

In de langdurige zorg, en dus ook in de jeugd-ggz, is een systeemverandering nodig met een ander sturingsprincipe. De verantwoordelijkheid voor het budget en de verantwoordelijkheid voor de inzet van de zorg moeten zo dicht mogelijk bij elkaar worden gelegd. De gemeente Rotterdam doet dit door wijkteams Jeugd en Gezin eigen budgetverantwoordelijkheid te geven. Wat houdt dat in en wat zijn de gevolgen ervan?

Strategie/organisatie | Michel de Visser en Jan Smid

Wijkteams met budgetverantwoordelijkheid

Verandert het spel in de zorg?

Ons huidige zorgsysteem is onbetaalbaar. Het moet anders. Grote delen van de zorg worden daarom gedecentraliseerd naar de gemeenten. Zij moeten hun nieuwe taken met minder geld gaan uitvoeren dan waar het nu voor gebeurt. De oplossingen daartoe die het meest gehoord worden, zijn eigen kracht, meer preventie, ambulantisering, innovatie van producten en synergie tussen de verschillende decentralisaties. Toch is dat niet genoeg.

Aanpak

De zorg die straks over komt naar de gemeenten is nu moeilijk beheersbaar qua uitgaven. Zij is georganiseerd vanuit verschillende systemen met verschillende bekostigingsvormen en soms verkeerde prikkels. De afgelopen jaren is er dan ook een forse groei van uitgaven te zien geweest, vooral bij de jeugd-ggz en de pgb's. Het kabinet heeft grote verwachtingen van de gemeenten: niet alleen wordt de groei veel lager ingeschat dan de trend tot op heden, er is ook een forse bezuiniging opgelegd van ruim 15%. Er is nu een kans om het anders te gaan doen, maar dan moeten gemeenten niet zelf AWBZ-tje gaan spelen of anderszins de bestaande systemen één-op-één overnemen,

waarbij het risico op open-einde-achtige financieringsconstructies blijft bestaan.

Op 19 december 2013 stemde de Rotterdamse gemeenteraad ermee in om voor de jeugdhulp te werken met wijkteams die budgetverantwoordelijk zijn. In de Maasstad komen er 42 wijkteams, bestaande uit 8-10 professionals. Het oprichten van dergelijke teams gebeurt overal in het land en is niet uniek. Dat deze teams verantwoordelijk worden voor een heel groot deel van het jeugdbudget is wel een bijzonderheid. In de toekomst wordt jeugdhulp centraal ingekocht. Deze inkoop gebeurt op basis van bestellijstjes van de wijkteams. Vervolgens wordt de inzet van de hulp decentraal bepaald door de teams. De enige uitzondering daarop vormt collectieve preventie, waarvoor de inzet wel centraal voor de hele stad wordt bepaald. Wijkteamedewerkers proberen in eerste instantie zoveel mogelijk problemen zelf op te lossen (basishulp). Eventueel doen ze dit samen met partners in de wijk (sportclubs, religieuze instellingen, vrijwilligers, et cetera). Indien hun eigen capaciteit of expertise ontoereikend is kunnen zij aanvullende (specialistische) hulp inzetten vanuit hun eigen wijkbudget. Om maatwerk te kunnen leveren is een klein deel van dit budget (bijvoorbeeld 3%) flexibel inzetbaar en hoeft niet ingezet te worden voor de centraal ingekochte producten. De wijkbudgetten worden jaarlijks bepaald op basis van inwoneraantal en problematiek in de wijk.



