

Verslag Marktconsultatie Jeugd - Cure

16 februari 2021



gemeente
NOORDOOSTPOLDER

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het verslag van de marktconsultatie inzake de Jeugd GGZ (JGGZ). Deze is gehouden op 16 februari 2021. De consultatie heeft digitaal plaats gevonden. In 2021 zullen de gemeenten Noordoostpolder en Urk de nieuwe aanbesteding voor de JGGZ voor 2022 gezamenlijk gaan vormgeven. In voorbereiding naar deze nieuwe aanbesteding voor de JGGZ per 2022 gaan we graag met JGGZ aanbieders in gesprek.

Enerzijds delen we in deze bijeenkomst de gemeentelijke koers en anderzijds gaan we graag met elkaar in gesprek over een aantal inhoudelijke thema's. De input die we tijdens deze bijeenkomst ophalen draagt bij aan de verdere inhoudelijke vormgeving van deze aanbesteding.

In dit verslag vindt u onder andere de uitwerking van bovenstaande. In aanvulling op de PowerPointpresentatie die gelijktijdig met dit verslag is gepubliceerd, zijn alle gesproken teksten en de gestelde vragen en antwoorden in dit verslag uitgewerkt.

Aanvullend op deze informatie publiceren we ook de lijst met alle deelnemers die hebben deelgenomen aan de marktconsultatie. Bij de uitwerking van de plenaire sessie hebben we getracht om alle namen en organisaties toe te voegen. Dit is helaas niet voor alle organisaties gelukt. Sommige deelnemers hadden tijdens de sessie enkel de naam zichtbaar en niet de naam van de organisatie. Dus bij sommige reacties staat geen naam van de organisatie.

Heeft u na het lezen van het verslag aanvullende vragen? Neem dan contact met ons op via inkoop@noordoostpolder.nl.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Overzicht aanwezigen	4
1.1 Aanwezigen namens de gemeenten	4
1.2 Aanwezigen namens de zorgaanbieders.....	4
Hoofdstuk 2: Presentatie plenaire sessie	6
2.1 Intro de koers	6
2.2 Inhoudelijk gesprek	11

Hoofdstuk 1: Overzicht aanwezigen

1.1 Aanwezigen namens de gemeenten

Namens gemeente Urk aanwezig:

Naam	Functie
Sarah van Os (gemeente Urk) –	Beleidsmedewerker Jeugd

Namens gemeente Noordoostpolder aanwezig:

Naam	Functie
Erwin Heinen	Inkoopadviseur Sociaal Domein
Daniëlle van den Born	Strategisch Beleidsadviseur Sociaal Domein
Tineke van der Pol	Beleidsadviseur Sociaal Domein
Lennard Nuijten	Medewerker Kwaliteit
Jeroen de Vries	Contractmanager Sociaal Domein

1.2 Aanwezigen namens de zorgaanbieders

Onderstaande tabel geeft het overzicht van alle aanwezige zorgaanbieders

Aanmeldingen marktconsultatie Wmo 16 februari 2021		
Voor- en achternaam	Organisatie	E-mailadres
Eline Quist	Progress Flevoland	eline.quist@progress-flevoland.nl
Gerdie Brouwer	Progress Flevoland	gerdie.brouwer@progress-flevoland.nl
Bram de Vries	ZO! Zorgoplossingen	bram@zo-zorgoplossingen.nl
Linda Loffeld	Yes We Can Clinics	linda.loffeld@ywcc.nl
Ronald Kolkman	Ago Natura	ronald@agonatura.nl
Pim Durieux	Therapeutisch Centrum Flevoland	p.durieux@therapeutisch-centrum.nl
Inge de Bruijn	Therapeutisch Centrum Flevoland	i.debruijn@therapeutisch-centrum.nl
Chiel Alserda	Stichting Re-Care	chiel@re-Care.org
Jessica Timmerman	Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord	j.timmerman@pph-ppe.nl
Femke van Cappelle	Inside Out Sports	info@insideoutsports.nl
Lubert Bosman	Lelie Zorggroep	l.bosman@leliezorggroep.nl
Irma Nijmeijer	Lelie Zorggroep	i.nijmeijer@leliezorggroep.nl
Inge den Boef	Centraal Nederland	idenboef@centraalnederland.nl

Marlinde Verhaar	Driestar Educatief	m.l.verhaar@driestar-educatief.nl
Riekje Rijkse	Parnassia Groep	r.rijksen@parnassiagroep.nl
Jan van Schilt	Youz	j.vanschilt@youz.nl
Gerard Gerbranda	Stichting Eleos	gerard.gerbranda@eleos.nl
Anneloes Vonck	Stichting Eleos	anneloes.vonck@eleos.nl
Lisette Hegge	Basic Trust	lisette.hegge@basictrust.com
Silke Bruil	De Viersprong	silke.bruil@deviersprong.nl
Marjolein Verhaal	De Viersprong	m.l.verhaar@deviersprong.nl

Hoofdstuk 2: Presentatie plenaire sessie

2.1 Intro de koers

Spreeker: Tineke van de Pol (Gemeente Noordoostpolder)

Sheet 1 – Marktconsultatie (Jeugd – Cure), 16 februari 2021

We zijn met best een groep mensen, fijn dat jullie er allemaal zijn. Helaas geen fysieke bijeenkomst, maar volgens mij komen we digitaal een heel eind. Mijn naam is Tineke van de Pol, beleidsadviseur sociaal domein bij de gemeente Noordoostpolder. Ik denk dat bij veel van jullie Daniëlle van den Born bekend is bij jullie, mijn collega. Door verschuiving in onze taken ben ik diegene die dit oppakt en dat doe ik samen met Sarah van Os van de gemeente Urk. Goedemorgen allemaal, mijn naam is Sarah van Os. Ik ben beleidsadviseur bij de gemeente Urk voor JGGZ onder anderen en daarom ook verbonden aan deze marktconsultatie. Omdat het even technisch tegen zit ben ik bezig met randzaken en doet Tineke de inleiding.

Sheet 2 – Programma

Waarom deze bijeenkomst? We gaan dit jaar opnieuw aanbesteden, zowel de Care als de Cure, ik kom daar zo op terug hoe die indeling eruit ziet. Voor deze aanbesteding is het volgens mij nog niet zo gek lang geleden aanbesteed, volgens mij 2018. Volgens mij is er een hele mooie basis. Dit biedt een mooie kans om te kijken naar daar waar we verbetermogelijkheden zien. Wij vinden jullie ervaring hierin belangrijk, dus vandaar ook deze bijeenkomst om het gesprek met elkaar aan te gaan voor verdere input voor de aanbesteding.

Programma:

- 10.00 – 11.00: inleiding, koers, zorgvolumes binnen gemeentebudgetten (sturen op minuten of sturen op behandelduur?) Dit is een stuk zenden. De koers is sociaal domein breed (jeugd WMO, maatwerk)
- 11.00 – 11.10 pauze
- 11.10 – 11.30 Verschillende vormen zorg binnen een GGZ-traject (begeleiding vs. Behandeling)
- 11.30 – 11.50 Diagnostiek binnen GGZ (diagnostiek vs. Handelingsgerichte diagnostiek)
- 11.50 – 12.00 afsluiting

Deel I

- Inleiding
- Nieuwe koers Sociaal Domein

Deel II

Inhoudelijke gesprek

- Zorgvolumes binnen gemeentebudgetten
- Verschillende vormen zorg binnen een GGZ-traject
- Diagnostiek binnen GGZ

Sheet 3 – Inleiding

We gaan dus opnieuw aanbesteden, zowel Jeugd als WMO. We hebben gekeken naar het gehele zorglandschap, welke maatwerkvoorzieningen hebben we nou. Hoe kunnen we dat logisch indelen. Dat is de volgende indeling:

1. Care; gericht op het versterken zelfredzaamheid, participatie en een veilige gezonde ontwikkeling
2. Cure; meer behandelcomponent meer gericht op zorgaanvragen waarbij er ook sprake is van een psychische behandeling, gericht op therapie en aanleren van nieuwe gedrag en vaardigheden.
3. 24 uren zorg; alle jeugdhulp met verblijf, dus dat is niet lokaal georganiseerd.

Vandaag hebben we het dan ook echt over de Cure. De Care aanbesteding die loopt al. Dit is dus ter start voor de aanbesteding Cure.

Care - Begeleiding individueel basis - Begeleiding individueel specialistisch - Begeleiding groep basis - Kortdurend Verblijf	Cure - Preventieve ggz - Basis ggz - Specialistische ggz - Specifieke Specialistische ggz	24 uurs zorg - Pleegzorg - Residentieel verblijf: begeleiding of behandeling op een groep of gezinshuis (incl. Crisisopvang) - Jeugdzorg + - LTA
- Begeleiding groep specialistisch (KBC)*	- Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)	Intensieve ambulante Jeugdhulp als alternatief voor verblijf

Sheet 4 - Een nieuwe koers – Waarom?

Ik vertelde net al, we hebben binnen het sociaal domein een nieuwe koers. Waarom is die nieuwe koers er? Enerzijds naar aanleiding van de decentralisatie, we hebben kunnen ervaren hoe lopen nou een aantal zaken? Naast die ervaring spelen lokale en landelijke ontwikkelingen. We zien een toenemende zorgvraag in het sociaal domein, tegelijkertijd hebben we te maken met een beperkt zorgbudget. Dit vraagt om een nieuwe koers.

Sheet 5 - Een nieuwe koers – Waarom?

Wat een belangrijk punt is, is de vraag: Hoe zorgen we voor een toekomstbestendig sociaal domein? We hebben ons vorig jaar gebogen over de vraag wat het sociaal domein mag kosten. Hoe gaan we financieel gezien hierom en hoe zijn we toekomstbestendig. De gemeenteraad heeft daarin keuzes gemaakt en een duidelijke opdracht gegeven: groei afremmen en uitgaven in het sociaal domein stabiliseren. Dus ook die opdracht is belangrijk.

Sheet 6 - Nieuwe koers – Wat betekent dit?

Wat betekent dat voor u als aanbieder? Waar we naar toe willen is er een overzichtelijk zorglandschap. Enerzijds vind je het belangrijk dat er iets te kiezen valt, dat er voldoende keuzevrijheid is. Anderzijds is het ook belangrijk om te managen en te richten op kwaliteit en doorontwikkeling. We zien dat er nu wel echt een behoorlijke keuzevrijheid is, dat ten koste gaat van het goed managen hiervan. Wat willen is naar een balans tussen keuzevrijheid, maar wel met een mate waarin we veel intensiever kunnen samenwerken met minder partners en veel meer focus komt te liggen op die kwaliteit en doorontwikkeling. Anderzijds willen we een overzichtelijk zorglandschap creëren. Dit willen we door de toegang duidelijk te organiseren. Ook willen een duidelijk aanbod van voorliggende voorzieningen, dus algemene voorzieningen dat het zowel voor inwoners, maar ook voor professionals duidelijk is welke voorzieningen zijn er, hoe kunnen we met elkaar samen werken en ook die doorstroom van op- en afschalen beter verloopt. Moet ik wel zeggen als het gaat om een overzichtelijk zorglandschap, er zitten een aantal collega's bij dus vul me aan indien nodig. Als het gaat om een overzichtelijk zorglandschap, we zitten nu voornamelijk bij GGZ zorgaanbieders, de nadruk ligt iets meer op, als het gaat om dit punt, het voor veld en de Care en iets minder op de Cure.

Sheet 7 - Nieuwe koers – Wat betekent dit?

Wat betekent dat voor u als aanbieder? Als gemeenten willen we meer de regie nemen. We willen kritisch kijken waar zijn we wel of niet van? Voor welke doelgroep is bepaald aanbod bedoeld? We willen meer resultaatgericht werken om op die manier het overzicht en de regie houden. Waar we ook op inzetten is de eigen verantwoordelijkheid. We vinden het wel belangrijk dat inwoners verantwoordelijk zijn voor hun eigen hulpvraag. Natuurlijk zijn er verschillende manier hoe wij hier als gemeente kunnen ondersteunen en inwoners ondersteunen bij de hulpvraag. Hierbij vinden we het wel belangrijk dat inwoners eigenaar blijven van hun hulpvraag en des te sneller kunnen zij zelfstandig verder naar mogelijke hulp.

