

Verslag marktconsultatie maatregelhulp en diagnostiek
Dinsdag 24 april 2018
Locatie: Huis voor Cultuur en Bestuur Hellendoorn

Aanbieders	Accare, Ambiq, Bosman GGz, Coop. Boer en Zorg, de Helper, De Twentse Zorgcentra, Dimence, Erve Remerman, Helios Kind en Jeugd, Jarabee, Karakter, Lempens psychotherapie, Mediant, Pluryn, Praktijk EquiTrust, Psychologenpraktijk Charoëla, Praktijk Reineke Wiegman, St. Alruna, Avelijn, St. Woonbegeleiding Jong Volwassenen, Erve Knipper.
Namens Samen14	Shahina Nazir, Nicole Visscher, Esther Snoeijer, Karin Jentzsch, Eric Bouwma, Esther van Duuren, Mirthe Hulsmeijers, Edwin Heeremans, Gineke Smelt
Verslag	Marlies Brugman

Agendapunt	Onderwerp
1.	<p>Inleiding</p> <p>Welkom door de voorzitter vanuit de inkoopgroep diagnostiek, Gisteren heeft u in Enschede op de UT de uitleg over het Twentse inkoopmodel gehad. Nu zijn we in Nijverdal voor een marktconsultatie over het bestek diagnostiek. Gisteren is vooral stilgestaan bij het idee achter het model en de werking, ofwel techniek van het model.</p> <p>Vanochtend willen we echt inzoomen op het onderdeel diagnostiek.</p> <p>De conceptteksten (ruwe versie) van het bestek heeft u ingezien in Negometrix.</p> <p>Hierop zijn vragen gesteld door aanbieders, maar ook zijn er in tegenleesrondes nog allerlei opmerkingen geplaatst door gemeenten.</p> <p>Al dit materiaal: de vragen en opmerkingen, een juridische check en het gesprek van vandaag worden meegenomen in het bestek zoals dit uiteindelijk wordt gepubliceerd op Negometrix.</p> <p>Aan de hand van een bundeling van de vragen in thema's op hoofdlijnen is een agenda tot stand gekomen en aan de hand van die agenda willen we het gesprek met u voeren. Dit om te komen tot scherpere teksten die aansluiten bij de werkpraktijk. De vragen over de functiemix en de daaraan gekoppelde tariefstelling, nemen we mee in agendapunt 4: wie mag diagnostiek leveren.</p> <p>Op het scherm zijn de conceptteksten te zien, zoals deze in Negometrix staan – dit ter informatie.</p>
2.	Definitie enkelvoudige diagnostiek en integrale diagnostiek

Er was onduidelijkheid over wat nu met name enkelvoudige diagnostiek is. Wat bedoelen we nu precies met de tekst. We willen uitdrukken dat het gaat over de vraag van de cliënt, de enkelvoudige vraag.

Vanuit de zaal wordt de vraag gesteld waarom er wordt gekozen voor dit onderscheid?

Het idee is dat nu soms een kind door verschillende partijen wordt gezien, achter elkaar, om tot een goed beeld te komen wat er op diverse vlakken met het kind aan de hand is. Dit willen we als gemeenten niet langer. We willen dat alle problematiek in een keer geanalyseerd wordt. Vanuit de zaal wordt gereageerd dat ook bij enkelvoudige diagnostiek er integraal wordt gekeken. De verwachting is dat de term enkelvoudig versus integraal verwarring oplevert. Volgens de aanwezige aanbieders moet je diagnostiek bij jeugd altijd integraal benaderen.

Mogelijk moeten er meer problemen in kaart gebracht worden, b.v. een systeem onderzoek. Er kan sprake zijn van een glijdende schaal. Welke factoren spelen er een rol in? Hoe trekken we de scheidslijn?

Alles is integraal maar soms heb je minder middelen nodig aldus de aanbieders.

Mocht je een beschikking hebben voor enkelvoudige diagnostiek en kom je er gedurende het onderzoek niet uit dan moet je eerst weer terug naar de gemeente, dit vertraagt. Op basis van de hulpvraag is er verschil tussen jeugdigen en volwassenen.

Het advies is om niet met de benaming enkelvoudige diagnostiek te weken, maar wel een verschil te maken met procesdiagnostiek.

