heel Nederland (van de totale populatie vrouwen 15-19 jaar op 01-01-2018; waarstaatjegemeente.nl). Het SamenHuis en andere professionals die verblijf in een moeder-kind huis aanbieden, zien dat er veel vraag is, met tot nu toe nog te weinig aanbod in de regio Groningen en Drenthe zelf (NRC, 2016). Het landelijke aanbod bevindt zich vooral gecentreerd rondom MiddenNederland. In de laatste
--	--

	jaren zijn er enkele aanbieders bij gekomen in de regio Groningen en Drenthe, maar dit brengt vraag en aanbod nog niet in balans. CBP Het Samenhuis heeft nog diverse schema's meegestuurd in dit document. Zie mail. N.a.v. de verwerking van deze markconsultatievragen, zal er vanuit de gemeente over gegaan worden op stap 2 van het aanbestedingsproces: verdiepende markconsultatiegesprekken. Vanuit het Leger des Heils zouden we graag de antwoorden op de marktconsultatievragen mondeling willen bespreken en samen met de gemeente en andere zorgpartijen naar de vraagstukken willen kijken om tot een zorgvuldige marktconsultatie te komen met als doel: Spreken van dezelfde taal en een eenduidige richting waar we met elkaar naar toe willen en kunnen werken. Een face-to-face contact hiervoor is de beste manier. Graag, trek er maar een dagdeel voor uit. Geen antwoord. Geen suggesties. • Nee Zeker voor jeugdigen met een (licht) verstandelijke beperking zijn gezinshuizen een veel betere plek dan een residentiële voorziening. Ieder kind in een pleeggezin is wensdenken, de jeugdigen die tot nu toe in een gezinshuis geplaatst worden hebben gemiddeld 3,6 plaatsingen achter de rug (onderzoek oa Peer van der Helm). Zorg in de inkoop dat de langdurige zorg voor deze jeugdigen goed geregeld is! • Vergeet in de inkoop de doelgroep EMB/verstandelijke beperking niet. Tot aan de overgang naar de WLZ vallen ook deze jeugdigen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. • In het inkooptraject missen we wanneer er een onderbouwing van een reële prijs (conform artikel 2.12 Jeugdwet) Vanuit psychiatrie: een nieuw product ten aanzien van consultatie op het gebied van psychiatrie in relatie tot de sociale teams. Hieraan is vanuit de sociale teams. Dit kan tevens leiden dat er minder snel wordt doorverwezen naar de maatwerk voorziening en dus uiteindelijk kostenbesparend zal zijn. - Meelopen met middengrote bedrijven om te kijken welke technieken en hoe zij haar werkzaamheden inricht. De kosten voor een werkgever gaan elk jaar omhoog omdat wij met een cao te maken hebben. Als er geen indexatie plaatsvind bij gemeente tarieven kan het voor werkgever lastiger worden om de begroting dekkend te houden.
--	---

	Wij hopen dat de gemeente meer gaat kijken naar kleinere instellingen, zodat het geld niet blijft hangen in de bureaucratie van de grote instellingen zodat geld nuttig wordt gebruikt in begeleiding. Nvt Goede zorg is voelen en denken, minder rekenen. Kortom wij begrijpen de bezuinigingsvraagstukken maar willen niet voorbij gaan aan de inhoud! Achter de resultaten bovenaan de pagina staat bmo tussen haakjes. Wij werken vanuit de WMO. -Het is bijzonder dat Z1t/m4 onder 1 resultaat valt. Aangezien het toch om verschillende leefgebieden gaat. -Het zou efficiënt zijn als het resultatenplan ook naar de zorginstelling wordt verstuurd dan weten we op welk leefgebied we aan het werk moeten. Nu zijn we afhankelijk van de inwoners om het resultatenplan met ons te delen. -Regelmatig wordt er in een keukentafel gesprek een resultaatgebied(en) toegezegd. Het zou ons helpen als we dat in een beknopte bevestiging op papier (mail) kunnen krijgen. In de praktijk blijkt dat er toch van de toezegging wordt afgeweken, waardoor wij onze interne registratie met terugwerkende kracht moeten herstellen. -Sinds de trajectfinanciering mag er niet meer over uren inzet worden gesproken. Het feit is echter wel dat wij onze medewerkers moeten inplannen. En voor een planning heb je een ureninschatting nodig. Natuurlijk kunnen deze uren op- en afgeschaald worden in een traject. Daarnaast moet de financiering ook voor Icare uit kunnen en moeten we dus wel een inschatting maken van het maandtarief versus het uurloon van de medewerker. Begrip vanuit de gemeente als er wel over uren wordt gesproken, zou helpend zijn in de samenwerking. Als gemeenten zou ik een grootschalig meer jaren onderzoek laten verrichten. Verschillende onderzoeksvragen zullen dan aan bod moeten komen. Effectiviteit van dit zorgstelsel. Wat is het effect op de cliënten. Kosten van deze werkwijze. En met name de vraag levert iedere euro nou iets op of zijn we niet goed bezig. Wat zijn de oorzaken van de toegenomen vraag naar zorg. We kijken veel naar het individu maar minder naar de samenleving. Samenleving is complexer voor veel mensen en we hebben een aantal mensen die gebruik maakten van de GGZ en nu in de wijk blijven en onder de verantwoording van de gemeente vallen. We weten ook dat voor een groot aantal mensen geld, voor dat ze überhaupt hulp vragen de nood erg hoog is. Drempels zijn nog steeds een obstakel die kosten verhogend werkt. Snelle en kortdurende interventies zodat mensen weer zelfstandig verder kunnen. Daar zouden we een loket voor moeten inrichten en modules voor moeten ontwikkelen. Geen Ik heb al veel geschreven, ik hoop dat u de beantwoording opvat als betrokken bij de doelgroep, dat ik kostenbewustzijn zeer toejuich, maar dat ik ook
--	--