En een belangrijk punt waar ik het net over had is het financieel houdbaar stelsel. We zetten in op stabilisatie van de uitgaven in het sociaal domein en gaan uit van gelijkblijvend budget voor de komende jaren. Dat betekent ook dat we op zoek gaan naar werkwijzen die daar bij aansluiten.

Sheet 8 – Nog vragen?

Dit was even heel kort een intro voor de koers van het gehele sociaal domein. Dit is dus niet specifiek voor deze aanbesteding, maar betreft de sociaal domein brede koers in een notendop. De meeste tijd willen we graag besteden aan het inhoudelijk gesprek, maar voor nu ben ik nog benieuwd of er vragen zijn over het eerste gedeelte.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Het roept bij mij wel wat vragen op. Mag ik daar op reageren? Omdat je zegt: dit is een presentatie voor Care en Cure kan ik nu niet goed inschatten wat doelend is van deze context. En dan noem ik het versoberen van het zorglandschap. Volgens mij is het al aardig sober en is de keuze al redelijk beperkt. Is het de bedoeling dat dit nog verder terug gebracht wordt de komende tijd, of is dat wat wij nu aanbieden als GGZ met elkaar, zeg maar stabiel is voor de koers van de gemeente. Gewoon een vraag, ik zie Daniëlle al knikken, volgens mij heb ik het antwoord al gekregen.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Ik zie helaas niet veel gezichten in beeld, het klopt wat je zegt, dit is sociaal domein breed, volgens mij zit het hem voor de GGZ ook voornamelijk in de opdracht voor de stabilisatie van die uitgave.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Dat klopt, met name het budget is het budget voor de toekomst, dus dat de groei binnen het budget past.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Dat is de opdracht en hebben jullie mee gekregen wat de kaders zijn. Hebben jullie ook een idee op welke manier jullie daar vorm aan gaan geven? Ik heb wel een paar ideeën en misschien hebben we dat ook wel met elkaar, maar als gemeente hoor ik wel dat het budget beperkt is, maar niet op welke manier jullie gaan versoberen. De vraag is hoe dan? Of is dat juist de insteek van deze marktconsultatie?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – De belangrijkste uitgangspunten wat betreft de koers heb ik zojuist genoemd. Voor het onderdeel Cure gaan wij graag het gesprek aan. Ik hoop dat ook in deze bijeenkomst de ideeën naar boven komen en we het daarover kunnen hebben met elkaar.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Als je het hebt over het budget dan heb je het over het totale budget van Care en Cure?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ik had het nu over het Cure budget.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Dat staat los van het Care budget omdat jullie presentatie voor alles geven?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – we hebben nu een financiële opdracht gekregen van de gemeente. Die budgetten samen is het gehele budget, bind me er niet op vast hoe die verdeling precies is, maar als je kijkt naar Cure blijft het huidige budget stabiel voor de toekomst, dat is het uitgangspunt.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Krijgen wij ook inzicht hoe jullie de budgetten tussen Cure en Care verdelen?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Wat is daar de meerwaarde van?

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) - Gewoon een stukje inzicht, openheid.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Volgens mij staat dat ook wel in de begroting, dus is daar...

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Daar zal vast wel iets over te vinden zijn, maar dan moet ik alles doorpluizen, kunnen jullie daar als gemeente aanbieders inzicht in geven dat je een beetje weet van gewoon openheid en transparantie ook in dat stuk zeg maar?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Daar moeten we even naar kijken, er zijn geen geheimen over de gemeentelijke begroting dat helemaal niet, maar ik zit even te kijken wat hierop ons antwoord is...

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Je mag er ook later op terug komen.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Dat lijkt me goed. Weet dat er geen geheimhouding ofzo op zit, dat is gewoon transparant. De vraag is helder.

Femke van Cappelle (Inside Out Sports) – Jullie geven aan minder aanbieders te willen contracteren? Betekent het dan ook dat er meer onderaannemers wordt gewerkt of betekent dat in totaliteit het wat minder wordt? En betekent het dan ook dat er met grotere aanbieders wordt gewerkt die meer cliënten kunnen aannemen?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Helder, we willen in inderdaad naar minder aanbieders, omdat we een overzichtelijker zorglandschap willen en een meer intensievere samenwerking met minder aanbieders. Volgens mij geldt dat ook voor het voerveld om overzichtelijkheid te creëren. Dit geldt ook voor de kern, daar zien we ontzettend veel aanbieders. Daarin willen we echt naar minder aanbieders. Het klopt wat je zegt dat er meer in ondernemerschap kan worden gewerkt, maar het is niet zo dat we alleen met grote zorgaanbieders werken. In de manier van toewijzen gaan we echt kijken naar de kwaliteit, als daar een aantal kleine aanbieders kwalitatief hoog uitkomen zal dit betekenen dat we doorgaan met het zoeken van aanbieders tot dat we de capaciteit hebben. Dus dat betekent niet dat we automatisch voor grote aanbieders gaan. Als ik kijk naar GGZ is er in vergelijking met de rest minder aanbieders, het verschil zou dus een stuk minder zijn.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Die laatste sheet ging mij nog wat te snel, mag ik die nog een keer terug zien? Dankjewel.

Ronald Kolkman (Ago Natura) – Ik breek gewoon even in, mag dat? Hebben jullie een beeld bij het aantal aanbieders die jullie gaan selecteren?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Daarin staan we, als het gaat om de Care en Cure, nog echt wel in een heel andere fase. Voor de Cure zijn met net begonnen met het hele proces. De Care wordt deze week gepubliceerd, hierin zijn we een stuk verder. Hierin hebben we gekeken naar de benodigde capaciteit. Welke capaciteit hebben we nodig? Op basis hiervan hebben we gekeken hoeveel aanbieders dat dan worden. We kunnen hier geen getal aan vasthangen, aangezien we moeten aanvullen met de capaciteit die er is.

Ronald Kolkman (Ago Natura) – Er wordt geen vraag gesteld richting de aanbieders je moet er zoveel hebben, dus er wordt geen capaciteitsvraag gesteld?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Nee, we gaan wel vragen van hoeveel we uit kunnen gaan, maar we vragen geen minimaal aantal uit.

Ronald Kolkman (Ago Natura) – Zijn de cijfers berekend op het huidige aantal of op de verwachte groei wat gaat komen die jullie gaan dempen?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Het is gebaseerd op de huidige aantal, rekening houdend met een afname of een groei, maar daar zit wel speling in.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Daar zit wel een groot verschil in tussen jeugdzorg en JGGZ in deze. Bij de jeugdhulp hadden we veel aanbieders, bij de JGGZ is dat wel echt anders. Het aanbod en volume is meer op elkaar afgestemd in deze dan we bij de jeugdhulp hebben gezien.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Ook wat ik net noemde in de presentatie, als het gaat over minder aanbieders dan gaat het ook voornamelijk over het voor veld en de Care. Voor de Cure is dit minder spannend aangezien er is sprake van minder aanbieders. De vraag is hoeveel dit voor dit onderdeel gaat veranderen. Dit zit al veel meer op één lijn.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Over de groei met name. We zitten in een tijdperk met corona en maatregelen waarin het nieuws hoort hoeveel effecten het heeft voor kinderen en jongeren en ook zeker op de GGZ. Ik snap dat het lastig is, maar hebben jullie daar ook al over nagedacht? Ik snap toen jullie een koers gingen uitzetten dit nog niet in jullie hoofd hadden. Is dit ook iets wat jullie meenemen dat er juist al meer vraag kan komen alleen al daardoor zeg maar?

Sarah van Os (gemeente Urk) – In welke mate denk je dat wij als gemeente hier rekening mee moeten houden, denk je dan toch aan het volume waar we het net over hadden?

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Ik verwacht als je gaat sturen op stabilisatie of afname terwijl de vraag toe neemt. Je kan sturen op budgetten volume en afname, maar je kan niet sturen op de zorgvraag. Zeker niet als dit nu vermeerderd vanwege de coronamaatregelen en de effecten bij jongeren. De zorgvraag zou best eens toe kunnen nemen. We weten het natuurlijk niet. Als jullie de opdracht hebben om te stabiliseren en te verminderen, dan zie ik daar wel een soort clash ontstaan zeg maar.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Zeker, en dan zijn we nu naar de inleiding al een beetje aan het ingaan op de inhoudelijke discussie. Waar kan je tegenaan lopen? Wat is al dan niet wenselijk? Dat is zeker waar deze marktconsultatie voor bedoeld is, om met elkaar het gesprek aan te gaan. Ik kijk even naar jou Tineke is het wellicht raadzaam om alvast die de drie slides die we daarvoor hebben, de overstap te maken? We hebben een drietal slides met thema's en aan de hand van die thema's willen we het gesprek aangaan.

-Verbinding viel weg-

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) - Mijn vraag komen jullie straks dan op terug bij het inhoudelijke deel?

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ja, qua tijd is het goed dat we verder gaan naar het inhoudelijk deel.

Marlinde Verhaar (Driestar Educatief) – Ik had nog wel een vraag als dat nog even mag? Wordt er bij het beperken van mogelijk het aantal aanbieders alleen gekeken naar volume of gaat het ook om keuzevrijheid van cliënten? Wij behandelen zelf met name de reformatorische achterban in de Noordoostpolder vooral op Urk, wordt daar ook aandacht aan gegeven?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Misschien goed om te benoemen, dat dit niet zozeer geldt voor de Cure, maar voor de andere onderdelen. We proberen natuurlijk wel rekening te houden met diverse aanbod en er te kiezen valt om voldoende keuzevrijheid te hebben.

Silke Bruil – Mag ik ook nog wat vragen? Valt hoog specialisme onder Cure?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Dat valt onder de Cure, maar dat is regionaal gecontracteerd. Dit valt dus echt onder een ander tak, een andere aanbesteding.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Jullie gaven aan dat jullie als gemeente meer regie gaan nemen, en scherper gaan indiceren, versoberen en meer monitoren. Kunnen jullie aangeven hoe jullie dat gaan doen?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Is dat handig om hier op brede zin op in te gaan? We zitten hier nu specifiek met GGZ aanbieders.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Dit is eigenlijk al een uitwerking en in die fase zitten we nu nog niet. Wij hebben daar nu nog niet een concreet antwoord op omdat we jullie in een vroeg stadium mee nemen in die aanbesteding waarin nog veel minder in detail is vastgelegd, maar in hoofdlijnen zoals Tineke net aangaf in het eerste gedeelte, dat we in het volgende gedeelte in de sheets dit verder willen uitwerken. Dat is juist de input die we willen ophalen. Een aantal zaken die goed lopen als het bijvoorbeeld gaat om een korte lijn, kwaliteit van zorg die wordt geboden, maar we weten ook dat sommige zorgaanbieders last hebben van de contracten zoals die er nu liggen. Waar dat dan nu precies in zit en hoe de verbetering eruit zou moeten zien. Dat is juist de input die we vandaag willen ophalen. Je vraag die je net stelde komt voor ons eigenlijk daarna in de verdere uitwerking.

2.2 Inhoudelijk gesprek

Sheet 9 – Deel II: Inhoudelijk gesprek over diverse thema's

Erwin Heijnen (gemeente Noordoostpolder) – Zullen we dan nu naar de inhoudelijke thema's gaan?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – In totaal hebben we drie thema's en tussendoor hebben we nog een korte pauze. Laten we in ieder geval het eerste thema bespreken.

Sheet 10 - Zorgvolumes binnen gemeentebudgetten

Als eerste waar we het graag over willen hebben is het zorgvolume binnen de zorg gemeente budgetten. Hoe gaan we als gemeente om met het beperkte beschikbare budget? Deze vraag an sich niet zo nieuw. Er is eerder gekozen voor de 1500 minute grens. Dit werkt niet zoals gedacht. We zien dat projecten over de minuten grens heen gaan. Wat levert het eigenlijk op? Wel zien dat wij als gemeente en jullie als zorgaanbieders hier veel tijd mee kwijt zijn, en dit heeft eigenlijk niet het gewenste effect. Welke alternatieven zien we? Om het gesprek aan te gaan leek het ons mooi om via menti het gesprek aan te gaan. Aan de hand van de antwoorden gaan we het gesprek aan.