Afbakening met procesdiagnostiek

Het idee van de gemeenten met de module diagnostiek is dat de toegangsmedewerkers of verwijzer aan de voorkant niet weet waar je met een cliënt naartoe wil werken, omdat er onvoldoende in beeld is wat er aan de hand is met een cliënt. Dan wordt deze module ingezet. Om uiteindelijk te kunnen vaststellen welke hulpverlening nodig is.

In ondersteuningsbehoefte 4 zit een stuk proces diagnostiek.

De module diagnostiek is een op zichzelf staand traject.

Vanuit aanbieders wordt de opmerking gemaakt dat het overkomt als een productbenadering; diagnose = diagnostiek. Terwijl vaak behandeling en diagnosticeren met elkaar verweven zijn.

Hierop wordt door ander aanbieders gereageerd dat wel wordt begrepen dat diagnostiek eruit wordt gehaald. De vraag wordt gesteld of de achterliggende reden is om een goede beschikking op te stellen. De gemeenten geven hierop aan dat de reden niet zozeer bij de beschikking ligt, maar om te kijken welk zorgtraject moeten we inzetten.

De aanbieders merken op dat zij nog niet voor zich zien, hoe de weg van de ene module naar de andere module of ondersteuningsbehoefte wordt gestroomlijnd. We willen niet dat er een wachtlijst ontstaat. Dit wordt door de gemeenten meegenomen.

Ook wordt de opmerking gemaakt dat in het contract specialistische jeugdhulp op dit moment een onderscheid wordt gemaakt tussen enkelvoudige en systeemgerichte diagnostiek.

We willen naar afbakening van het vraagstuk. Hoe kun je in je afstemmingsfase goed afstemmen wat je denkt nodig te hebben.

Moet dit productgericht of kan dit in één product?

De gemeenten geven aan dat we ergens wel het bijeen brengen van de disciplines hebben gemist in de afgelopen jaren. Het samenwerkingsverband Kiecon werkt ook met verschillende disciplines en vanuit verschillende gezichtspunten aan een zelfde casus. Is een dergelijke multidisciplinaire aanpak ook wenselijk tussen andere aanbieders. En willen we dit als gemeenten ook als een multidisciplinaire aanpak inkopen. De gemeenten nemen de opmerkingen hierover mee en beraden zich hierop. Ook zal worden bekeken op welke manier de definities scherper kunnen worden geformuleerd in het bestek.

3.

Afbakening:

De gemeenten willen graag weten of de afbakening met de consultatie helder genoeg is. De bedoeling van de module consultatie is dat deze in alle bestekken op dezelfde manier wordt opgenomen. Consultatie is een kortstondig contact dat door de gemeentelijke toegang kan worden ingezet voor de vraagverheldering.

