

Rapport
“Ervaringen zorglandschap, kwaliteit van ondersteuning en werking van het stelsel Midden Holland”

2 mei 2022

radar
bureau voor sociale vraagstukken

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING
1.1. Aanleiding
1.2. Onderzoeksvragen
1.3. Aanpak
1.4. Context
1.5. Leeswijzer
1.6. Aanpak

2. RESULTATEN
2.1. Zorglandschap
2.2. Kwaliteit van ondersteuning
2.3. Werking van het stelsel

3. THEMA'S INKOOP 2025
3.1. Suggesties vanuit RadarAdvies
3.2. Suggesties vanuit deelnemers

BIJLAGE I: GEÏNTERVIEWDE ORGANISATIES

1. INLEIDING

De regio Midden-Holland heeft RadarAdvies gevraagd om een verkenning uit te voeren naar de ervaringen van aanbieders, samenwerkingspartners en diënten over 1) het huidige zorglandschap, 2) de kwaliteit van de ondersteuning en 3) werking van het stelsel. Dit ter voorbereiding op de nieuwe inkoopperiode in 2025.

1.1. Aanleiding

In oktober 2021 is een Regiovisie Jeugd en Wmo door alle gemeenteraden in Midden-Holland vastgesteld. De visie is gericht op drie aspecten:

- Kwaliteit voor de inwoners
- Betaalbaarheid van de zorg
- Een effectieve onderlinge samenwerking

In het visiestuk ligt de focus op de periode tot 2025. Voor de nieuwe inkoop vanaf 2025 wil de regio gericht input ophalen bij aanbieders, maatschappelijke partners en cliënten.

1.2. Onderzoeksvragen

De volgende hoofdvraag dient te worden beantwoord:

"Hoe beoordelen cliënten, aanbieders en maatschappelijke organisaties het zorglandschap en de kwaliteit van de ondersteuning?"

We halen voor de start van het traject van nieuwe inkoop 2025 een beeld op bij cliënten, maatschappelijke partners en aanbieders over wat er goed gaat in het huidige stelsel en of er knelpunten worden ervaren. Daarmee heeft dit onderzoek het karakter van een voorverkenning, waarmee op hoofdlijnen thema's worden geïdentificeerd, die in de verdere vormgeving van inkoopvisie en -strategie nader kunnen worden uitgewerkt.

Om deze reden hebben wij, om uw hoofdvraag te beantwoorden, ons onderzoek gericht op de volgende twee deelvragen:

- Wat gaat er goed en waarom?
- Waar is verbetering mogelijk en waarom?

Hierbij stellen we de deelvragen bij de drie onderdelen:

- Zorglandschap
- Kwaliteit van ondersteuning
- Werking van het stelsel

1.3. Aanpak

De ervaringen op de drie onderdelen hebben we opgehaald door middel van drie perspectieven. Hierbij lag de focus in de eerste plaats op het perspectief van aanbieders. Deze hebben we vervolgens gespiegeld aan de perspectieven van samenwerkingspartners en cliënten[1]. Er hebben in totaal plaatsgevonden:

1. Vijf gesprekstafels zorgaanbieders Wmo & Jeugd
2. Twee gesprekstafels met samenwerkingspartners[2]
3. Twee gesprekstafels met cliëntenvertegenwoordigers van Jeugd & Wmo

1.4. Context

Zoals genoemd is dit onderzoek ingestoken als een voorverkenning. Door deze scope richt deze verkenning zich niet op de totale breedte van de circa 50 regionaal ingekochte producten en de drie doelgroepen die hierbij betrokken zijn. Voor de verkenning zijn aanbieders benaderd van de drie fysieke overlegtafels: Jeugd, Wmo en beschermd wonen, deze vormen een redelijke afspiegeling van alle aanbieders. De cliënten die zijn benaderd, maakten gebruik van de meest voorkomende vormen van ondersteuning.

Aanwezige vertegenwoordigers in alle gesprekstafels varieerden van Jeugd tot Wmo, dagbesteding en huishoudelijke hulp. Jeugd-zorgaanbieders waren relatief veel aanwezig.