- Menti wordt opgestart –

Onderwerp: Zorgvolumes binnen gemeentebudgetten.

Silke vraag: wat is jullie vraag?

We hebben drie thema's die vallen onder zorgvolumes. Jullie kunnen via Menti hierop schieten. Die 1500 minuten grens die werkt niet zoals gewenst, maar hoe kunnen wij hier vorm aan geven, welke alternatieven zien jullie?

Gegevens antwoorden:

- Lobby richting overheid nodig;
- Budgetten oké, maar zorgvraag moet toch centraal staan?
- Resultaat gerichte financiering met goed omschreven doelen;
- Baseren op cijfers: hoe lang wordt er gemiddeld behandeling gegeven per zorgvraag/doel;
- Zelf een inschatting van minuten laten maken door de zorgverlener;
- Wens is idd werken met volumes;
- Staat cliënt nog centraal?
- Belangrijk om te kijken naar de hoogte van de volumes;
- Als er toch gewerkt wordt met een budgetplafond laat dan de inschatting van de benodigde minuten over aan de zorgaanbieder. Wat is de toevoeging van een vast aantal minuten per cliënt?

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ik zie dat iemand de opmerking maakt: “Als er toch gewerkt wordt met een budgetplafond laat dan de inschatting van de benodigde minuten over aan de zorgaanbieder. Wat is de toevoeging van een vast aantal minuten per cliënt?”, dat is een van de discussie die vaker gevoerd is. Wil diegene dit misschien nader wil toelichten of is het een vraag om reactie?

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) - Het was mijn opmerking. Als je werkt met een vast budget, wat is dan de toevoeging om ook nog per cliënt een budget vast te stellen? Qua minuten en qua geld dus eigenlijk. Dan bedoel ik meer om de kosten in te perken, het gaat dan om het aantal cliënten die je ziet, daar kom je dan aan.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ja, daarin heb je natuurlijk je budget als gemeente voor GGZ per jaar, je hebt het beeld dat voor iedereen gedurende het hele jaar de zorg voor iedereen beschikbaar wil maken. Soort van grip hebben om je uitstroom, de stroom van financiën en daarin een soort van prikkel. Nou is die minutengrens voor mij niet geheel onbekend. Heb je ook nagedacht, ideeën over een andere manier van vorm geven doormiddel van een prikkel of een ander idee om het budget en op de spreiding grip te houden?

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Ik vind dat heel lastig, ik had het eigenlijk liever andersom gezien, maar dan ben ik misschien heel kritisch. Ik zou eigenlijk liever beginnen bij de inhoud dus wat heeft de cliënt nodig, wat willen we met elkaar realiseren en een duidelijk doel stellen en dan kijken welke financiële kaders zijn er eigenlijk waarbinnen je moet werken. Dit is ook inhoud, maar echt wel

financiële inhoud. Ik snap echt wel dat dit voor jullie als gemeente belangrijk is en jullie vertrekpunt is, maar ik denk ook dat dit voor ons als aanbieders, en dan spreek ik maar even voor mezelf, dat het lastig maakt aangezien wij denken vanuit de inhoud in plaats van financieel. Het is een lastige voor mij omdat ik gedwongen word om heel erg financieel te denken. Terwijl ik denk laten we het vooral over de inhoud hebben en dan kom ik toch weer terug op die coronavraag die ik net stelde, wat verwacht de gemeente dat de inwoners (met name kind en jeugd) nodig hebben de komende jaren. Dan heb je financiële kaders, maar ik denk dat we het daar ook vooral over moeten hebben, maar goed. Dat maakt het voor mij lastig om het hier goed over te hebben.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Daarin we hebben zeker een gedeelde visie als gemeente en zorgaanbieder, wij als gemeente hebben er baat om het voorkomen van problematiek goede zorg te bieden. We kunnen gewoon weg niet buiten het financiële kader om, dat is natuurlijk het gevolg van de transitie die er nu is geweest. Naast dat ik het eens ben met kwaliteit en inhoud wat je leidend wil laten zijn, hebben we (helaas) ook te maken met de realiteit van financiële kaders.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Ik snap het hoor. Het is meer dat ik zou bedenken laten we eens dromen met elkaar en kijken wat de zorgbehoefte is en dan kijken hoe je dat ook financieel zo maken dat het ook de komende jaren te borgen is. Ik denk dat dat wel een heel andere insteek is die het voor jullie lastiger maakt.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Je noemt meer vanuit de inhoud en de cliënt centraal zetten en hoe we aan de doelen zetten. Hoe zorgen we hiervoor dat we aan die doelen werken. Nu zie ik ook een resultaatgericht financiering met goed omschreven doelen. Vind ik interessant, wil iemand die toelichten?

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Ja dat wil ik wel. We hebben die ervaring in Dronten. Daar merk je dat je als GGZ aanbieder door resultaat gerichte financiering zorgvuldig gaat nadenken: “wat vraagt de cliënt en op welke manier ga je daar gericht aan werken”. Dus je beperkt de zorgvraag heel gericht. Vervolgens spreek je met de gidsen van de gemeente af waar aan gewerkt moet worden. Je huurt dan als het ware de specialisten in (wij van de GGZ dus). Je werkt aan een vraag die de inwoner met een gids zelf opstelt. Aan de hand van een indicering ontvangen wij daar een bepaald bedrag voor. Daarmee kun je wat mij betreft, als je kijkt naar de resultaten, meer mensen zien met dezelfde middelen. We willen niet meer geld, maar met het beschikbare budget sneller mensen helpen. Dat is één uitgangspunt dat vanuit een GGZ instelling zelfstandig prima te doen is. Als je het hebt over mijn droom dan zou ik graag dat wij met deze beperkte groep, want we zijn overzichtelijk clubje GGZ aanbieders, goed zouden kunnen samen werken en de handen ineen slaan. We zeggen tegen de mensen, gemeente en GGZ aanbieders: dit is het geld dat we hebben, dit zijn de inwoners die we moeten bedienen, op welke manier kunnen we dit nu zo goed mogelijk doen. Laten we die verantwoordelijkheid voor het verdelen van het budget niet alleen bij de gemeente neerleggen zoals het nu gebeurt, maar laat dat ook in medeverantwoordelijkheid zijn bij de GGZ aanbieders. Wij waren daarover al in verregaande gesprekken en hadden daar mooie ideeën over. Dat stokje zou ik graag willen oppakken, daar geloof ik heel erg in. Juist in de context van Urk en Noordoostpolder, omdat het aanbod en het zorglandschap voor de GGZ zo overzichtelijk is. Danielle weet waar ik over praat.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Pim mag ik even een vraag stellen aangezien dat jullie daar ervaring mee hebben in Dronten? Je zegt net dat er wordt geïndiceerd vanuit gemeente, maar hoe doen jullie dat als er verwijzing komen vanuit de huisarts?

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Dat gebeurt bijna niet, Inge kun jij daar wat meer over zeggen?

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – In Dronten is er een switcht gemaakt, alle verwijzing worden gedaan door de gids en zijn ook het eerste aanspreekpunt voor de inwoners, die verwijzen weer naar ons. In samenspraak worden de doelen bepaald. Als opmerking had ik nog gemaakt: laat de zorgverlener zelf het aantal minuten bepalen. In Dronten is het nog een shifting tussen zoveel en zoveel minuten die je krijgt toegewezen. Ik denk dat je wil bereiken dat de zorgaanbieder een soort bewustwording krijgt. Wat wil je bereiken en hoeveel tijd ben je daarmee kwijt? Normaal gesproken zijn we daar nog niet zo mee bezig. Die verandering wil de gemeente wel maken. De kortste klap is om telkens na te denken hoeveel minuten je nodig hebt. Als de doelen niet

gehaald worden, welke nieuwe doelen zijn er dan, en welke moeilijkheden waren er waardoor het doel niet gehaald werd? Dit lijkt op Dronten alleen dan nog iets specifieker volgens mij.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Mag ik daar op reageren? Je krijgt dan volgens mij ook meer aangeleverd dan dat je wettelijke verwijzer zou krijgen. Daarin doet de gemeente Dronten al wat meer voorwerk voor jullie klopt dat?

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Ja dat klopt.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) - Hebben de huisartsen in Dronten dan ook veel HGGZ kind en jeugd of is dat daar niet? Hoe verhoudt dat zich dan tot de gemeente? Hier komen daar toch ook kinderen eerst daar binnen komt en dan bij de gemeente binnen komt?

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Dan moet ik even nadenken, volgens mij zijn dat de gidsen ook die gekoppeld zijn aan de huisartspraktijken.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Dus de POH van de gids?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Nou eigenlijk, je hebt verschillende POH'ers met verschillende achtergronden. Bij Dronten kiezen ze er voor om een gids bij de huisarts te zetten. Daar hebben ze de toegang anders ingericht.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – De gids is dus eigenlijk ook een POH-GGZ functionaris en SPV'er gespecialiseerd psycholoog?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Nee.

Marjolein Verhaar (De Viersprong) – Het zijn ook verpleegkundige en jeugdwerkers en die hebben nauwe lijn met huisarts en zijn in dienst van de gemeente Dronten

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Ah oké, dus zij hebben daar niet nog een aparte, zoals hier in de NOP echt een POH'er voor GGZ en jeugd?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Vraag me niet precies hoe het in Dronten zit, maar wat ik heb begrepen zit de gids bij Dronten, en dat is niet per definitie een SPB'er.

Marjolein Verhaar (De Viersprong) – De gidsen werken in een team onder een gedragsdeskundige die in dienst is van de gemeente.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Want een groot deel is het natuurlijk al, bij de NOP zijn jullie hier al mee begonnen en is dat natuurlijk al bij de hartarts, dat de specifieke Cure bij de GGZ zit bij de huisarts. Soms is dat voor doorverwijzing of afschaling als er alleen een Psycho-educatie moet worden gegeven, maar er wordt ook behandeling gegeven dus dat is wel een iets andere situatie dan bij Dronten zeg maar? Als we dat systeem zouden kopiëren dan is dat wel een factor die op Urk en NOP die je dan wel mee moet nemen?

Marjolein Verhaar (De Viersprong) – Die ontwikkeld moeten worden, zeker.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ik had nog wel een vraag aan Pim. Hoe zie jij het resultaat gericht financieren voor je? Het triggert mij, in andere gesprekken hebben we het al wel gehad over taakgericht en meer in consortium. Met 24 uurszorg lopen wij nog wel tegen wat troubles aan als ik het zo maar even mag zeggen, waardoor wij daar ook als de gemeente wat voorzichtig in zijn. We kijken dan ook voor welke zorgvorm doen we dat wel en wat zijn dan de voor- en nadelen en daarna wat past het best bij de GGZ? Is dat dan resultaat gericht financieren of toch P maal Q of is dat taakgericht? Wat ik hoorde is dat voor de volwassen GGZ de tendens is dat het richting P maal Q gaat. Ik ben benieuwd hoe jullie daar als aanbieder naar kijken, stel als het voor jeugd en volwassen gesplitst is zorgt dat voor extra facturen en administratieve rompslomp en komen er andere uitdagingen. Kan iemand aangeven hoe jullie daarnaar kijken?