	<p>Aanbieders geven aan dat zij ook van andere partijen als scholen en huisartsen vragen voor consultatie krijgen. Deze vragen voor consultatie worden niet bij deze inkoop ingekocht.</p> <p>De praktijk is dat als je gegund wordt voor het leveren van een ondersteuningsbehoefte, diagnostiek of wonen & verblijf je automatisch ook consultatie mag leveren na opdracht vanuit de gemeenten. Er volgt een discussie over waarom de consultatie alleen beschikbaar wordt gesteld voor de toegangsmedewerkers van de gemeenten en niet voor andere verwijzers. De consultatie kan preventief werken en de inzet van hulpverlening soms voorkomen. Is dat niet wat de gemeenten willen? Deze informatie wordt meegenomen door de gemeenten.</p> <p>Opgemerkt wordt dat in de praktijk consultatie niet alleen de 15 minuten, er zit veel meer werk aan vast, langer contact, bezoek of anders.</p> <p>Er wordt nog even teruggekomen op het onderscheid met procesdiagnostiek, waarbij een aanbieder aangeeft dat een niveau bepaling in diagnostiek kan, maar soms ook in Ondersteuningsbehoefte 4.</p> <p>De gemeenten geven hierop aan dat het dan dus bepalend is of de verwijzer direct al over de juiste informatie beschikt om te bepalen wat er nodig is. Is dat het geval dan kan er een opdracht voor Ondersteuningsbehoefte 4 worden afgegeven, met daarin de mogelijkheid van procesdiagnostiek als onderdeel van de behandeling.</p> <p>Een aanbieder vraagt of het format zorginzet dat bij de marktinformatiebijeenkomst aan de orde is gesteld ook voor diagnostiek geldt. Met de kennis die de gemeenten nu hebben, gaan we daar niet vanuit.</p> <p>Aanbieder vraagt wat te doen als er tijdens de behandeling aanvullend onderzoek nodig is, die niet past binnen de opdracht en omvang van de zorgopdracht. Het antwoord is dat je dan terug moet naar de toegang of verwijzer voor afstemming. Dit kan mogelijk leiden tot een aanpassing van de omvang van de behandelopdracht of tot een toewijzing om diagnostiek uit te voeren.</p> <p>Hierop wordt de vraag gesteld of het ook technisch mogelijk is dat voor een cliënt tegelijkertijd een ondersteuningsbehoefte traject en diagnostiek loopt. Dit is het geval. Het vaakst zal diagnostiek aan de voorkant worden ingezet, maar na afstemming kan het ook waar nodig tussentijds.</p>
4.	<p>Wie mag diagnostiek leveren?</p> <p>De gemeenten geven aan dat op grond van de gemaakte opmerkingen hebben besloten om wat betreft de deskundigheidseisen van het personeel de tien beroepsgroepen (uit de brief Schippers) over te nemen, zoals deze ook bij de ondersteuningsbehoeften staan opgenomen. Het bestek gaat hierop worden aangepast. Het betreft de volgende beroepsgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -psychiater -klinisch psycholoog -klinisch neuropsycholoog -psychotherapeut -verslavingsarts KNMG -verpleegkundig specialist GGZ -GZ-psycholoog -orthopedagoog-generalist NVO -kinder en jeugdpsycholoog NIP <p>Ook willen de gemeenten in het bestek opnemen dat een professional uit een van deze beroepsgroepen de rol van eindverantwoordelijke uitvoert. Verder kunnen taken aan andere medewerkers worden toebedeeld op grond van de Wet op de professionalisering (norm van de verantwoorde werkverdeling).</p>

5.	<p>Ten aanzien van het vraagstuk hoofdbehandelaar en medebehandelaar wordt de vraag gesteld of de eis dat 50% van het aandeel van de tijd voor de regiebehandelaar of hoofdbehandelaar moest zijn hiermee komt te vervallen. De gemeenten bevestigen dit.</p> <p>Op de vraag of dit ook zo is bij het bestek van de ondersteuningsbehoeften is doorverwezen naar de marktconsultatie die daarover later plaatsvindt.</p>
6.	<p>Uitwisselen gegevens</p> <p>Aanbieders geven aan dat uit het concept bestek is op te maken dat de gemeente inzage zou wensen in dossiers van cliënten. Dit is niet het geval. Het betreft het met toestemming van de cliënt delen van informatie die bij het doorlopen van het diagnostiektraject naar voren is gekomen. Het gaat dan om de informatie die relevant is voor het bepalen van de zorginzet die nodig is door de verwijzer of toegangsmedewerker. Hier zal door de gemeenten nog kritisch naar gekeken worden, ook in het licht van de nieuwe AVG.</p>
7.	<p>Rondvraag</p> <p>Aanbieder merkt op dat de termijn om te starten met de diagnostiek van 10 dagen werkdagen in de praktijk niet haalbaar is. Het is afhankelijk van het gebied waarop de vraag gesteld wordt, maar 10 werkdagen is heel erg kort. Het is logischer om aan te sluiten bij de Treeknormen. Dit punt wordt door de gemeenten meegenomen.</p> <p>Opgemerkt wordt dat 1.3.2. moet worden aangepast. Het woordje diagnose is niet juist. Zou vraag verheldering moeten zijn volgens de aanbieders.</p> <p>Vervolgens wordt aangegeven dat de tarieven uit 1.5.1. uurtarieven zijn. Deze zijn niet deelbaar door minuten.</p> <p>De gemeenten geven aan dat er gekozen is voor een en dezelfde systematiek van afrekenen en dat houdt in dat er met tarieven per uur wordt gewerkt. Hierop wordt door de aanbieders gereageerd dat tot nu toe binnen de GGZ altijd is gerekend in minuten en dat zij ook tijd schrijven in minuten. Dit vraagt een grote aanpassing in de systemen/software die de aanbieders gebruiken. Zij vragen met klem aandacht hiervoor. De gemeenten geven aan dit mee te nemen.</p> <p>-----</p> <p>Door de gemeenten wordt de vraag voorgelegd of de zorgaanbieders een format verwachten voor het adviesrapport waarin de aanbieder de diagnose neerlegt. Of dat dit ook vormvrij kan blijven. Aanbieders hebben dit liever vormvrij. Gemeenten geven aan dat dit inderdaad vormvrij blijft.</p> <p>----</p> <p>Er wordt een vraag gesteld over het schrijven van directe en indirecte tijd 1.5.1. Hierop wordt uitgelegd dat de tarieven zijn opgebouwd in direct en niet direct gebonden tijd. Reistijd is niet meer declarabel. Dit maakt onderdeel uit van het uurtarief waarbij gemeenten het aantal productieve uren met 50 hebben verlaagd. De aanvullende opmerking wordt geplaatst dat het door OZJT genoemde uurtarief zeer gemiddeld is vergeleken met elders in het land, maar daar is het zonder reistijd. Als we de zorg dichter bij het kind willen organiseren, is dit een bijzondere ontwikkeling aldus de aanbieders. Dit werkt nadelig op de uitvoering.</p> <p>-----</p> <p>Vraag; contractduur 4 jaar met optie 2 x 1 jaar verlenging.</p>