‘Er zal meer van de professional worden gevraagd maar het levert hem veel vrijheid van handelen op’

Voordelen

Deze aanpak heeft een aantal voordelen. Verantwoordelijkheden worden laag belegd. De schaarste aan financiële middelen die na de decentralisaties gaat ontstaan, wordt rechtstreeks voelbaar in het wijkteam bij degenen die gaan over de inzet van de hulp. Behalve een afweging op inhoud, zullen de professionals dus ook de prijs/kwaliteit verhouding en de slagingskans van zorgproducten mee moeten wegen bij hun keuze voor een bepaalde behandeling. Daarnaast is er een prikkel om vroegtijdig te interveniëren (omdat later duurder is) en om tijdens een behandeling de vinger aan de pols te houden en te sturen op een snelle afbouw van de zorg (deze laatste prikkel is er nu vaak niet). De kracht van het concept is dat financiële beheersbaarheid en inhoudelijk resultaat in de meeste gevallen in dezelfde richting werken: zorginhoudelijk betere oplossingen zijn meestal ook kostenefficiënter. Door hun kennis van de wijk en het deel flexibel budget, kunnen de teamleden maatwerk leveren. Bovendien is er ruimte om nieuwe producten van nieuwe aanbieders uit te proberen vanuit dit flexbudget, hetgeen een prikkel is tot innovatie.

Tussen de wijkteams onderling zal worden gebenchmarkt, zodat de teams van elkaar kunnen leren. Goede ervaringen kunnen elders worden gekopieerd en slechte ervaringen worden voorkomen in andere wijken.

Het concept levert de professional ook veel op, namelijk: ruimte om te handelen. Omdat de financiële verantwoordelijkheid dichtbij de uitvoering zit, zijn er geen zware, vaak langdurige indicatieprocessen nodig. De medewerker uit het wijkteam heeft een behoorlijke vrijheid om naar eigen inzicht hulp te bieden. Niet in de laatste plaats is dit ook gunstig voor de cliënt. Voor hem wordt vermoedelijk sneller, adequater en meer in de eigen omgeving naar een oplossing gezocht.

Risico's

De lijst met voordelen is aanzienlijk. Risico's zijn er echter ook. Zo mogen de wijkteams niet te groot worden. Bij een team tot ongeveer 10 personen, zal ieder zich verantwoordelijk voelen voor het resultaat en heeft ieders inzet ook duidelijk effect op het groepsresultaat. Er zal dan dus groepsgevoel zijn en een zekere mate van sociale controle.

‘Het nieuwe systeem is een prikkel om vroegtijdig te interveniëren’

Indien de ploeg te groot is, is het risico aanwezig dat het team van “niemand” is, dat individuen zich weinig verantwoordelijk voelen voor het geheel en zich niet bekommeren om een budgetoverschrijding.

Een ingewikkeld aspect is de vraag bij wie de teammedewerkers in dienst zijn. Het meest logische is dat zij afkomstig zijn van zorginstellingen en op detacheringsbasis in het wijkteam meedraaien. Daarbij is dan wel van belang dat zij in voldoende mate loyaal zijn aan het wijkteam en dat de belangen van de moederorganisatie daaraan ondergeschikt worden gemaakt. Om dit goed te regelen, zullen vooraf duidelijke afspraken moeten worden gemaakt en moet strak gemonitord worden (bijvoorbeeld door de teamleider en via benchmarking) of er geen afwijkend gedrag plaatsvindt binnen de teams.

Een risico is verder dat een, door toeval, onevenredig hoog aantal kinderen met zware problematiek een extreme invloed kan hebben op het resultaat van het team. Wanneer bijvoorbeeld een wijkteam twintig kinderen heel goed begeleidt voor gemiddeld minder dan 5000 euro per kind en er zit één kind bij dat zware intramurale zorg nodig heeft voor een ton per jaar, dan kan dat ertoe leiden dat hierdoor het wijkteambudget uit het lood wordt geslagen. Een oplossing daarvoor is, om voor zorg die duurder is dan 10.000 euro voor een oplopend deel vanuit een centraal budget te betalen. Het wijkteam betaalt dan bijvoorbeeld maximaal 20.000 euro per kind, voor een behandeling van een ton of meer. Hierdoor blijft er een prikkel voor het wijkteam om voorzichtig om te gaan met dure zorg, zonder dat dergelijke behandelingen het wijkbudget in één keer geheel absorberen.