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Rompslomp hebben we sowieso, dus ik ben al afgestapt van het idee dat we met al die verschillende gemeentes en visies ergens één lijn gaan vinden om het ons administratief te verlichten. Ik kijk naar wat heeft resultaat, wat werkt voor zowel de inwoner (voor kwalitatieve zorg) als voor de aanbieder als de gemeente. Ik vind dat we daarin een gedeelde maatschappelijk verantwoordelijkheid hebben. Die neem ik heel serieus. Wat is voor ons een goede vorm? De P maal Q is een prima vorm, want daarmee kunnen we tegemoet komen aan de zorgvraag van de inwoner, maar tegelijkertijd geeft het ons geen impuls om de doelen binnen een kortere termijn te halen. Wij merken dat de behandelaars daar meer mee bezig zijn als ze daar naar worden gevraagd. Sterker nog, bij de start van de behandeling na moeten denken hoe lang het traject gaat duren en wat mag het daarmee kosten? Dat helpt. Wat niet helpt is dat als een gids die daar niet voor gekwalificeerd is gaat bepalen hoe lang een traject gaat voor mij in de behandeling gaat duren. Dan krijg je zeg maar die vermenging van verantwoordelijkheden waar ik buiten wil blijven, want dat schept meer afstand dan dat het voor toenadering en samenwerking komt. Dus maak ons mede verantwoordelijk voor het budget zodat wij samen weten het is ons belang om de zorg zo goed mogelijk en goedkoop mogelijk te doen, want daar worden wij rijker van, dat is een financiële prikkel voor ons als aanbieder, maar tegelijkertijd zorg dat er een bewustwording zit in het behalen van die doelen binnen bepaalde tijd. Als je alleen maar P maal Q doet, dan reizen de kosten de pan uit.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ja, dan zie ik ook op de menti-meter staan als voorbeeld: “behandel niet de intensiteit maar behandelduur begrenzen”. Volgens mij hoor ik jou ook zeggen; laat dat bij de aanbieder liggen. Maar behandelduur begrenzen zie ik ook staan.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Ja die was van mij Daniëlle.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Ik zie meer opmerkingen namelijk: “baseren op cijfers: hoe lang wordt er gemiddeld behandeling gegeven per zorgvraag/doel”. Eigenlijk zie ik wel meerdere opmerkingen die kijken naar een behandelduur in het algemeen. Komt wel vaker terug

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Ja, want ik wilde eigenlijk een blonde vraag stellen. De verzoeken kwamen bij mij in de basis binnen als de minutengrens dreigde te worden overschreden. Daar ging ik eens over nadenken. Ik hoor wel wat over behandelintensiteit en de behandelduur, maar hoe kijken jullie daar als professionals tegenaan, in de zin dat de minuten tijd kwamen aan diagnostiek. In Dronten krijg je al iets meer aangeleverd dan van de gemiddelde huisarts, dus dan zou je dat misschien wat minder tijd kosten. Maar zit er ook verschil tussen behandel- duur en intensiteit?

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Startvraag was hoeveel minuten krijgen we in Dronten? Dat zijn 3000 minuten, dat betekent wel dubbel zoveel minuten als daar waar we jou altijd mee lastig vielen. Daarmee konden we ook komen tot een behandeling in plaats van blijven steken bij de diagnostiekfase. Anderzijds juist door de doelen helder neer te zetten en in discussie te gaan ook juist met de patiënt, ben je doelgerichter bezig. Dus dan wordt de intensiteit van de behandeling veel gericht en ben je niet geneigd om als je doel behaald is te zeggen: ja maar het is nog 8, we blijven steken bij een zesje. We willen nog voor die 8 gaan.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) - Wij werken met kind en jeugd en met de gemeente hierin samen. In het verleden werkte wij nog wel samen met de verzekering toen het nog niet onder de gemeentelijke taken viel. Ik vroeg mij af voor diegene die ook in de volwassen GGZ bieden, hoe is het in de volwassen GGZ is geregeld? Ook een minuten grens, hoe zit dat als je daar overheen komt, hoe gaat de zorgverzekering daar mee om?

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Die betaalt gewoon.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Destijds toen wij het nog deden was er wel het thema VU de laatste fase was nog een stukje prestatie. De overgang in 2014 was er ook nog P maal Q bij de zorgverzekeraar, kan ik me licht herinneren.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – In het basiscontract krijg je minuten en binnen die minuten moet je het doen, behandel je door, dan krijg je niet extra betaald.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Dat is bij de basis GGZ, bij SGGZ dat is anders. Daar heb je bepaalde staffel, heb je meer minuten nodig dan val je gewoon in een andere staffel. Krijg je een ander budget betaald, maar dat werkt met een soort treden systeem. Daar kan je in principe wel door blijven gaan met behandelen, maar dan val je in een hogere staffel.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – En daarvoor Jessica, jullie doen ook basis GGZ ook in de volwassenen?

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Ook specialistisch, dus het klopt wat Pim zegt, de zorgverzekeraar stelt eisen bijvoorbeeld je hebt X aantal minuten en dan is het gewoon klaar.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Is het dan niet zo in de basis dat als je dan nog niet klaar bent je dan opschaalt naar de SGGZ?

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Nee, dat mag niet. Wij hebben een contract met de regio noord Veluwe. Daar hebben wij een iets hoger aantal minuten, maar daar hoeven we nooit formulieren in te vullen. Zowel niet voor de basis als voor de specialistisch. In onze gesprekken worden we daar wel bevraagd op resultaat. Daar hebben we het over resultaten in de gesprekken die wij met de gemeente voeren.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) - In totaalrapportages was het volgens mij de bedoeling dat dat terug zou komen in de lopende contracten. Dat we het daar dan over zouden hebben en dan kun je als aanbieder, he jullie kunnen dat als gemeente natuurlijk wel inzichtelijk maken wat de gemiddelde behandelduur is en vergelijken met andere zorgaanbieders.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Dat klopt, en we zijn als gemeente ook een beetje zoekende hoe kunnen we nou sturingsinstrumenten inzetten? Laat ons zelf het gesprek doen, maar hoe kunnen we er met een werkwijze voor zorgen dat de doelen kunnen integreren en de lokale toegang ook iets meer betrokken wordt. Zeg maar om resultaatgericht te werken zonder dat daar veel wassenneus formuliertjes worden opgesteld, waar we allemaal druk mee zijn.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Los van de privacy he. Houd dat ook goed in de gaten want die formulieren, heb ik al herhaaldelijk aangegeven, zitten in de gevarenzone qua privacywetgeving wat je allemaal deelt met elkaar.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ja, volgens mij delen we ook met elkaar dat het niet het gewenste effect is, maar zijn we vooral met elkaar opzoek naar wat dan wel. Als gemeente denken we wel dat we iets met elkaar moeten afspreken. We nemen we de input mee om daar verder over na te denken. Wil je dan meer richting resultaat gericht financieren? De andere kant, onze lokale toegang, wij zien wel de huisarts als een makkelijke toegang, met die POH-er erbij. Het is niet onze intentie om bij elke huisarts iemand van de gemeente neer te zetten à la Dronten. Hoe kunnen wij recht doen aan beide kanten?

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Ja, en daarom vind ik al wel als het gaat om basis GGZ, hebben we al iets meer ruimte gekregen vanuit de gemeente om iets meer te kunnen behandelen. Als we daar dan overheen gaan dan moeten we toestemming vragen. Ergens denk ik als het gaat om kwaliteit en inhoud vind ik het wel z'n sparmoment. Ik vind dat niet vervelend, wij vragen niet naar mijn idee elke week welk formulier we moeten invullen. Als het gaat om specialistische GGZ zijn 1500 minuten wel echt heel er weinig. Wij zitten ook rond de 3000 minuten bij regio noord Veluwe.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Lennard zou jij nog even de gedachten gang willen uitleggen? Misschien toch al goed om die hier even in de week te leggen.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – De gedachten gang die ik had? Ik was belast met het toetsen van de documenten. Hierover had ik een leuk gesprek met Gerard. Hebben jullie wel de deskundigheid om daar wat over te vinden? We hebben hier intern over gesproken. Het grootste gedeelte van de aanmeldingen bij jullie komt vanuit de huisarts. Wij zitten niet bij dat gesprek, maar de huisarts die stuurt iemand door op basis van een gesprek van 10 à 20 minuten. Die maakt misschien

de inschatting van: ik weet het niet, ik stuur diegene door naar de GGZ. Dan is het aan jullie met de opdracht om het probleem te verhelpen, dat kunnen wij niet met een aantal minuten begrenzen. Je wil als organisatie de persoon zo snel mogelijk helpen, dat vul ik in met de gedachte van de goedheid van de mens. Wat is een gemiddelde behandelduur van een traject? Dan heb ik het niet over het aantal minuten per traject, maar naar de duur. Kun je dan niet zeggen van oké het is aan jullie als GGZ om het probleem te helpen, wij hebben niet bij het gesprek van de huisarts gezeten, hoeven we niks van te vinden, we kunnen wel zeggen gemiddeld 9 maanden, 12 maanden, moet het probleem verholpen zijn. Op het moment dat het probleem niet verholpen is of het basis probleem misschien wel is verholpen, maar jullie gaande weg als deskundige erachter dat er nog meer speelt, zoek dan de verbinding met de lokale toegang ook in het kader van stukje regievoering. Is het dan toch te complex? Is er iets in het systeem mis? Dus echt dat je dan als GGZ ook bezig kan houden waar jullie goed in zijn en de klantmanagers met een stukje regievoering en het overstijgend kijken of er naar begeleiding ook meer nodig is naast de behandeling of van de behandeling, dus dat is eigenlijk in een notendop de visie van de behandelduur en niet de intensiteit.

Gerard Gerbranda (stichting Eleos) – Hier Gerard, ik neem aan dat je mij bedoelde?

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Ja.

Gerard Gerbranda (stichting Eleos) – Haha. Precies zoals jij zegt wat wij in onze werkwijze tegen komen, het rechtstreeks verwijzen is een regel, komt er op neer: zoek het maar uit. Diagnostiek moet dan worden ingezet. Ik denk en dat heb ik ook aangegeven; het hele model straalt vertrouwen uit, tenminste dat is wat ik hoor. Daarbij sluit ik mij aan op het verhaal van Pim. Leg de verantwoordelijkheid heel duidelijk neer bij de zorgaanbieder. Ga je productenrange, dus kijken naar oké waar zit nu het probleem. Het probleem zit direct aan de voorkant. Die rechtstreekse verwijzer ga je niet zo ver krijgen dat hij zijn patiënten gaat verwijzen naar de gemeente, dus dat model zoals het nu loopt dat blijft lopen. In mijn beleving loopt dat model gewoon goed. Waar we tegenaan lopen is dat je aan de voorkant te weinig minuten hebt om aan te geven welke zorgbehoefte er nodig is. Dus ik opteer, en dat heb ik ook aangegeven, als je het dan hebt over technische uitvoering, voor een duidelijk diagnostiek product met een vast volume. Als je met elkaar kan afspreken wat een reel volume is, dan ligt dat vast en komt het aan op het vertrouwen dat we met elkaar moeten hebben. De een noemt het de perverse prikkel, je hebt 1000 minuten, dus dan maak ik die 1000 minuten ook op. Nee, want dat ga je als gemeente denk ik zo meteen monitoren.

Marjolein Verhaar (De Viersprong) – Gerard mag ik daar een aanvulling op doen? Is het ook niet wenselijk dat de POH JGGZ daar een rol in heeft?

Gerard Gerbranda (stichting Eleos) – Heel duidelijk.

Marjolein Verhaar (De Viersprong) – Actief ten aanzien van screening en triage, dat de huisarts in principe nooit meer rechtstreeks doet, maar dat het via de POH-JGGZ wordt, volgens mij ligt daar ook specifiek de opdracht?