1.5. Leeswijzer

In hoofdstuk twee gaan we in op de verschillen en overeenkomsten in de beelden en ervaringen van de drie doelgroepen op de onderdelen 1) zorglandschap, 2) kwaliteit van ondersteuning en 3) werking van het stelsel. Vervolgens destilleren we in hoofdstuk drie een aantal gespreksthema's voor het inkoopproces 2025. Houdt u er bij het lezen rekening mee dat de term (zorg)aanbieders betrekking heeft over de zorgaanbieders die we hebben gesproken in de gesprekstafels. Wanneer we het hebben over cliënten in dit rapport, bedoelen we de cliëntvertegenwoordigers namens de cliëntenraden van verschillende zorgorganisaties. Zij waren tevens ervaringsdeskundigen.

[1] Voor een overzicht van de geïnterviewde organisaties, zie slide 17. *Bijlage I : Geïnterviewde organisaties.*
[2] Onder samenwerkingspartners verstaan we partners uit het maatschappelijk veld, zoals onderwijspartners en preventieve en landelijke partners. De organisaties die we hebben gesproken binnen deze groep zijn niet representatief voor alle samenwerkingspartners in regio Midden Holland.

1.6. Aanpak

Stap 1 Voorbereiding *(begin maart)*

- Startgesprek, werkafspraken maken
- Gesprekstafels en analysekader voorbereiden

Stap 2 Gesprekstafels aanbieders *(medio maart)*

- Vijf gesprekstafels
- Analyse gesprekstafels aanbieders als input voor gespreksleidraad samenwerkingspartners en cliënten.

Stap 3 Gesprekstafels samenwerkings-partners en cliënten *(medio-eind maart)*

- Twee gesprekstafels samenwerkingspartners
- Twee gesprekstafels klantreis cliënten
- Analyse gesprekstafels

Stap 4 Rapportage *(april)*

- Opstellen conceptrapport voor 15 april
- Bespreken conceptrapport op 26 april
- Definitieve rapport, *29 april*

2. RESULTATEN

2.1. Zorglandschap I

Regio Midden-Holland wil weten of het zorglandschap dekkend is,. Onder zorglandschap verstaan we het ingekochte aanbod van de regio. Onderwerpen die onder andere aan bod zijn gekomen, zijn diversiteit van het aanbod, of er voldoende is ingekocht en wachtlijstproblematiek.

Wat gaat goed?

Zorglandschap is dekkend en divers. Dit heeft tot gevolg dat aanbieders, samenwerkingspartners ervaren dat cliënten keuzevrijheid hebben. Dit beeld wordt bevestigd door de cliënten. Specifiek spreekt een pleegzorgaanbieder waardering uit voor de proactieve rol van de gemeente in de werving van pleegzorgouders. Samenwerkings-partners spreken waardering uit voor de trend om minder bedden in te zetten en meer af te schalen. Daarentegen benoemen beide partijen ook een aantal aandachtsgebieden in het zorglandschap.

Wat kan beter?

Voor diverse voorzieningen zijn er wachtlijsten. Wachtlijsten ontstaan wanneer de zorgvraag niet aansluit bij het aanbod. Zorgaanbieders benoemen de drie onderstaande aandachtspunten om de aansluiting te verbeteren.

1. **Aanbod is ingekocht, maar niet altijd genoeg plekken.** Het gaat hierbij o.a. om residentiële voorzieningen (vaak in combinatie met LVB-problematiek), spoedzorg, gezinshuisplaatsen voor jeugdigen met zwaardere problematiek en specialistische ggz plekken.

In het laatste geval, leveren samenwerkingspartners dikwijls overbruggingszorg, al beschikken zij niet altijd over de mogelijkheden om passende overbruggingszorg te bieden.

2. **Missend product en weinig flexibiliteit in product.** Hoog specialistische zorg zoals MDFT is niet als product ingekocht[2], waardoor zorgaanbieders de zorg voor een te laag tarief leveren. Ook missen aanbieders een 'tussenproduct'; een product tussen begeleiding en behandeling om beter te kunnen op- en afschalen. Gevolg is dat aanbieders en samenwerkingspartners cliënten langer vasthouden, omdat het afschalen naar een lichter product ingeschat wordt als een te grote stap voor de cliënt. Cliënten hebben dezelfde ervaringen: zij ervaren dat ze niet altijd direct de juiste hulp krijgen als ze in een overgang zitten van bijvoorbeeld een product als crisisdienst naar ambulante ondersteuning, bijvoorbeeld omdat de stap te groot is. Ook ervaren zij dat de openingstijden van zorgaanbieders niet altijd aansluiten bij de leefwereld van cliënten – voor Jeugd- en Wmo-cliënten kan het fijn zijn als er ook in de avonden en weekenden ondersteuning is.

