

IMPRESSIE 2^E RONDETAfelBIJeenKOMST

AMBULANTISERING GGZ

DATUM 15 JUNI 2020

TIJD 10:00 – 11:30 UUR

LOCATIE DIGITAAL (ZOOM)

DOEL BIJeenKOMST

Tijdens de eerste ronde tafel in januari lag de focus op het ophalen van knelpunten bij de ambulantisering van de ggz. In deze rondetafelbijeenkomst was het doel om van diagnose naar oplossingen te komen. De volgende twee vragen stonden centraal:

- Hoe komen we tot een duurzame verankering van de opgave in beleid en organisatie en welke afspraken kunnen we daar gezamenlijk over maken?
- Hoe komen we tot structurele gezamenlijke (regionale) financiering en wat is er nodig om dit voor elkaar te krijgen?

Tijdens de ronde tafelbijeenkomst waren, behalve een aantal leden van de studiegroep, vertegenwoordigers aanwezig vanuit de GGD, gemeenten, Rijk (SZW, VWS), wetenschap, ggz-aanbieder, Instituut Publieke Waarden en Divosa.

UITKOMSTEN RONDE TAFEL

De ronde tafel was opgesplitst in twee deelsessies aan de hand van de hier boven genoemde vragen. Hieronder is per deelsessie weergegeven wat de belangrijkste uitkomsten waren.

DEELSESSIE 1: DUURZAME VERANKERING IN BELEID EN ORGANISATIE

- De beweging naar de ambulantisering is ingezet door VWS en de zorgverzekeraars waarbij te weinig aandacht was voor wat er in de samenleving nodig zou zijn in termen van zorg, dagbesteding en wonen. Er is blijkbaar een mechanisme waardoor departementen elkaar niet betrekken in aanloop naar een nieuw akkoord. Dit vraagt een bredere samenwerking op dat niveau. Het Hoofdlijnenakkoord ggz heeft niet tot betere samenwerking op lokaal niveau geleid.
- Van oudsher is de ggz medisch gericht. Inmiddels gaat dat meer naar herstel en komt er een bredere oriëntatie op de maatschappelijke opgave. Inhoudelijk lukt het partijen wel om op een andere manier te kijken. Er is in de ggz een stuk heel medisch dat goed geborgd moet worden, maar er zitten ook onderdelen in de Zvw dat te medisch wordt bekeken. Dit zou meer uitwisselbaar moeten zijn. Ggz zou ook gepositioneerd kunnen worden in het sociaal domein. Nu zijn het niet complementaire systemen. Grootste uitdaging zit in de financiën, rol en bevoegdheden van diverse overheden en financiers. Als alles lokaal maatwerk is, is het lastig te kwantificeren wat wel en wat niet werkt.
- De algehele visie is er wel. Er zit een gat tussen de algehele visie en de mensen die het uiteindelijke werk moeten doen. We missen alleen een implementatieplan hoe we dit voor elkaar kunnen krijgen en met welke partijen. We formuleren niet duidelijk een doel: het realiseren van autonomie van mensen. De manier waarop we onze zorg organiseren maakt het onmogelijk om anders te handelen. We hoeven niet naar één regionaal systeem, want netwerken overlappen. We moeten vooral naar oplossingen zoeken die samenwerking in de praktijk makkelijker maakt.
- Wat nodig is voor de cliënt en wat nodig is voor de structuur lopen vaak door elkaar heen. Voor het vinden van een oplossing is het belangrijk om scherp te hebben over welke groep we het nu precies

hebben. Complexe problematiek en mensen die stabiel leven kunnen hebben vragen om andere oplossingen.