Gerard Gerbranda (stichting Eleos) – Ja, maar niet iedereen werkt bij de POH-GGZ. Je zult altijd situaties krijgen waarbij de huisarts alleen staat en niet weet wat hij moet doen. Die vraagt aan de cliënt naar welke zorgaanbieder wil je? Wij krijgen een eenregelige verwijzing en zoek het dan maar uit. Binnen het huidige model moet je er maar wat van zien te maken. Vervolgens is het administratief verlengen, want dat is wat we dan doen. We sturen naar NOP en Urk het briefje; je krijgt geen terugkoppeling en uiteindelijk heb je een open rekening. Dat is waar we voortdurend tegenaan lopen. Sterker nog het is moeilijk te monitoren voor ons. Ik opteer heel duidelijk, voor duidelijkheid daarin en vervolgens dat je de dialoog met gemeente aangaat op basis van duidelijk monitoren.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Ik breek even in want er worden heel mooie dingen gezegd. Waar we het nu over hebben komt straks ook mooi terug in de andere thema's. Ik dacht even een korte break en dat we straks verder gaan met de volgende thema's.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Om even af te ronden met deze thema's, wat nemen we daarin mee en hoe gaan we hierin verder?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Wat ik in ieder geval heel mooi terug hoorde, ook in het verhaal van Pim, dat we niet de minuten centraal moeten stellen, maar meer het resultaat centraal stellen en daarop sturen. Ook meer kijken naar de behandeling en de behandelduur en mogelijk daarin begrenzen, dus ook in plaats van begrenzen op minuten.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Triage vind ik ook een mooi punt dat genoemd wordt, om aan de voorkant te kijken wat is nodig, wie heeft welke rol in de keten als we moeten beslissen en moeten we dan naar basis specialistisch en is er al dan geen diagnostiek nodig?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Ja en volgens mij het stukje diagnostiek wat net al terug kwam en ook het stukje hoelang zou de behandelduur moeten zijn en wat vindt daar dan ook plaats? Daar gaan we het straks ook over hebben, dus die sluit mooi aan.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ja precies en die 1500 minuten zijn we allemaal met elkaar over eens dat dit niet werkt. Jullie input gebruiken wij hoe we daar mee om willen gaan.

Sheet 11 - Pauze

Sheet 12 - Verschillende vormen zorg binnen een GGZ-traject

Sarah van Os (gemeente Urk) – Het gaat over de verschillende soorten zorg binnen het GGZ traject. De tweede stelling: hoe zetten we verschillende vormen van zorg weg binnen een traject in het GGZ zorglandschap? We hebben basis, we hebben specialistisch. Maar de laatste maanden, ook vanuit de aanbesteding van de Care, hebben we ook vragen gekregen over de begeleiding vanuit de GGZ. Vandaar dat we dit thema zo hebben beschreven om te kijken naar de verschillende soorten zorg.

We zien dat er nu begeleiding plaats vindt binnen de Cure. En dat een traject vaak bestaat uit zowel een deel behandeling als een deel begeleiding. Hoe zetten we dit goed weg binnen het GGZ zorglandschap?

- Menti wordt geopend –

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – We zien dat trajecten bestaan uit diagnostiek, behandeling en begeleiding. We zijn benieuwd hoe jullie hier naar kijken en kunnen wegzetten binnen het GGZ zorglandschap?

Gegeven antwoorden:

- Licht, middel, zwaar producten of toch de duur leidend maken. 6, 9 of 12 maanden?
- Preventie GGZ diagnostiek licht midden zwaar, maatwerk = p maal q;
- Een coördinator (voorkeur voor gemeente), heldere afspraken over afstemming. Maximaal aantal betrokken zorgverleners. Oppassen met regie bij ouders leggen (hebben we minder goede ervaringen mee);
- Duur licht midden en zwaar als inschatting. Liever niet een tijd koppelen. Diagnostiek loskoppelen van behandeling;
- I.v.m. zorgmijding graag basis GGZ op school bieden (drempelverlaging) om escalatie (SGGZ) te voorkomen;
- Werken met losse modules en deze op cliënt niveau inzetten (diagnostiek, medicatie, behandeling);
- Diagnostiek bij de voordeur, daaruit voortvloeiend behandelen;
- Maatgericht werken!

Sarah van Os (gemeente Urk) – Het blijft even stil. Ik weet dat jij Lennard, ik heb net een en ander toegelicht welke vormen wij tegen komen binnen de GGZ. Heb jij nog mooie praktijk voorbeelden?

Lennard: Nu is het specifiek, maar achter de schermen zien wij niet wat jullie doen. Dat klinkt een beetje beheersmatig, maar we hebben bijvoorbeeld met therapeutisch centrum en met de psycho praktijk wel eens over gehad. De psycho praktijk kan bijvoorbeeld geen medicatie toedienen, hoewel ze een aantal vragen prima kunnen opvangen. Terwijl TFC dan ondersteunend is met de medicatie controle. In ons systeem roept dat heel veel vragen op. Het systeem denkt dan: he twee specifieke GGZ indicaties, klopt dat wel? Dan komt de administratie naar mij toe, hoe zit dit? Dan ga ik bellen, maar dan weet ik eigenlijk al wel hoe het zit. Op basis van vertrouwen toch nog maar even gecheckt. Maar het zou helpen als toch bepaalde vormen op bepaalde manieren weg zet. IPG is ook een

product dat gewoon heel intensief is, dus als ik inderdaad een verzoek kreeg: Joh ik heb een ophoging met 6000 minuten, dan weet ik wat voor traject dat is, terwijl dit ook een heel vertekend beeld kan geven die 6000 minuten. Ik ga dan vragen stellen en dan kom je op het snijvlak van privacy want we hebben niet bij het gesprek met de huisarts gezeten dus het zou wel helpend zijn als we kunnen kijken wat nou toch vormen van zorg zowel binnen basis als specialistisch zodat we toch wat beter inzicht kunnen krijgen waardoor je het gesprek kan voeren. Gerard gaf al een mooi voorbeeld over stukje diagnostiek om dat als een product weg te zetten. Nu praat ik even voor Jeroen als contractmanager, maar hierdoor heb je meer inzicht en beter het gesprek kan voeren aangezien het nu vooral specifiek is. Nu zien we alleen het aantal minuten. We kunnen daar wel wat bij bedenken als iemand één keer per kwartaal terug komt voor bijvoorbeeld voor 180 minuten, dan zou het waarschijnlijk een stuk controle met voorbereiden en rapporteren daarnaast zijn. Dat is nu allemaal speculeren, dus daar komt hij vandaan.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Wat ik begreep was ook dat trajecten soms wat lang duren en zeg goh zo lang behandelen is dat nodig? Dan blijkt dat er bijvoorbeeld best een tijdje ondersteuning plaats vindt en er een vertekend beeld krijgt. Zou je die ondersteuning/begeleiding niet eigenlijk los moeten koppelen van het stukje behandelen.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Dat is ook inderdaad wat wel positief was van al die formulieren dat je als aanbieder een stukje inzicht geeft. Dat heb ik ook gesprekken over gehad met behandelaren van TCF. Er stond bijvoorbeeld ouder begeleiding, daar kan ik van alles bij gaan bedenken, maar jullie zijn de uitvoerders. Los daarvan hebben we ook wel gekeken naar gemiddelde behandeluren. Die kunnen ook een vertekend beeld geven daardoor. Als iemand structureel terug komt voor medicatie lijkt het alsof een SGGZ 25 maanden duurt. Terwijl de behandeling al na 9 maanden is gestopt. Stukje nazorg. Vandaar dat we dit thema met jullie willen bespreken.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – We hadden het net over die behandeluur en ik kan me voorstellen mocht je wel gaan kijken naar de behandeluur, dan zul je toch ook bepaalde onderdelen als medicatiecontrole of een stukje begeleiding/ondersteuning/diagnostiek misschien willen loskoppelen wil je ook tot een realistische duur komen.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Over een realistische duur, wij doen bij aanvang altijd een stuk diagnostiek he. Het opstellen van mijn indicatieverslag is diagnostiek. Daarin maak ik gebruik van diagnostische hulpmiddelen en waar nodig pas ik extra diagnostiek toe om de beeldvorming te beschrijven. Daaruit voort vloeiend om de behandeling goed op te kunnen starten. Dus om de dat helemaal los te knippen binnen de basis GGZ vind ik dit lastig los te knippen. Binnen de SGGZ denk ik ja, je kan een product diagnostiek hebben, maar waarom kan het niet overvloeien in elkaar?

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Ja, maar dit gebeurt ook bij de dyslexie op die manier hoor. Is inderdaad dat je in het systeem zoveel uur stond er voor diagnostiek en daarna gaat de reguliere zorgbehandeling starten.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Dat vroeg ik mij nog af: in mijn systeem koppel ik in mijn agenda producten aan hetgeen wat ik doe als ik controle krijg om inzichtelijk te laten maken wat ik heb gedaan. Dus in de intake, diagnostiekfase koppel ik dat aan die labeltjes zeg maar. Dat is dus niet iets wat jullie dus zien als gemeente? Jullie zien dus een hele bulk en dat is het?

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Ja, en dat heeft volgens mij te maken met dat jullie toch met verschillende programma's werken. Wij hebben gekozen voor specifiek en daar zien wij verder niet zoveel meer van nee.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Jullie kunnen dus ook niet zien dat ik nog een nazorg gesprek heb? Dus niet de verschillende gesprekken zien?

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Nee

Gerard Gerbranda (stichting Eleos) – Mag ik even op jou reageren? Jessica, zoals jij hem stelt bedoel ik ook hoor. Op het moment dat er een verwijzing komt en je weet echt niet hoe de behandeling eruit

komt te zien. Daarmee bedoel ik dus dat je diagnostiek gaat inzetten. Op het moment dat je kan inschatten hoe het verhaal er dan uitkomt te zien vraag je een behandel beschikking aan inclusief diagnostiek. Die is dan inclusief, die zit in het behandelproduct.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Waar deze vraag misschien ook wel vandaan komt is dat wij dus bezig zijn voor de Care en daar werd ook de vraag specifiek gesteld hoe zit het met begeleiden binnen de GGZ. Dat triggerde ons hoe zetten we de begeleiding binnen de Cure, binnen de GGZ om? We merken dat we nu in een behandeltraject zitten en soms ook een stukje begeleiding nodig hebben. Zouden we dat niet op een andere manier moeten vorm geven binnen de hele Cure? Zouden we dat niet als een apart onderwerp moeten benoemen?

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Dan is het wel de vraag: wat versta je onder begeleiding? Eigenlijk wat wij binnen de basis en in mijn geval in de specialistische zorg doen is alleen een stukje nazorg en ouderondersteuning op basis van het stuk diagnostiek hebben gedaan. Wij hebben in de praktijk veel cliënten met een licht verstandelijke beperking, maar ook jongeren meet een licht verstandelijke beperking. Dan vind ik het fijn na zo een GGZ traject om in de thuiszorg het een en ander kunnen in te zetten, omdat ouders dat gewoon nodig hebben. Als hun van mij de diagnose hebben gekregen en ik leg dat drie keer uit, dan weten ze niet hoe ze dit thuis moeten toepassen. Dat vind ik een anders soort begeleiding als psycho begeleiding en nazorg in het kader van een lopende behandeling.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Jessica, daar wil ik even bij aansluiten. Ik heb in de chat neergezet consultatie en advies, ondersteuning van het zorgveld, eerder kunnen afschalen. Dat sluit misschien aan bij die intentie die er net genoemd wordt vanuit de begeleiding. Wanneer kunnen wij het overdragen en loslaten en wanneer zijn wij nodig voor consultatie en advies om ervoor te zorgen als het uit de bocht vliegt wij nog beschikbaar zijn om te kunnen inspringen. Daarmee ontlast je het systeem en hebben zij ook niet het gevoel volledig verantwoordelijk te moeten zijn voor wat wij loslaten, maar wij daar gezamenlijk in een samenwerking kunnen optreden. Het product moet er dan wel zijn want dan kan je hem ook op die plek weg schrijven waardoor dit niet continue drukt op de behandelingsduur. Hij komt maar heel kort of zelden voor, maar dan kan je hem ook gewoon loslaten totdat je hem nodig hebt.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Betekent dit dat er soms toewijzingen open blijven staan? Hij kan terug komen, maar je weet niet wanneer? Sluiten jullie dan de toewijzing af en sturen jullie een nieuwe verzoek als vanuit de inwoner die vraag komt? Of blijft die toewijzing open staan?