[2]MDFT is inmiddels door regio Midden Holland ingekocht als product.

Zorglandschap II

Hoewel tijdelijk verblijf cq respijtzorg is ingekocht in de regio, is het bij aanbieders niet altijd bekend. Daarom missen aanbieders de mogelijkheid om tijdelijk verblijf cq respijtzorg te kunnen inzetten om te voorkomen dat klachten verergeren en specialistischere zorg nodig is. Dit beeld wordt bevestigd door de samenwerkingspartners. Ook wordt een consultatieproduct gemist, zodat een ketenpartner kan worden geconsulteerd zonder dat deze de zorg hoeft over te nemen. Tenslotte mist een klein aantal aanbieders cultuursensitieve zorg in de specialistische ggz en eetstoornis gerelateerde zorg.

3. Wel ingekocht, maar te weinig personeel. Zo is er een personeelstekort, specifiek bij de gecertificeerde instellingen.

Corona heeft wachtlijst beïnvloed. Door de coronapandemie lijkt de vraag naar zorg veranderd: er staan meer jongeren en meer multiproblem-casussen op de wachtlijsten. Het feit dat er wachtlijsten zijn, waardoor meer overbruggingszorg nodig is, in combinatie met de pandemie en krapte op de arbeidsmarkt draagt niet bij aan het terugdringen van de wachtlijsten.

Het grote aantal ingekochte aanbieders heeft ook een negatief effect. Aanbieders ervaren dat het grote aantal aanbieders (250+) kan leiden tot onbekendheid, overlap, minder overzicht, en minder uniformiteit. Het uitblijven van kennis over elkaars expertise en diepgaander contact komt de kwaliteit van ondersteuning niet ten goede. Met name merken samenwerkingspartners moeilijkheden in de afstemming en samenwerking door het grote aantal aanbieders.

Ook cliënten ervaren dat de versnippering in het zorglandschap zorgt voor weinig samenhang, en dat je niet bij *"een aanbieder voor alles terechtkan"*. Ook kan volgens hen dit ertoe leiden dat verwijzers niet altijd een compleet beeld van het zorglandschap.

2.2. Kwaliteit van ondersteuning I

Regio Midden-Holland wil weten of de ondersteuning van goede kwaliteit is. Een aantal factoren waarop we hebben doorgevraagd, die van invloed zijn op de kwaliteit van ondersteuning, zijn: eigen regie, integraliteit, direct de juiste hulp (match), duurzame zelfstandigheid en tevredenheid van cliënten en samenwerking van aanbieders onderling.

Wat gaat goed?

Cliënten zijn tevreden over de kwaliteit van ondersteuning. Aanbieders ervaren dat tevredenheid van cliënten samenhangt met de motivatie van cliënten. Hoe gemotiveerder de cliënt, hoe tevredener de cliënt over het ondersteuningstraject. Ook geven aanbieders aan dat er wordt gewerkt aan duurzame zelfstandigheid van cliënten. Cliëntenvertegenwoordigers van Wmo, jeugd, huishoudelijke hulp en dagbesteding bevestigen dat de hoge mate van cliënttevredenheid ook naar voren komt in tevredenheidsonderzoeken. Ze zijn tevreden met de bejegening en vinden dat deze vanzelfsprekend goed moet zijn,. Waar het gaat om dagbesteding, gaan cliënten hier met plezier naartoe, anders zie je ze niet meer terugkomen.
Zij geven daarnaast aan dat de scholing van betrokken professionals en het serieus nemen van eventuele klachten van cliënten bijdragen aan de tevredenheid.

Duidelijkheid rol proces- en casusregie komt de ondersteuning ten goede. Als er duidelijkheid is over proces- en casusregie, wat niet altijd het geval is, weten aanbieders en samenwerkingspartners elkaar in deze gevallen sneller te vinden, wat bevorderend is voor de samenwerking.

Wat kan beter?