	sta voor goede, rechtvaardige zorg. Elke burger heeft recht heeft op een menswaardig behandeling, goede zorg en een gastvrije samenleving. Ik denk dat grote zorgaanbieders “onze doelgroep” ook teveel hebben gehospitaliseerd. Het roer kan en moet om. Dit mag wat mij betreft wel een gezonde financiële prikkel naar zorgaanbieders zijn. Niet als bezuiniging maar wel als een stevige prikkel naar innovatie. Daar staat tegenover dat er wel een klimaat moet komen waarin dit ook kan. Geen hokjes denken maar doen wat er gedaan moet worden, bereidheid tot meedenken, faciliteren etc. Ook een samenleving voor kwetsbare groepen organiseer je met elkaar. De WMO vind ik een mooie voorziening waar al veel in kan maar waarin ook nog veel ontwikkeld in kan worden. Het is prettig om deze vragen te krijgen. Het is een mooie vorm om mee te kunnen denken om samen de zorg goed in te richten en betaalbaarder te krijgen/ houden. Blijf kleine zorgaanbieders de kans en ruimte geven. Hierbij zijn meerdere mooie oplossingen denkbaar, om de kracht van kleinschaligheid te combineren met de kracht van het grote geheel. Wanneer het niet overzichtelijk is om kleine zorgaanbieders te organiseren, stimuleer dan dat ze zich gezamenlijk georganiseerd, bijvoorbeeld in een coöperatie. Daarnaast willen we graag extra aandacht vragen voor maatwerk in contracten. Wanneer er speciale trajecten geboden worden, die niet onder de producten zijn onder te brengen. Als er consultaties zijn van een beperkt aantal aanbieders, dan zeker ook KLIK (http://www.klik-drenthe.nl/) als vertegenwoordiger van de kleine aanbieders meenemen. Geen antwoord Achter de resultaten bovenaan de pagina staat bmo tussen haakjes. Wij werken vanuit de WMO. -Het is bijzonder dat Z1t/m4 onder 1 resultaat valt. Aangezien het toch om verschillende leefgebieden gaat. -Het zou efficiënt zijn als het resultatenplan ook naar de zorginstelling wordt verstuurd dan weten we op welk leefgebied we aan het werk moeten. Nu zijn we afhankelijk van de inwoners om het resultatenplan met ons te delen. -Regelmatig wordt er in een keukentafel gesprek een resultaatgebied(en) toegezegd. Het zou ons helpen als we dat in een beknopte bevestiging op papier (mail) kunnen krijgen. In de praktijk blijkt dat er toch van de toezegging wordt afgeweken, waardoor wij onze interne registratie met terugwerkende kracht moeten herstellen. -Sinds de trajectfinanciering mag er niet meer over uren inzet worden gesproken. Het feit is echter wel dat wij onze medewerkers moeten inplannen. En voor een planning heb je een ureninschatting nodig. Natuurlijk kunnen
--	---

	deze uren op- en afgeschaald worden in een traject. Daarnaast moet de financiering ook voor Icare uit kunnen en moeten we dus wel een inschatting maken van het maandtarief versus het uurloon van de medewerker. Begrip vanuit de gemeente als er wel over uren wordt gesproken, zou helpend zijn in de samenwerking. Geen antwoord
--	---