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Nou ja heel beperkt. Wij doen altijd wel een stuk veiligheid inbouwen als je het af gaat sluiten van nou ik zie je over 3 maanden nog een keer om zeker te zijn dat het goed gaat en niks anders meer nodig hebt, maar dan sluiten we hem ook af. We laten hem niet eindeloos openstaan nee.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Maar je hebt toch de mogelijkheid om de toewijzing af te sluiten en de beschikken aan te houden? Dat gebruiken wij nog wel eens in die enkele gevallen waarin je verwacht dat een cliënt binnen nu en een half jaar toch nog een spar moment nodig heeft. Ik neem zelf dan nooit het initiatief. Persoonlijk laat ik het initiatief bij de cliënt liggen, is dat niet zo dan sluit ik hem definitief. Wij sluiten hem dan wel af met het verzoek om de beschikking aan te houden.

Gerard Gerbranda (stichting Eleos) – Even voor de duidelijkheid, de intreden van het nieuwe berichtenverkeer; we spreken niet meer over beschikkingen maar over toewijzingen om de misverstanden uit te sluiten.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ik wil even inbreken want ik begrijp dat er een vraag is van inside out.

Femke van Cappelle (Inside Out Sports) – Wij zijn bezig met de aanbesteding WMO in regio noord Veluwe. Daar hebben ze een nieuw product, de waakvlam, je kan aangeven dat je na een traject nazorg levert. Zoals ik nu de stelling heb begrepen gaat het om verschillende vormen binnen één zorgtraject, iets wat wij nu ook al regelmatig doen. Wij zetten én behandeling én begeleiding in, waarbij we in de begeleiding in de praktijk gaan oefenen, wat we in de behandeling behandelen. Tot nu toe merken wij dat dit best wel goed werkt. Wij zijn ook meestal onderdeel van een ander zorgtraject. De uitdaging is hoe stem je dat af met de zorgverleners?

Sarah van Os (gemeente Urk) – En als je zegt andere zorgverleners, gaat het dan ook over andere partners buiten de JGGZ? Want daar hebben we natuurlijk binnen de jeugd hulpverlening mee te maken, daar wordt ook ouderbegeleiding geboden. Wordt daar op die manier die link gelegd?

Femke van Cappelle (Inside Out Sports) – Ja, heel verschillend inderdaad. Wij worden ook als verzwarende van de zorg ingezet, als het gaat om de P&T die wij dan bieden. Als een zorgaanbieder alleen maar begeleiding zelf biedt, en andersom ook. Het heeft inderdaad te maken met dat wij een gedeelte van het zorg traject op ons nemen.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ja, jouw vraag triggerde mij omdat ik ook heb begrepen van een collega die voorheen JGGZ aanbesteding heeft gedaan dat er voorheen ook de vraag is gesteld om vanuit transformatie en samenwerking met jeugdzorg aanbieders te zoeken. Zou dat ook kunnen voor ouderenbegeleiding?

Femke van Cappelle (Inside Out Sports) – Eh, je noemt hem specifiek voor ouderenbegeleiding, maar wij doen dat ook gewoon als we kijken naar jongeren zelf. Dus dat we bij jongeren zelfs verschillende zorgtrajecten combineren in één traject, dus met verschillende zorgintensiteiten. Begrijp ik je dan goed?

Sarah van Os (gemeente Urk) – Licht het dus aan de vraag of het eigenlijk nodig is of je op ouders moet inzetten of op de jeugdigen? Afhankelijk van wat er nodig is daarin vervolg zorg inzet?

Femke van Cappelle (Inside Out Sports) – Ja klopt, wij begeleiden zelf de ouders niet, daarin werken we dan weer samen met andere zorgaanbieders.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Geldt dat voor anderen die hierbij zijn aangesloten?

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Nee wij doen dat niet, maar dat komt omdat wij ons echt op die GGZ richten. Maar ik zie dat wel weer terug komen in de volwassen begeleiding, als er een ambulant begeleider of iemand anders aanwezig is dat wij die altijd betrekken bij de behandeling en die ook bij intake en tussentijdse evaluatie erbij hebben zitten en dat wij ook terugkoppeling geven aan ambulante begeleiders; dit hebben wij gedaan, goh zou jij dit nu in de komende weken met de cliënt willen oppakken? Zo doen we dat wel met de volwassenzorg. In de jeugd zien wij dat er veel minder ambulante hulp is voor kinderen die bij ons zijn aangemeld en merken we dat de hulp gaan opstarten, dan dat we gaan samenwerken. Als die samenwerking er wel is, probeer ik het ook op die wijze vorm te geven.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Ja en ik denk dat het bij ons, wat wij in de praktijk tenminste merken, als je dan wil overstappen naar een stukje ouderenbegeleiding naar een voorliggende voorziening die er al is, dan moet ik even aan vitre denken of iets van triade, wat ik dan als knelpunt zie als je gaat overschakelen je tegen wachttijden en bureaucratie aanloopt en te maken hebt met nieuwe personen. Voor ouders vaak heel vervelend en ik heb daar niet altijd grip op, dat vind ik nu vooral een knelpunt. Eigenlijk zou er in dit gezin zorg moeten komen, maar dan zit je met die praktische kant dat vitre niet meteen iemand beschikbaar heeft. Ik probeer het altijd warm over te dragen. We werken ook wel samen met caritas. Als ik bijvoorbeeld een cliënt heb die eigenlijk de behandeling afgesloten kan worden, maar die nog wel af en toe een gesprekspartner nodig heeft als het gaat om lichte zorg dan neem ik contact op hier op Urk met moat kon geen kwoad of kwoad in het gezin, dat gaat wel vaak veel soepeler. Dan gaat het echt niet meer om begeleiding, maar meer je hart luchten, een oogje in het zeil houden.

Femke van Cappelle (Inside Out Sports) – Bekend met de lange wachttijden en voordat je met de juiste persoon in gesprek bent.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Het zou mooi zijn als wij daar zelf iets in kunnen betekenen. Vaak is het niet zo dat je het niet zelf kan, maar dat je denkt dit is eigenlijk geen GGZ meer behandeling, dan zit je al met je minuten, dus dan wil je hem toch overdragen omdat je weet als je het nu helemaal los laat je over een half jaar weer een nieuwe verwijzing hebt. Of iemand anders in de GGZ.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Met loslaten in de polder, ik maak nu wel veel gebruik van maatschappelijk werk voor kind en jeugd van de POH-GGZ. POH-GGZ doen wij ook, maar daar zit ook weer een beperking aan dat je dan niet in een thuissituatie iets kan betekenen. Wij schalen wel af naar POH-GGZ, maar dat is ook weer in de huisartsenpraktijk, dus als dat kan doen we dat ook, maar als het echt gaat om ouderenbegeleiding of iets in een thuissituatie dan vind ik dat wel lastiger om daarin een vloeiende lijn te vinden. Dat zijn dan zulke grote organisaties die dan, ja dat is voor ons dan een lastige om daar een goede samenwerking mee op te starten. Het zou vloeiender moeten kunnen of je zou daar zelf inderdaad een soort iets in kunnen betekenen.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Gerdie, om daar even op aan te haken je zegt dat het lastig om daarin die samenwerking de jeugdhulpaanbieders tot een goede afspraken te komen? Wat is er nodig om daar een verandering te krijgen dan?

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Ja ik weet het niet. Misschien moet je daarin ook met elkaar. Kijk nu is het echt knip Care en Cure. Als ik kijk naar hier op Urk hebben wij een heel nauwe samenwerking met Elios en dat werkt heel prettig omdat we nauw met elkaar betrokken zijn. Dat vind ik lastiger met een instantie die A in een heel ander perceel zit in die zin dat het mij nog niet gelukt is om daarin snel toegangen te vinden waar ik makkelijk kan afschalen en ik weet dit wordt ook goed opgepakt. Dan zit ik toch met wachtlijsten en bureaucratie, bureaucratie is natuurlijk administratief laat ik het zo zeggen. Zij hebben natuurlijk ook hun manier van werken. Ik ervaar daar wel een soort knip in.

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Als ik daar op in mag haken, in Dronten is dat bijvoorbeeld door middel van die gidsen ook wel goed geregeld, omdat je dan eigenlijk de na de behandeling afschaalt naar de gemeente. Zij gaan samen met ouders kijken naar een afschaling van zorg als dat nog nodig is. De verantwoordelijkheid voor minder zware zorg ligt bij de gids van de gemeente. Dat vind ik wel heel fijn werken daar.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Dat kan ik me heel goed voorstellen. Aan de andere kant is dit dan wel weer een schakel er tussen. Wij hebben nu natuurlijk die aanmeldteams. Bij de gemeente Urk heb ik het dan nu even over, want daar hebben wij het meest mee te maken. Dan zit je toch met, ja, ik denk dat je dan als gemeente ook weer moet opschalen in je manier hoe je mensen kan bedienen want dan komen er veel meer zorgvragen bij een gemeente terecht die dan ook voor al die trajecten zorgaanbieders moet gaan zoeken. Hoe je anders die vlotte overstap, behalve dat je misschien zegt van nou ja het, er is geen overload aan zorgaanbieder in de Cure, in de Care wel, maar daar wil de gemeente dan nou ja vernauwingen aan brengen dus ik denk dat je daar toch, wil je soepele overgang, zou je elkaar moeten weten te vinden en daar goede afspraken over maken.

Ronald Kolkman (Ago Natura) – Zou je niet kunnen vragen binnen je aanbesteding dat je ook aanbieders zoekt die beide kunnen leveren? Dat je uiteindelijk wellicht dit probleem kunt tackelen door te zeggen dat je een aanbieder hebt in de Cure en in de Care. Want dan gaat het gewoon een-op-een over en heb je volgens mij niet per se sprake van wachtlijsten en administratieve rompslomp, die we ook bureaucratie kunnen noemen.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Daar zijn we heel er naar op zoek geweest. Hoe zorgen we nou dat die overgang van behandeling naar begeleiding en dan specifiek ook vanuit de GGZ en daarin was dan één van de opties is dus die jij eigenlijk net benoemd. Van de Cure ga je naar de Care, maar een andere optie is dus om het vorm te geven binnen dit perceel, dus binnen de Cure en dat je dus echt een apart perceel zou hebben voor bijvoorbeeld de begeleiding en dat je daardoor hopelijk een betere overgang hebt van die behandeling binnen de Cure naar de begeleiding.

Marjolein Verhaar (De Viersprong) – Maar Tineke ik wil even een vraag stellen. Is het niet zo dat we daarmee de verzuiling zo extreem in stand houden? Willen we niet binnen het sociaal domein veel meer naar een inclusie? Dan denk ik aan echt aan een netwerk psychiatrie, waarbij we ook veel meer de verbinding maken met andere partijen om die afschaling te organiseren en wat Gerdie aangeeft is dat er nog duidelijke een obstakel zit waaraan gewerkt moet worden in het kader van kennen we elkaar voldoende en is er voldoende vertrouwen in elkaars expertise? Het kruipt mij een beetje het gevoel dat we iets gaan organiseren binnen de zuil van de JGGZ die er gewoon voor handen is in de jeugdhulp.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ik denk meer ook én én Marjolein. Dit is inderdaad een risico die op de loer ligt dat we met elkaar niet moeten laten gebeuren, ik denk dat dit de verantwoordelijkheid is van ons allemaal. We moeten de goede samenwerking vinden. Hoe kunnen wij dit als gemeente goed faciliteren zodat we elkaar ook meer kunnen ontmoeten. We zijn ook binnen de Cure zoekende hoe we meer onderscheid maken. Je wil ook niet dat cliënten bij meerdere partijen tegelijk zitten, dus het is ook een beetje zoeken naar het optimum denk ik.

Marjolein Verhaar (De Viersprong) – Nee, dat klopt wat je zegt alleen ik beluisterde zojuist even als je het hebt over perspectiefplannen en het intensive behandeltraject is afgelopen. Je wilt eigenlijk een waakvlam constructie met de behandelaar, soort vangnet systeem, waarbij je over gaat naar begeleiding, daar doelde ik een beetje op.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ja, ik denk dat het én én is, dat we daar goed naar moeten kijken.