Beeld van zorgaanbieders over de eigen regie van cliënten is wisselend. Binnen het ondersteuningstraject hebben cliënten voldoende eigen regie. Cliënten zijn tevreden over de eigen regie: men krijgt ruimte voor eigen ontwikkeling en doelen zelf formuleren (voor eigenaarschap en motivatie). Ook met op- en afschalen ervaart een client dat de eigen regie intact is gebleven: in wat nodig is en wie uit het eigen netwerk nodig is.

"Toen het beter werd, werd er afgeschaald omdat ik dat zelf kon aangeven."

Bij de intake, wanneer cliënten zelf de hulpvraag dienen te formuleren, is dat niet altijd het geval. Ook in de tussenprocessen, tussen trajecten (en aanbieders) in, ervaren zorgaanbieders dat cliënten eigen regie en grip op hun behoefte en het proces verliezen. Dat gebeurt volgens cliënten ook vooraf, in de zoektocht naar ondersteuning.

Kwaliteit van ondersteuning II

Cliënten geven aan niet altijd te weten waar ze terechtkunnen met hun vragen. Het schort daarbij soms aan communicatie en vindbaarheid van instanties. Hierin zijn verschillen per gemeente. Cliënten ervaren dat het sociaal team, afhankelijk van gemeente, soms moeilijk vindbaar is en soms lijkt tegen te werken: *"lokaal team houdt zorg te lang af"*. Daardoor heeft de route via de huisarts de voorkeur van cliënten. Eenmaal bij de zorgaanbieder, weten cliënten, hun naasten, of casemanagers wel waar ze naartoe kunnen met hun vraag.

Het ontbreekt in complexe trajecten vaak aan integraliteit, met name wanneer geen sprake is van een proces- en/of casusregisseur. Zorgaanbieders ervaren dat een eventuele procesregisseur soms te snel uit het traject stapt, waardoor op- en afschalen wordt bemoeilijkt. Laagdrempelige betrokkenheid van een procesregisseur, als waakvlam, is in dat geval wenselijk volgens de aanbieders. Ook samenwerkingspartners ervaren dat cliënten te snel uit beeld raken door het ontbreken van een regisseur.

"Op het moment dat een casus is weggezet, bijvoorbeeld bij ons als organisatie, dan is er vaker een terugtrekkende beweging van een consulent of regisseur terwijl niet altijd helemaal duidelijk is wat de hulpvraag is. Vanaf dat punt wordt het soms heel moeilijk om daarna de juiste hulp voor de betreffende cliënt te vinden."

Ook de casusregisseur kan belangrijk zijn voor integraliteit, maar wordt niet altijd in afstemming bepaald. Dit kan tot gevolg hebben dat een warme overdracht ontbreekt. Tevens ervaren zorgaanbieders dat ze veel tijd kwijt zijn met organiseren (indirecte tijd) i.p.v. ondersteuning bieden (directe tijd). Tevens geven aanbieders aan dat het niet altijd helder is wie verantwoordelijk is voor overbruggingszorg en dat het niet wenselijk is als het de verwijzer is, omdat je dan niet direct de juiste hulp kan bieden.

Cliënten bevestigen dit beeld: zij geven aan dat samenwerking tussen ondersteuners goed loopt als sprake is van het principe één gezin, één plan, één regisseur. Dat is niet altijd het geval. Een client geeft de suggestie om mantelzorgers meer betrekken bij de ondersteuning, dat zijn immers de mensen die je veel ziet in de uren dat er geen ondersteuning wordt geboden.

Kwaliteit van ondersteuning III

Beeld over het afgeven van de juiste indicatie door lokale teams is wisselend per gemeente. Kwaliteit van ondersteuning hangt af van indicatie voor juiste hulp. Zorgaanbieders ervaren verschillen binnen gemeenten wat betreft kennis en handelingsverlegenheid. Cliënten ervaren dat, met name gemeentelijke, verwijzers niet altijd de hulpvraag aan de juiste aanbieder koppelen. Ze benoemen als voorbeeld dat cliënten worden geacht om een hulpvraag te formuleren terwijl ze daar niet altijd toe in staat zijn, en dat hier vervolgens door de verwijzer onvoldoende op wordt doorgevraagd. De versnippering in het zorglandschap draagt hier volgens cliënten ook niet aan bij: *"hoe weten verwijzers wat er allemaal is?"*

Cliënten ontvangen ook na een goede indicatie niet altijd direct de juiste hulp. Nadat cliënten zijn verwezen naar een zorgaanbieder, volgt er snel een intake, is de ervaring van cliënten. Toch krijgen ze niet altijd direct de juiste hulp, omdat de beschikking door de gemeente op zich laat wachten. Gemeenten lijken namelijk de reactietijd van 8 weken niet altijd te halen, waardoor een aanbieder lichtere zorg dan gewenst inzet totdat de indicatie binnen is; als ware overbruggingszorg. De term overbruggingszorg is overigens niet bij alle cliënten bekend. In een enkele geval heeft een cliënt moeten wachten, hier was dan sprake van lichte overbruggingszorg. Als er overbruggingszorg is en dit bij cliënten bekend is, vindt men deze van goede kwaliteit.

