

## Resultaten marktconsultatie 6 april Jeugd GGZ

---

9.30 uur-12.30 uur

Procesbegeleider: Viola Zevenhuizen

Inhoud: Maud Doejaaren, Marian Kemp, Pieter Bas Kimmel

Wat leeft?

Wat op korte termijn:

Top 2's:

- Op- en afschalen van zorg: vanuit leertuin en innovatie:
  - ➔ Afschalen: - moet er wel wat zijn
  - ➔ wanneer ondersteunen wanneer behandelen
  - ➔ Overdracht
  - ➔ Dubbele DBC
  - ➔ Consultatie
  - ➔ Eenvoudig schakelen in netwerk van professionals – Zorg/ondersteuning die nodig is.
  - ➔ Leef en systeemwereld samenbrengen
  - ➔ Voor op en afschalen lokale toegang benutten
  - ➔ Uitgangspunt: kennis in het veld
  - ➔ Regie cliënt en wijkteams
  - ➔ Denk aan taalgebruik bij op- en afschalen. Taal van cliënt
  - ➔ Hoe kun je iemand in kracht zetten? (Behandelaar/begeleider)
  - ➔ Ontsluiten van partijen in regio. Wat hebben ze te bieden?
  - ➔ Begeleider meer naar wijk
  - ➔ Bepaalde zorg blijft bestaan; basisvoorzieningen, beschikbaarheid, € voor lege bedden
  - ➔ Gemeente in regierol om partijen aan elkaar te verbinden

Doel afschalen:

- Faciliteren dat juiste partijen aan tafel zitten
- Ontschotten
- Aan voorkant meer screenen
- Wijkteam/huisarts betrekken
- Overgrote meerderheid cliënten die bij SGGZ worden aangemeld hebben al 1 of meer behandelaren gehad

Wie doet wat in de keten? Meer helderheid wenselijk -> wijkteam / lokale toegang

- Verschilt per team/lokale toegang
- Onbekendheid met partijen

Korte termijn:

- Investeren in kennis en kunde wijkteammedewerkers
- Vraag aan aanbieders: wat is jullie unique selling point (puntsgewijs en helder voor cliënten) En laat klanten haar ervaringen delen.

- Professionals moeten zelf investeren in kennis van de usp van concurrenten/collega dienstverleners.
- Wachlijsten: SGGZ behandeling snel overnemen, vrijgevestigen -> consult
  - o Belemmering: consult wordt niet vergoed
- Dubbele diagnose
  - ketenafpraak
  - Client Journey -> voor 80% (80/20)
  - Welk instrument gebruik je

#### Vervolgtafels:

- Verschillen / overlap tussen begeleiding en behandeling
- Kwaliteitscriteria -> effectiviteit -> kostenefficiëntie
- Preventie / vroegsignalering
- Rol van het onderwijs
- Kijk naar keurmerken (branche/verzekeraar)
- Tevredenheid <-> resultaatgerichtheid
- Recidive
- Integrale producten met gezamenlijk resultaat
- Schakels die een rol hebben in de keten. Wie heeft daar welke verantwoordelijkheid in?
- Casusgericht analyseren welke stappen doorlopen zijn en waar het effectiever en efficiënter kan.

#### Instapvoorwaarden:

Instemming met zelfde instapvoorwaarden als huidig contract.

#### Tarief:

##### Zelfde tarief:

- Nadeel: differentiatie in tarief kan komen door kwaliteitsverschillen
- Nadeel: cherrypikking
- Verschil in specialismen
- Voordeel: gaat ongelijkheid beter
- Voordeel: geeft rust

#### Bandbreedte:

- Voordeel: meer kans op kwaliteitsverschillen
- Ligt meer voor de hand bij verschil tussen grote en kleine partijen

(Apart projectteam mbt bekostiging zal dit nader uitwerken)

Huidige tarief vrije tijd (spelenderwijs kinderen met autisme praktische dingen leren) is te laag.

Aandachtspunt: 24-uurscomponent (GGNet) zorgt voor extra kosten

Nieuwe perceelindeling:

Randvoorwaarde = geen schotten

De indeling is mede gerealiseerd om gemeenten keuzes te laten maken mbt de gezamenlijke inkoop.

GGZ is over alle percelen heen en loopt in elkaar heen. Qua euro's niet uit elkaar getrokken. Toewerken naar integrale samenwerking / resultaten

Pleidooi voor risicoverevening voor specifieke zorgvormen

NB: Kinderen onder kinderartsen incl psychiatrisch probleem worden gemist in de perceelindeling

Somatiek vs GGZ

Gemeente heeft alleen ADHD ingekocht. Nader onderzocht wordt of dit inderdaad het geval is.

---

Preventie wordt niet regionaal ingekocht, maar wordt lokaal georganiseerd

---

Definiëring van het begrip consultatie zal worden vormgegeven om verwarring te voorkomen.

---

Aandachtspunt vanuit markt: meldpunt om problemen mbt lokale toegang te melden om tot praktische oplossingen te komen.