Chiel Alserda (Re-Care): Mag ik daar nog wat in benoemen? Wij zijn gespecialiseerd in de mensen die eigenlijk hier te gast komen, de etnische culturele achtergronden hebben. Die bieden wij ondersteuning vanuit een intercultureel perspectief, vooral jongeren ook. We krijgen vaak de vraag uit de GGZ dat er een klant is die afgeschaald moet worden, begeleid moet worden, en dat doen wij met vreugde want we hebben de kennis en kunde in huis. Wij kennen hun taal als het om deze mensen gaat, maar ook van onze medelanders (Nederlanders). In dat kader zou dat heel goed kunnen aansluiten.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ja mooi, we hebben een aantal dingen gehoord over de verschillende zorg, waarbij we ook op de sheets. Je hebt daar licht middel zwaar en we daar best nader op kunnen inzoomen; hoe denken we erover en hoe willen we daar dan vorm aan geven. Waarbij je naast de verzuiling aandacht hebt voor afschaling. Diagnostiek is daar ook genoemd en ik wil een bruggetje maken naar het volgende thema.

Sheet 13 - Diagnostiek binnen GGZ

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Dat laatste stuk, we hebben niet heel veel tijd meer, maar we gooien hem er wel in. Is de diagnostiek noodzakelijk? Volgens mij diagnostiek nodig om tot een goede behandeling te komen en tegelijkertijd lezen we ook in onderzoeken in de landen waarbij wij ons in kunnen vinden goh laten we ons de vraag stellen hoe uitgebreid die diagnostiek nou kan plaats vinden. Diagnostiek moet niet een doel an sich worden. Je wil dat een behandeling van de grond komt en kan starten. Ja daar is diagnostiek voor nodig, maar hoe uitgebreid moeten we hier vorm aan geven. Dat is wel heel erg wat bij ons speelt en daarom willen we graag nog even kort met jullie over hebben. Wat zijn de ideeën die jullie hier daar bij hebben?

Stelling: Hoe ziet de opbouw van een zorgtraject er uit en waarom is deze zoals deze is?

Antwoorden:

- Volgens mij zou handelingsgerichte diagnostiek in sommige gevallen voldoende moeten zijn;
- Zo kort waar mogelijk, zo lang waar nodig;
- Vermoeden van DSM V Diagnose niet als voorwaarde voor zorg, maar als middel binnen de zorg om je behandeling vorm te geven;
- Is al erg afgeschaald en handelingsgericht tegenwoordig. Enige diagnostiek blijft wel gewenst mi;
- Alleen doen waar nodig om behandeldoelen te behalen. Niet omdat het "hoort, maar omdat het echt niet anders kan.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Zouden jullie dit nog iets kunnen toelichten? Eigenlijk vragen jullie hoe diagnostiek moet plaats vinden? Klopt dat?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Volgens mij kun je heel uitgebreide diagnostiek doen en daarin zien we ook steeds meer voorbeelden dat die ook anders ingestoken kan worden.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ook wel het verschil met hulpvraag. Als een jongere binnenkomt met een hulpvraag, wordt er dan per definitie altijd een uitgebreide vorm van diagnostiek gekozen? Maar stel het gaat over medicijn controle, is dat dan ook nodig bijvoorbeeld?

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Toch merk ik dan dat ik dit niet echt een diagnostiek vraag vindt. Ik bedoel diagnostiek is, ja hoe moet ik het zeggen, als professional word je opgeleid en je doet wat je moet doen op dat moment en dat doe je op basis van een bepaalde manier van werken. Dat doe je zoveel als nodig. Ik merk dat ik het een bijzondere vraag vindt.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Ik kan hem wel een beetje toelichten hoor. In die zin komt de vraag ook van de Flevo academie en we hebben daar ook wel gesprekken over gehad. Dit sluit dan op Accare aan die heel veel onderzoek doet naar hoe doe je diagnostiek, hoe vindt dat plaats? Vanuit dat gremium, we zitten met een aantal aanbieder bij elkaar, ik weet ook niet of het bekend is bij jullie, de Flevo academie? Daar kwam ook gewoon het onderwerp ter sprake; hoe doe je dan diagnostiek? Doe je dat dan altijd op dezelfde manier en voor dezelfde casus? Accare doet daar dan wat onderzoekjes naar de vormen van diagnostiek. Ze hadden het bij ADHD bijvoorbeeld over dat er bepaalde vragenlijsten zijn. De ene vindt het wel belangrijk om altijd school te observeren, de andere partij doet dat niet. Er zit daar dus best wel veel verschil in.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Daar zijn toch gewoon richtlijnen voor Lennard? Die kun je gewoon googelen. Er staat precies wat je wel en niet moet doen.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Dat snap ik hoor, maar daar wordt nog wel onderzoek naar gedaan wat je moet doen en zijn die richtlijnen nog actueel? Daarom willen wij ook in de groep gooien en wat wij ook zien en volgens mij werd dat net ook al gezegd. Stel jullie hebben allemaal een contract voor basis of basis specialistisch. We zien soms ook doorverwijzingen naar elkaar en dan is het nog steeds SGGZ. Wat gebeurt er dan? Heb je dan toch binnen je eigen organisatie expertise op een bepaald vlak? Heeft het te maken met diagnostiek? Vandaar dat we hem toch in de groep willen gooien van jullie zijn de deskundigen, wat is jullie visie daarop? Misschien zeggen jullie wel dit zijn gewoon richtlijnen en die volgen we altijd standaard en dan komen we altijd op bijvoorbeeld 20 uur of 40 uur of hebben we al sowieso die 1500 minuten op. Of als er een bepaalde vraag ligt dan weten we al standaard van nou die 3000 minuten die gaan we niet halen.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Lennard, het is een goede vraag die ook bij GGZ Nederland speelt, dus op zich snap ik hem wel. Waar het voorheen met vrij strakke richtlijnen duidelijk was dit moet is het nu een zoektocht naar wat noodzakelijk is, mijn opmerking was dan ook zo kort waar mogelijk en zo lang waar nodig, want daar zit de crux en dan sluit ik wel aan bij Jessica. Het blijft altijd een inschatting van de zorgprofessional. Ik heb vrij veel jongeren die van de opleiding komen behandelen die zijn vaak sneller en meer te diagnosticeren zodat ze zeker zijn voordat ze gaan starten met een onderzoek en als je een Christiaan hebt, weet je na drie seconde iemand bij mij is voel ik al aan mijn water welke kant het op gaat en bevestigt die diagnostiek mijn beeld wat ik eigenlijk al had en dat heeft met ervaring te maken. Maar je kan niet altijd varen op die ervaring en soms kom je onder het kleed nog al wat dingen tegen, waar je in eerste instantie toch niet had ingeschat. Dit is echt maatwerk, je eigen expertise en gevoel, maar wat je initiële zorg is; diagnosticeren wij niet te veel in Nederland ja dat klopt. Voor een deel is dat om de onzekerheid van jezelf de verdoezen, het heeft in ieder geval een meetwaarde die mij richting heeft gegeven. Maar anderzijds hebben we het soms ook gewoon nodig en daarom wil ik dat blijven onderschrijven: het is niet een zwart/wit wereld waarin wij leven in de GGZ en die zoektocht van het goede doen, juist bij die voorkeur is zo wezenlijk omdat er heel vaak soms te snel aan de behandeling wordt gestart, zonder dat je weet waar het pijn doet, en dat zijn weggegooiden minuten en dat is gewoon echt zonde. Het is dan veel beter om de diagnostiek goed te doen. Wij hebben bij het therapeutisch centrum neuropsychologisch onderzoek binnen gehaald om nog dieper te kunnen kijken in een bepaalde vorm van diagnostiek als we twijfelen aan of het beeld klopt, en dat is hartstikke duur, maar tegelijkertijd wel nuttig en nodig omdat je anders ergens mee start, waar je achteraf denkt; had ik dat maar nooit gedaan.

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Dan wil ik heel even toevoegen dat grote organisaties zoals AccCare, weet ik daar heb ik ook een supervisor, die doen echt wel ander diagnostiek dan wij; veel meer en veel uitgebreider. Ik vind dat wij ook beperkt diagnostiek doen en ik blijf het ook wel belangrijk vinden ook om een disc af te nemen als er een vraag is over ADHD, moet dat dan? Ja ik denk heel vaak is er ook een overschatting of overvragen van het kind, daar kom je niet achter met een AVL. Ik vind ook ten opzichte van 25 jaar geleden doen we al veel minder aan

diagnostiek. Ik weet niet of we nog verder af moeten schalen. Ik denk dat wij al redelijk hebben afgeschaald in onze diagnostiek.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Nou ja je kan het ook vergelijken met natuurlijk, we hebben nu de geestelijke gezondheid, maar als je kijkt gewoon naar de gezondheidszorg an sich, de fysieke gezondheidszorg dan doet een arts toch ook eerst een stukje, die arts gaat niet zomaar iemand behandelen, je wil eerst weten wat er aan de hand is.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Dat is ook niet wat wij proberen he. Diagnostiek is altijd belangrijk. Als je een verzoek van de huisarts krijgt, dat snap ik, begin je helemaal bij nul of misschien soms bij -10, maar dat snap ik. Het was meer om daar het gesprek over met elkaar aan te gaan. Wij hebben als de gemeente, en dan is het lastig om 11:50 het thema bespreekt, een bepaald beeld bij met onze bevindingen en jullie zitten aan de andere kant. Dus ik wil daar heel graag het gesprek over aangaan.

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Daar is ook al heel veel in gebeurd.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Juist, en jij ziet natuurlijk ook niet dat onderscheid op dit moment in jouw cijfers niet terug omdat jij één bulk krijgt, maar weet dat wij al, omdat wij al zochten naar die afschaling echt intern bezig geweest zijn om te kijken hoe kunnen we dat efficiënter maken dus ik snap je vraag nogmaals, maar tegelijkertijd we zijn daarin echt al, we hebben daar al stappen in gezet.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ja en ik hoor jullie zeggen dat diagnostiek belangrijk is, maar handelingsgerichte diagnostiek is meer een ander vorm van he? En ik hoor jullie ook een beetje zeggen; moet het dan in alle gevallen hetzelfde dat hoor ik niet echt terug, maar wel dat je daar flexibel in bent, klopt dat?

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Ja klopt, maatwerk.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Dan is het een uitdaging in hoe je dat dan weer opschrijft, maar dan heb ik het in ieder geval goed gegrepen hoe het gesprek, ja.

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Mag ik heel kort nog even. Gerdie ik heb ondertussen navraag gedaan bij het bedrijfsbureau over wat je zei over de toewijzing. Je gebruikt een tijdelijk stop, maar dat is daarvoor niet bedoeld. Je zegt eigenlijk het traject is klaar, maar we hebben nog wel waakvlamcontact. Een tijdelijke stop is eigenlijk bedoeld dat een cliënt bijvoorbeeld opgenomen wordt, of echt ergens anders in zorg gaat.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Oké, wij hebben hem altijd zo gebruikt. Meer zo van dan weet de gemeente wel dat er niet meer echt cliënt contact is van wat ik heb begrepen, maar er is dus nog wel... en om de cliënt nog een hele verwijzing te moeten besparen. Eigenlijk voor de administratieve rompslomp hadden wij eh...

Lennard Nuijten (gemeente Noordoostpolder) – Dat zien we nu ook. Ik kan je volledig volgen en voor de verdere uitwerking van het nieuwe contract is het wel mooi dat dit aan het licht komt en hoe wij dit interpreteren en hoe het dan bij ons achter de schermen wordt geïnterpreteerd. Er zijn ook landelijk afspraken, maar daar weet ik niet zo veel van.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ook omwille van de tijd zijn er nog mensen die nog nabranders hebben, dingen die nog niet zijn gezegd?