- Belangrijk om van onderop te redeneren: sommige dingen kun je in de wijk oplossen, andere in de regio en andere vraagstukken landelijk. Als je van onderop begint kun je redeneren op welke schaal je iets moet beleggen.
- Het is bestuurlijk onduidelijk wie er financieel verantwoordelijk is. Ministeries hebben de macht bij onafhankelijke instituten belegd. Daardoor worden er geen pijnlijke beslissingen genomen en houden we elkaar bestuurlijk gevangen in allerlei machtsdiscussies. Als je als organisatie minder medisch moet kijken en meer sociaal dan betekent dat iets voor je omzet als instelling.
- Gemeenten hebben destijds een gigantische klus gekregen. Regionale samenwerking en sturing komt nu pas van de grond. Meer robuustheid bieden aan de regio's en zoeken naar een hogere vorm van organisatiegraad. Het ontbreekt aan een duidelijke regio-governance (departementen hanteren allen hun eigen regionale schaal) terwijl er wel allerlei verwachtingen zijn als het gaat om oplossingen. Dit terwijl we de verantwoordelijkheid bij de gemeenten hebben belegd. Maak een organisatie die op geografisch gebied de bestuurlijke verantwoordelijkheid draagt en maak deze verantwoordelijkheid helder.
- Veel gemeente beschikken niet over de juiste expertise. Doorzettingsmacht is nodig op grotere schaal dan alleen de wijk of gemeente. Goede afstemming valt of staat met goede aansturing en dan kun je ook de financiën coördineren. Het kan helpen om de taak bij een centrumgemeente te beleggen. Dan heb je ook geen herindeling nodig.
- Alleen door van de marktwerking af te stappen kun je regionale afspraken maken en investeren in relaties en voelen partijen zich verantwoordelijk voor een gebied.
- Het vraagstuk is dusdanig complex en heeft zoveel kanten waardoor er eigenlijk een 24-uursessie nodig is samen met alle nodige partijen. Betrek daar ook de mensen zelf bij. Juist de ervaringsdeskundige en burger dichterbij halen om te zorgen voor nieuwe checks and balances.

DEELSESSIE 2: GEZAMENLIJKE (REGIONALE) FINANCIERING

- Elk stelsel in het sociaal domein heeft een eigen realiteit. Financiers kijken verschillend tegen het probleem aan. De mens zou centraal moeten staan. Het gaat om mensen met een dynamisch ziektebeeld in een statisch systeem. Het is geen vaste groep. Er zijn behoorlijk veel wisselingen en er stromen ook mensen weer uit. Het heeft geen zin om het in een wet te vatten. Er is een grote verwevenheid met het sociaal domein.
- Je zou iedere personen kunnen indiceren op basis van kans op genezing en daar een bepaald budget beschikbaar voor stellen met een regionale structuur waarop gemeenten en zorgverzekeraars kunnen inleggen (lump sum). Het vervolgens meer aan de professional overlaten wat voor welke persoon het beste is. Dit levert wel vraagstukken op rondom verantwoordelijkheid en hoe dit in te zetten.
- Professionals denken zelf ook in financieringssystemen. We moeten meer toe naar experimenten waarop we op klein niveau professionals, burgers en bestuurders bij elkaar zetten om te kijken wat wel en niet werkt.
- Er wordt veel projectgeld rondgepompt en geëxperimenteerd, maar structurele financiering lukt maar niet. Dergelijke experimenten willen verzekeraars vaak alleen in heel kleine gemeenten en komt daarmee dus niet grootschalig van de grond. Zo zijn er veel experimenten geweest met IPS en er ligt een voorstel om dat meer structureel in te richten omdat werk en begeleiding vaak helpt. Het is moeilijk om dat structureel gefinancierd te krijgen.
- Je kan je afvragen of het model van de zorgverzekeraar bij de ggz functioneel is. Het verhoudt zich namelijk niet tot een wisselend ziektebeeld. De zorgverzekeraars hebben geen regiobinding en geen prikkel om structureel bij te dragen. Er zijn nu geen afspraken met zorgverzekeraars in de regio. De samenwerkingsagenda is pas net van de grond en men begint elkaar net pas een beetje te begrijpen.
- Gemeenten hebben weinig mogelijkheden om te innoveren en zorgverzekeraars gaan er verschillend mee om. Bij het implementeren van visies heb je altijd forse frictie. Van belang om landelijk geld beschikbaar te stellen voor innovatie.
- Kijken naar wat werkt. Professionals trekken doen altijd wat ze denken dat goed is, ondanks de regels.

- Veel ggz problemen komen door achterliggende problematiek, schulden geen huis etc. Het begint bij bestaanszekerheid en deze taak ligt al bij gemeenten. Hier moeten we in investeren.
- We hoeven niet te zoeken naar nieuwe instrumenten, maar we moeten samenwerking in de regio stimuleren.
- Het kan helpen om een ongedeeld budget te ontvangen per wijk, afhankelijk van de analyse van de vraagstukken in de wijk. Professionals kunnen daar aan werken zonder last te hebben van schotten. Bij voorkeur vergezeld en kritisch gevolgd door de inwoners van die wijk. Er ligt teveel focus op de representatieve democratie. Dit kun je ook anders organiseren.