Kun je als aanbieder ook halverwege stoppen?
Antwoord: dit is een goed punt, we nemen dit mee terug om te overleggen.

Opgemerkt wordt dat binnen het nieuwe model, meer taken en functies bij de gemeentelijke toegang worden neergelegd. Er is nu al veel verschil in kennis en kunde bij de toegang. Hoe gaan we om met dit risico? Want bij de toegang komt er echt een verzwarende in de functie.

De gemeenten zijn zich zeker bewust van het feit dat hier verschillen zijn. We hebben hier aandacht voor en werken er aan om per 1.1.2019 klaar te zijn voor de nieuwe taken. Voor alle consulenten Twente breed worden bijvoorbeeld scholingen georganiseerd.

Hierop volgt de oproep van de zorgaanbieders of er mogelijkheden zijn om dit samen met zorgaanbieders te doen. In andere regio's is hier ook om gevraagd, maar niet mee ingestemd. Hier valt echt winst te behalen in de samenwerking als dit in de voorbereiding een plek kan krijgen.

Er wordt een vraag gesteld over het zorgformat dat in de avondbijeenkomst van 23 april aan de orde is gesteld. Dit is nog in ontwikkeling en de bestek teksten hierover zijn nog niet definitief.

Aanbieder stelt de vraag of er in het bestek wel ruimte zit om terug te komen op een opdracht. In principe heeft de aanbieder de verplichting om de opdracht te accepteren. Daarnaast moet in het voortraject goede onderlinge afstemming zijn om de opdracht zo goed en volledig mogelijk bij de aanbieder neer te leggen. Verzoek van de aanbieders is om de manier van werken goed en helder te beschrijven in het bestek, zodat voor partijen de afspraken hierover duidelijk zijn.

De tariefstelling wordt nogmaals aan de orde gesteld. Met name wat er valt onder directe en indirecte tijd. Het is belangrijk dat dit goed en eenduidig wordt omschreven. Bijvoorbeeld wat zijn de afspraken bij no show van cliënten. Wat valt er nu wel en niet precies onder (welke type overleggen, verslaglegging etc.) De voorzitter van de werkgroep diagnostiek: we gaan richting afronding, zijn er nog vragen.

Er wordt door een aanbieder geïnformeerd naar de eis van telefonische bereikbaarheid op werkdagen van 8.30 uur tot 17.00 uur, waarbij cliënt persoonlijk te woord moet worden gestaan. Dit is voor een vrijgevestigde niet te realiseren. De gemeenten kijken hier naar.

Tenslotte wordt door een aanbieder geïnformeerd over het vervolgproces. Uiteindelijk leidt dit voortraject tot aanpassingen op de concepten en worden er definitieve bestekken gepubliceerd. In hoeverre is het dan nog mogelijk om als aanbieder opmerkingen en/of vragen te stellen en wat kan er dan eventueel nog gewijzigd worden.

De gemeenten leggen uit dat na de publicatie er een fase is voor het stellen van vragen via Negometrix. Deze vragen worden verzameld en daarop krijgen de aanbieders antwoord binnen een bepaalde termijn (Nota van inlichtingen). De antwoorden op de vragen maken vervolgens deel uit van de voorwaarden (het kader) waarop de aanbieders inschrijven.

Om 10.35 uur is de marktconsulatie afgerond.