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Ik heb nog één ding dat ging over de effecten van de coronamaatregelen nu schijnen te hebben op jongeren en de verwachte zorgtoename die zou kunnen komen. De vraag vanuit de gemeente aan jullie om geen zorguitbreiding te bieden eigenlijk en budgetten beheersbaar te houden, en ik vroeg me af, en dat vind ik wel een spannende zeg maar, hoe jullie dat zien en jullie ook aan jullie opdrachtgevers terug geven et cetera.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Mag ik daarop reageren? Want ik denk dat moeten we natuurlijk altijd goed in de gaten houden. Wij zijn uitgegaan van een groeien daar hebben

we ook aannames in moeten we doen. We hebben gekeken hoe ontwikkelt die groei en hoe trekt dat door naar de toekomst? Op een gegeven moment is dat ook een aanname geeft. We moeten sowieso als gemeente richting onze opdrachtgever goed monitoren hoe dat gaat. Daarnaast kijken naar de neveneffecten zijn er bijvoorbeeld corona, maar dit kunnen ook andere zaken zijn waar je toch op moet anticiperen. In die zin houden we dat goed in de gaten. Overigens hebben we op dit moment nog niet heel duidelijke aanwijzingen dat binnen de NOP, en dan weet ik niet hoe dat zit in Urk, dat de jongeren echt in de problemen komen en om meer GGZ zorg op dit moment vragen. Dat wil niet zeggen dat dit er niet is, dat zeg ik ook niet, we moeten dat goed in de gaten houden. Maar op dit moment zijn de signalen bij ons nog niet als dusdanig bekend. Wij doen wel als gemeente ook uitvraag ook bij aanbieders, maar ook bij welzorgorganisaties en huisartsen of er signalen zien waarop we moeten anticiperen dus op dit moment is dat nog niet het geval.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Ik weet niet hoe de andere aanbieders dat zien, maar ik zie het duidelijk wel in de praktijk.

Ronald Kolkman (Ago Natura) – Ik wil wel aanvullen, want vanuit Lelystad zien wij ook een groei dat er meer vraag komt zoals in de crisis opvang om te voorkomen dat het klapt worden kinderen in dagbesteding variant geplaatst. En ik zat zelf nog te denken wat je nu hoort vanuit Den Haag voor het onderwijs dat er allerlei extra budgetten vrij komen, waarom zou de gemeente niet proactief richting Den Haag gaan om te zeggen; er zijn toch landelijk signalen die duidelijk zijn? Volgens mij kunnen we hier al wel wat mee doen richting Den Haag. Voor het onderwijs lukt het, waarom voor ons niet?

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Volgens mij zijn er allerlei lobby's richting Den Haag, ik denk dat we dat niet nu even moeten bespreken. We blijven daar als gemeente als gemeente altijd kritisch naar kijken.

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Wij hebben op dit moment drie aanvragen van scholen in de NOP om online lessen te verzorgen voor kinderen met een depressie. Dus er is bij scholen zeker wel een signaal dat er veel depressieve jongeren zijn. Afgelopen zaterdag stond er in de trouw een artikel over kinderen onder de 20 jaar, dat er 65 procent van de kinderen kampt met sombere gevoelens of depressie, dus ik denk wel zeker dat er een toename is.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ja en ik denk dat we die toename nog meer moeten gaan terug zien in de cijfers. Dat is ook hoe wij sturen en monitoren, maar blijf vooral als jullie signalen hebben waarvan je denkt dit moeten we bij de gemeente melden, doe dat ook vooral. Dat helpt denk ik ook.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – ik kom dan toch even terug naar jullie opdracht. Dat vind ik dan lastig als je het hebt over die eerste dia's. Jullie opdracht is groei remmen en uitgave in het sociaal domein stabiel houden. Die vind ik heel lastig in wat ik nu net aangeeft zeg maar, hoe je die met elkaar gaat verheven.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Die vraag begrijp ik heel goed en wij kijken daar ook naar de ontwikkelingen die op dit moment spelen hoe dat zich verhoudt tot de opdracht die we hebben gekregen. Daar moeten we goed op gaan monitoren en analyseren wat gebeurt en nu en wat betekent dit voor de opdracht? Die zullen wij ook met onze opdrachtgever bespreken en terug leggen. Het is niet zozeer dat wij dat niet zien ook hiervoor onze ogen sluiten, alleen zo kunnen er ook nog andere effecten zijn die mogelijk ook meespelen. Dit is wel de stip op de horizon en de nieuwe koers in het sociaal domein op basis van 5 jaar decentralisaties. Natuurlijk moeten we kijken hoe dit ontwikkelt. Nogmaals, wij hebben een aanname hoe de groei zich in 2023 ontwikkelt, dit kan verschillend zijn dan wij aanvankelijk dacht, dus daar moeten wij ook op anticiperen en rapporteren. Het blijft een proces waarbij we daar kritisch op moeten zijn.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Zeker als je groei moet afremmen.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – En goed er zijn natuurlijk ook al wat beheersmaatregelen genomen he om te kijken hoe kan dus bijvoorbeeld meer inzetten van de POH, zo zijn wel aan het kijken naar wat je kan doen om daar meer op anticiperen, maar of het daar helemaal mee voorkomt, dat zal de toekomst uitwijzen en daar zullen we dan ook weer op moeten

anticiperen. Niet tevreden met het antwoord zie ik, maar iets mooiers kan ik hier helaas niet van maken.

Inge de Bruijn (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Ik heb nog wel een vraagje in verband met de decentralisatie zijn we ook natuurlijk moeilijkere psychiatrische patiënten gaan behandelen waardoor we veel meer minuten kwijt zijn. We hebben een DGT groep, we hebben een schemagroep. We vangen veel meer kinderen op met persoonlijkheidsproblematiek. Ja wij gaan hierdoor dik over de 3000 minuten heen omdat we niet alle kinderen willen doorverwezen naar karakter en Accare in Zwolle. Maar ja daar krijg je nu wel de rekening van gepresenteerd. Mijn vraag is dan ook gaat er een deel van het budget ook naar de GGZ want eigenlijk vangen we dat natuurlijk wel op.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ik heb het nu over de nieuwe koers en in het sociaal domein gaat het echt over sociaal domein breed en de verdeling onderling, ik ken deze discussie over hoog gespecialiseerde GGZ, want daar heb ik het ook vaak met Pim over gehad, maar ik denk dat we daar nu te ver over door gaan. Vind je het goed dat we het hier bij laten? Ik zie Pim lachen want hij weet dat we het hier vaak over hebben gehad.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Hij blijft relevant.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Dan hebben we alle handjes en de chat beantwoord. Aan de gesprekken te horen lijken we op thema's te komen die wij niet voor deze aanbesteding helemaal kunnen vormgeven. Wij willen jullie danken voor al jullie input en tijd. Ik lees dat het verslag naar verwachting volgende week gedeeld wordt.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Kunnen jullie iets van een tijdsplan/route uitstippelen? Hoe ziet het er nu verder uit? Het zou fijn zijn als we weten wanneer we kunnen schrijven.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Die moeten we nog maken, die hebben we nu niet heel concreet.

Jessica Timmerman (Psycho Praktijk Harderwijk/Emmeloord) – Maar betekent het dat jullie aan het eind van het jaar nog, want ik bedoel het invullen van al die stukken is best wel een draak van een gebeuren. Het zou fijn zijn als we daar wel voldoende genoeg de tijd voor hebben. Hebben jullie enig idee of jullie dat voor de zomer gaan opzetten of wordt het pas na de zomer?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Daar hebben we het wel met Erwin over gehad en we koersen op de zomer. Je begon net over de laatste maanden van het jaar, dat is in ieder geval niet de bedoeling.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Ne sorry, ik bedoelde echt in data. We zijn ons bewust van de tijd die jullie nodig hebben.

Gerdie Brouwer (Progress Flevoland) – Komt er ook nog een marktconsultatie naar aanleiding van en niet dat jullie iets op Tenderned publiceren, maar iets meer waar jullie aan denken voordat het op Tenderned komt en we alleen nog maar via Tenderned kunnen communiceren met elkaar wat vorige keer, tenminste dat heb ik al een keer eerder gezegd, voor ons heel lastig was. Komt er hiervoor ook een marktconsultatie waarin jullie iets meer toe kunnen lichten waar jullie op basis van deze informatie hebben bedacht?

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Daar zijn we inderdaad wel naar aan het kijken van hoe ziet het vervolg eruit? Komen er nog vervolg sessies? Dat nemen we zeker mee. We zitten er wel aan te denken, dat hebben we namelijk ook bij de Care gedaan. Dit was nog heel open, ik kan mij voorstellen dat het over een aantal maanden moet het toch wel concreter zijn.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Omdat het bij de Care niet om een hele andere wijze van werken gaat, daar was bij de Care wel sprake van, hebben wij zelf het beeld dat dit een wat kleinere aanbesteding is als het gaat om het uitwerken van de stukken. En minder groot omdat er niet heel veel anders is. Veel van wat er al is willen we ook in deze nieuwe aanbesteding mee nemen.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Dat klopt, wij zijn wel aan het zoeken wat de juiste manier is.

Sarah van Os (gemeente Urk) – En of het nodig is.

Gerard Gerbranda (stichting Eleos) – Wij zijn ons aan het oriënteren op het Care gedeelte. Ik hoor van jullie geluiden om ook binnen Cure een stukje begeleiding te organiseren binnen de GGZ, hoe snel hebben jullie daar helderheid over? Want dat zou betekenen dat we als Elios varen we nu over twee wateren, maar misschien is die ene wel helemaal niet nodig? Dat wij onze interesse in het Care stuk gaan doorzetten, als blijkt dat ook de begeleiding binnen Cure gestalte willen geven.

Sarah van Os (gemeente Urk) – Snap ik, en daarom is het dus belangrijk om te weten om concreet duidelijkheid te hebben en inzage gegeven in de plannen? Ja, dit gaan we mee moeten nemen in de planning op dit moment, maar ik kan daar op dit moment geen sluitend antwoord op kunnen geven, maar goed aandachtspunt om mee te nemen.

Ronald Kolkman (Ago Natura) – Ik sluit me aan bij Gerard, hetzelfde geldt voor mij.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ja volgens mij moeten we even de balans opmaken, er is vandaag veel gehoord en veel gezegd en dan komen we met een voorstel van het vervolg proces en daarbij ook laten afhangen van hiervoor ook een marktconsultatie nodig is en dat we dit ook even goed communiceren.

Gerard Gerbranda (stichting Eleos) – Daniëlle en dan mijn laatste slotopmerking in dat verband, dan kijk ik even naar de chat die Pim gestuurd heeft om toch daar goed naar te kijken wat de mogelijkheden zijn om de brug te slaan tussen Care en Cure.

Daniëlle van den Born (gemeente Noordoostpolder) – Ik begrijp het punt.

Pim Durieux (Therapeutisch Centrum Flevoland) – Het enige wat ik wil zeggen is dat ik in deze marktconsultatie blij ben dat jullie ons zo vroeg mogelijk mee hebben genomen hebben. En ik wil jullie met name met klem vragen om ons, voordat dit allemaal in kannen en kruiken is, nog een keer bij elkaar te roepen in deze toch leuke sessies, want dit is warmer als dat je koud papier leest, daarbij komen we nader tot elkaar. Ook al kost het ook wat meer tijd, ik vind dit prettiger en zeker in deze tijd en deze kleine groep om elkaar even te zien en Lennard weer eens even in de ogen te kijken dan dat we dat op een andere manier te doen, dus ik roep op een volgende bijeenkomst ergens in april of mei te organiseren.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Mooi dankjewel, in ieder geval ook fijn dat je dit als positief hebt ervaren. Volgens mij hebben we een hele boel input opgehaald en dat nemen we zeker mee. Goed om de balans op te maken en te communiceren hoe het vervolg eruit komt te zien.

Sheet 14 – Afsluiting

Sarah van Os (gemeente Urk) – We zijn een kwartier uitgelopen. Het verslag wordt op Tendered geplaatst, dus daar kunnen jullie ook nog stukken uit ophalen.

Tineke van der Pol (gemeente Noordoostpolder) – Mocht je nog nabranders/vragen te hebben na deze bijeenkomst stel ze dan ook vooral en dat kan naar inkoop@noordoostpolder.nl. Voor nu heel erg bedankt.

Sheet 15 – Hartelijk dank voor uw komst en waardevolle bijdrage