Schotten tussen de Jeugdwet en Wmo vergen nog steeds aandacht. De overgang van Jeugd naar Wmo lijkt volgens aanbieders gericht op producten en financieringsvormen, met name bij LVB-problematiek. Ook bij pleegzorg, waar het uitgangspunt 21 jaar is, is nog altijd een administratieve handeling nodig bij 18 jaar en loopt de beschikking niet automatisch door. Een aanbieder geeft aan dat in enkele gevallen een cliënt van aanbieder heeft moeten wisselen, terwijl de hulpvraag onveranderd blijft. Wanneer aanbieders zowel jeugd- als volwassenzorg aanbieden, verloopt de overgang van de zorg voor cliënten soepeler.

2.3. Werking van het stelsel I

Regio Midden-Holland wil weten hoe aanbieders de werking van het stelsel ervaren. Onder werking van het stelsel verstaan we het geheel van regels en afspraken die van invloed zijn op de samenwerking van de zorgpartners en regio in het stelsel. Onderwerpen die onder andere aan bod zijn gekomen, zijn de administratieve lasten, ruimte voor innovatie, de samenwerking met gemeente en contractmanagers en de kansen op het gebied van kostenbeheersing.

Wat gaat goed?

De gemeenten en contractmanagers staan open voor dialoog en innovatie. De samenwerking met gemeenten en contractmanagers (RDS) wordt positief en warm ervaren. Alhoewel zorgaanbieders de eerste aankondiging van het budgetplafond als te rigide ervoeren, veranderde gedurende het proces de toon. Ook staat Midden-Holland open voor zorginnovaties en waarderen zorgaanbieders de fysieke overlegtafel. Samenwerkingspartners bevestigen dat de samenwerking met de gemeenten goed verloopt en vullen aan dat de communicatielijnen kort zijn.

"Tijdens gesprekken met de gemeenten krijgen we het gevoel van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het beteugelen van de financiële groei en dat maakt het een goede samenwerking. Het is de toon die de muziek maakt."

De administratie is hoog, maar de regio houdt het binnen de perken. In vergelijking met andere regio's overvraagt Midden Holland de aanbieders niet met extra rapportages.

Wat kan beter?

Zorgaanbieders ervaren verschillen in werkwijze en verwerking van gemeenten, dit bemoeilijkt de samenwerking. Zo ervaren zorgaanbieders verschillen tussen gemeenten in hoe snel beschikkingen en verlengingen worden afgegeven. Om effectiever zorg te kunnen verlenen, hebben aanbieders behoefte aan meer eenduidigheid, zoals gestandaardiseerde ontwikkelplannen, perspectiefplannen en regieafspraken. Ook zijn toekomstplannen 18-/18+ niet altijd bekend bij de zorgaanbieders. De samenwerking met medewerkers van het lokaal team en consulenten is nu sterk persoonsafhankelijk. Hoewel zorgaanbieders de fysieke overlegtafel waarderen, is het toegankelijk voor een beperkt aantal aanbieders.
Samenwerkingspartners bevestigen dat de samenwerking met de gemeenten wordt bemoeilijkt door regels en procedures en door verschil tussen gemeenten..

Werking van het stelsel II

Tariefsysteem en specifieke toewijzing werken belemmerend voor zorgproces. Hoewel de regio openstaat voor het gesprek met aanbieders, werkt het tariefsysteem (p*q) beperkend voor op- en afschalen en het leveren van de juiste zorg. Toewijzingen zijn zeer specifiek, waardoor wijziging in zorg als tijdrovend en administratief belastend wordt ervaren. Samenwerkingspartners merken dat zorgaanbieders meer denken vanuit productcodes (aanbodgericht) i.p.v. de zorgvraag van de cliënt (vraaggericht).