Eveneens een lastig punt is de vraag hoe omgegaan moet worden met een eventuele budgetoverschrijding van een wijkteam. In een dergelijk geval dient de oorzaak goed geanalyseerd te worden. Het kan zijn dat het budget te laag was in relatie tot de opgave. In dat geval kan wellicht verevend worden met een team dat een onderschrijding heeft gehad en moet het budget worden bijgesteld voor het volgende jaar. Het kan ook zijn dat er vanuit het wijkteam verkeerde keuzes zijn gemaakt en onvoldoende is gestuurd. In die situatie zullen de medewerkers die het betreffen moeten worden gecoacht en eventueel bijgestuurd. De teamleider heeft hierbij een sleutelrol. Daarnaast moeten de teams goed worden gefaciliteerd via goede informatie en transparantie in producten en kosten.

Ook het verwijsgedrag van de huisarts vormt potentieel een risico. Volgens de wet mag de huisarts kinderen rechtstreeks doorverwijzen naar hulp. In een dergelijk geval, komt die hulp ten laste van het wijkteambudget, zonder

dat het wijkteam daar invloed op heeft. Om te voorkomen dat dit uit de hand loopt, zal het wijkteam dus moeten investeren in een goede relatie met de huisartsen, zodat eventueel doorverwijzen zoveel mogelijk in afstemming plaatsvindt.

Een regelmatig gehoord kritiekpunt op het model is dat zorgprofessionals alleen vanuit de inhoud kunnen en mogen redeneren en niet vanuit geld. Het klopt dat van de professional een hele grote switch wordt gevraagd. Op het gebied van training, coaching, competentie management en werving en selectie, zal daarom veel werk moeten worden verzet. Er zal meer van de professional worden gevraagd maar het levert hem veel vrijheid van handelen op. Het alternatief is dat de kostenbeheersing via bureaucratische procedures wordt bewerkstelligd waardoor de professional in zijn handelen juist wordt ingesnoerd. Qua complexiteit valt het misschien ook mee. Indien een professional in het weekend erin slaagt om niet meer boodschappen in zijn karretje te doen dan hij geld heeft in zijn portemonnee, waarom zou hij dat door de week dan ook niet kunnen met het wijkbudget?

Conclusie

Het geheel overziende is het duidelijk dat de huidige situatie in de zorg niet gecontinueerd kan worden. Alleen verbeteringen vanuit de inhoud van de zorg, zullen vermoedelijk niet volstaan. Het roer moet om, er is een systeemverandering nodig vanuit de bedrijfsvoeringskant om weg te komen van de huidige praktijk van kostenbeheersing via bureaucratische weg met als gevolg lange doorlooptijden en professionals die te vaak doorgeefluik zijn en te weinig kunnen handelen. Rotterdam vult dit in door de wijkteams budgetverantwoordelijk te maken. Met deze verandering zijn er veel kansen op structurele verbetering. Kansen op betere kostenbeheersing, maar even goed kansen op betere zorg, omdat die twee elkaar niet bijten en veelal hand in hand gaan. Het verleggen van de budgetverantwoordelijkheid naar de inzetten van de zorg, kan breder dan alleen voor de jeugdhulp worden toegepast. Indien dat gebeurt, zal er veel veranderen voor de zorgfinancier, de zorgaanbieder, de professional die het uitvoert, maar ook voor de belastingbetaler en de cliënt. Als het aan Rotterdam ligt, is de tijd rijp om het spel te veranderen. |

Drs. Michel de Visser (info@mdva.nl) is zelfstandig adviseur op het raakvlak tussen wonen, zorg, welzijn en lokale overheid en drs. Jan Smid (ja.smid@rotterdam.nl) is projectleider inkoop jeugdhulp bij de gemeente Rotterdam. Samen ontwikkelden zij de inkoopstrategie jeugdhulp voor de gemeente Rotterdam.