Ruimte om in gesprek te gaan over innovatie is er, maar slagkracht en middelen ontbreken. Het tariefsysteem geeft hoge administratieve lasten, waardoor weinig ruimte is voor innovatie en innovatieve projecten vanuit de zorgaanbieder onvoldoende worden opgepakt. Aanbieders ervaren dat gemeenten en regio actief streven naar innovatie, maar dat de stap van de tekentafel naar implementatie vaak niet wordt gezet. Het ontbreekt aan implementatiekracht. Overigens zou innovatie geen doel op zich moeten zijn; de voorkeur van aanbieders en samenwerkingspartners gaat uit naar consolideren en goed uitvoeren van hetgeen er is i.p.v. het doorvoeren van 'nieuwe' plannen en projecten.

"Pilot sterft een stille dood zonder evaluatie, afronding of heldere reden."

Cliënten ervaren dat zorgaanbieders in meer of mindere mate innovatie toepassen. Zo wordt bij een grote zorgaanbieder een ronde gedaan langs nieuwe en bestaande cliënten om hen voor te lichten over innovatieve methoden die aansluiten bij de hulpvraag. Tegelijkertijd is digitalisering of e-health niet altijd wenselijk bij bijvoorbeeld dagbesteding. Dan zijn fysieke sociale contacten juist belangrijk. Cliënten sluiten aan bij zorgaanbieder dat innovatie niet altijd ingewikkeld of vernieuwend hoeft te zijn. Juist door groepen slim in te delen (peers in groepen als extra begeleiding), tussentijdse activiteiten te organiseren of zich wendbaar tonen in coronatijd kan een aanbieder innovatief zijn.

Werking van het stelsel III

Zorgaanbieders zien kansen voor kostenbeheersing.
Om kosten te beheersen kan de gemeente inzetten op betere triage aan de voorkant, met name bij meervoudige problematiek, eerder het gesprek voeren over doorstroom naar de WLZ en letten op vervoersindicaties, die bij voorbaat al worden afgegeven. Samenwerkingspartners vullen aan dat het aanbieden van tijdelijk verblijf kan voorkomen dat jongeren uit huis geplaatst worden. Ook krijgen aanbieders en samenwerkingspartners het gevoel dat afschalen en het bieden van lichte zorg een doel op zich aan het worden is, terwijl zij zich afvragen of dit de kosten beheerst. Te laat en te licht ingrijpen is niet wenselijk voor de zorg en de kosten. In dat verband wordt ook het doorvoeren van hogere tarieven genoemd, aangezien aanbieders de tarieven in Midden-Holland laag vinden in vergelijking met andere regio's. Ook dit kan leiden tot 'onderbehandeling', waardoor problematiek verergert en de kosten voor cliënten uiteindelijk hoger worden.

"Ik denk dat de gemeente kansen laat liggen voor directe toegang tot basis ggz. Dit is vrij laagdrempelige kortdurende behandeling, nu is - vul ik even zo in - het traject bij het sociaal team (om te beoordelen of het past en gesprekken hierover met ouders) duurder dan het traject dat het bij ons uiteindelijk is."

3. THEMA'S INKOOP 2025

Met deze verkenning hebben we ten behoeve van de start van het nieuwe inkooptraject voor 2025 een beeld opgehaald bij aanbieders, samenwerkingspartners en cliënten over wat goed gaat en wat beter kan in het huidige stelsel. In dit hoofdstuk identificeert RadarAdvies de volgende thema's die voor het nieuwe inkooptraject verdieping vragen. Ook staan op de volgende pagina thema's weergegeven die door de deelnemers zijn benoemd. Deze thema's kunnen aanleiding geven tot verdiepende gesprekken met aanbieders om de inkoopvisie- en strategie verder vorm te geven.

3.1. Suggesties vanuit RadarAdvies

- Het grote aantal ingekochte aanbieders zorgt voor versnippering. Dit punt is volgens ons van belang om te bespreken voor inkoopstrategie. Onderzoek of je kunt komen tot segmentering van je stelsel, bijvoorbeeld één segment voor lichte, enkelvoudige ondersteuning waar je ruimte biedt voor kleine aanbieders en zzp'ers en één segment voor (hoog)specialistische en (multi)complexe problematiek waar je het aantal aanbieders beperkt houdt, bijvoorbeeld door consortiumvorming, zodat je gericht afspraken kunt maken over samenwerking, regie, vervangend aanbod voor verblijfsvoorzieningen en andere innovatie.
- Specifiek versus aspecifiek toewijzen. Hoe specifieker de toewijzing hoe minder ruimte voor de aanbieder om te variëren in inzet in het zorgproces en hoe meer administratieve last bij wijziging in de zorg. Zie ook quote voor vrijere toegang van de relatief goedkope basis-ggz in sheet 14. Hierdoor zou mogelijk ook meer ruimte ontstaan voor tussenproducten en inzet innovatieve producten. Deze eerste twee punten kunnen tevens reden zijn voor een gesprek met aanbieders over het tariefsysteem.
- Uniforme afspraken over regie en regie-instrumentarium in regio (proces- en casusregie, ontwikkelplannen etc). Stel hierbij ook heldere regels op over bij wie de verantwoordelijkheid voor passende overbruggingszorg ligt.
- Beddencapaciteit voor zwaardere doelgroepen. Deze producten zijn nu ingekocht maar er is onvoldoende capaciteit.
- Organisatie van de Spoedzorg: dit brengt een aantal overwegingen met zich mee, bijv. het opzetten van een spoedpoli, de inkoop van spoedzorg als product, de zoektocht naar organisaties die erop ingericht zijn, of die zich daar naartoe kunnen ontwikkelen en budgettenverdeling.
- Wanneer de regio overweegt in te zetten op een consultatieproduct, kan de regio in gesprek gaan met aanbieders om tot een heldere, eenduidige definitie van een dergelijk product te komen.

3.2. Suggesties vanuit deelnemers

- Zet meer in op samenwerking met het voorveld, dit kan een winst zijn voor integraliteit. Aanbieders kunnen zelf meer inzetten op preventie, en in het zorglandschap kan het voorveld actiever worden betrokken: kijk breed per cliënt naar de vraag en omstandigheden en waar nog meer kansen liggen.
- De arbeidsmarktkrapte, die zeker voor de gecertificeerde instellingen voelbaar is, heeft ook in de toekomst gevolgen. Kennis van cliënten binnen en tussen zorgaanbieders gaat verloren door discontinuïteit in personeelsbezetting. Door het tekort aan personeel bij Gecertificeerde Instellingen (GI's) komen casussen terecht bij zorgaanbieders die niet vanuit het wettelijk beschermingskader werken. Daarnaast geven aanbieders aan dat er steeds meer en steeds hogere eisen worden gesteld, en dat er hierdoor meer HBO'ers nodig lijken te zijn. Ze doen de suggestie om te kijken naar wat praktisch nodig is voor een cliënt en hierin meer flexibiliteit te bieden. Een voorbeeld dat wordt aangehaald is om naar gebieden te kijken waar met die flexibiliteit wordt gespeeld, zoals een mbo-2-professional i.p.v. mbo-4 professional voor huishoudelijke hulp+ in Zeeland.

BIJLAGE I : Geïnterviewde organisaties

Zorgaanbieders
Boba levensloopbegeleiding B.V.
De Waag
De Zwaan
Dunya Zorg en Welzijn B.V.
Eleos, Stichting Gereformeerde Geestelijke Gezondheidszorg
FortaGroep B.V.
Humanitas D.M.H.
Ipse de Bruggen WMO B.V.
Kinder- en Jeugdpraktijk "Een Stap Voor"
Larazorg
Parnassia
Prodeba B.V.
Tzorg B.V.
Voortaan Jeugd
William Schrikker stichting Pleegzorg
Zorgboerderij Zuid-Holland
Stichting Abrona
Stichting ASVZ
Stichting de Vierstroom
Stichting Driestar educatief
Stichting Gemiva S.V.G. Groep
Stichting Lelie Zorggroep
Vereniging van Zorgboeren

Samenwerkingspartners
Expertiseteam Complexe zorg
Focus Jeugd
Jeugdgezondheidszorg GGD
Kernkracht
Palet Welzijn
Raad voor de Kinderbescherming
Samenwerkingsverband VO/VSO
William Schrikker Stichting JBJR

Cliënten
Ad Astra
De Zwaan
Leliezorggroep
Stichting de Vierstroom (Fundis)
Zorgpartners Midden-Holland