

Marktconsultatie GGZ 8 december 2016

I Inleiding

- Bekend met marktconsultatie door site. Bijna niemand was ook aanwezig bij de eerste overlegtafel.
- Toevoeging van agenda met cliëntparticipatie (Samenwerking).
- Terugblik op het proces van IAS.
 - Helder en overzichtelijk
 - Soms wel gaandeweg vragen of producten toegevoegd.

II Samenwerking met gemeenten:

- Wens is om te werken met eenduidige werkwijze qua bekostiging. De wens van aanbieders is om de bedrijfsvoering ook zoveel mogelijk te uniformeren a la IAS. Dit werkt ook kostenverlagend.
- De lijnen zijn kort met de regio en het contact wordt als prettig ervaren. Snel kunnen schakelen. Contacten zijn constructief.
- Overzicht met aanspreekpunten van bedrijfsvoering en lokale toegangen (wijkteams/ teams consultants) voor iedere gemeente. Deze kan dan worden gepubliceerd op de regionale website www.regiocentraalgelderland.nl. Daarnaast is het wenselijk dat beter inzichtelijk wordt voor gemeenten (consultanten en inwoners) in welke doelgroepen en onderdelen van zorg en ondersteuning is betreffende zorgaanbieder in gespecialiseerd. Kortom een wederzijds actie met een win-win situatie voor de burger. Dit geldt overigens breder dan enkel GGZ-instellingen.
- Berichtenverkeer uniformeren. Een melding krijgen als er een wijziging plaats heeft gevonden: kortom een alert als er nieuws is op o.a. website. Regio Apeldoorn heeft regionale info op de site en aan kunnen klikken waarop je actief over geïnformeerd wil worden.
- Aandacht vragen voor de veiligheid qua melden en mailen. Met meerdere partijen in 1 plan werken. Bv. EGPO (Doesburg aangedragen door de huisartsen). De klant is eigenaar van het "systeem en dossier". Ingeborg Wijkstra geeft aan dat de regio er nastreeft om in het voorjaar helder te hebben wat elke gemeente hierin doet.

Regierol van de gemeenten:

- Bij meerdere verwijzers is het lastig om het overzicht te houden en de regierol te nemen door de gemeente. Meerdere zorginstellingen/ behandelaren met bijvoorbeeld 32000. Wordt dit herkend? Ja En dus meerdere behandelaren, lokale toegang krijgt in zorgmelding. Gemeente zou signalering rol kunnen hebben. Idealiter gezamenlijk dossier.
- Casemanagementstaak moet voorkomen dat er een dubbele diagnose wordt afgegeven, de wijkcoach/ consultant heeft de regierol om inzichtelijk te hebben dat er volgens het principe 1 regisseur, 1 plan, 1 huishouden wordt gewerkt. Indien er meerdere behandelaren zijn is afstemming en samenwerking essentieel, ook als het bijvoorbeeld gaat om het hoofdbehandelaarschap. Idealiter wordt er vanuit 1 dossier gewerkt, technisch is dit momenteel nog niet mogelijk.

- Als voorloper van dit systeem kan er meer gestuurd worden op het doorvragen van een aanbieder als zij in een casus (inhoud) of er meer/ andere partijen betrokken zijn.
 - Bij een samenwerking met organisaties als 1 nog behandelt en de ander al begint. De gemeente wijst vooralsnog dit soort stappen af. Werken met 1 plan is een belangrijk onderdeel. Let wel: de gemeente is en blijft het recht hebben om te kijken naar het totaal en wilt niet vast zitten aan een vaste combinatie. Als we naar de toekomst samen op basis van cliënt profielen tot bepaalde trajecten komen waarbij de grenzen van organisaties minder relevant zijn, maar juist wordt gekeken naar de zorg en ondersteuning die nodig is in een bepaalde periode en welk resultaat dit oplevert, is het een ander verhaal. Dan kunnen partijen gericht op een dergelijk traject als samenwerking inschrijven.
 - Vertrouwen in de verwijzing. En de samenwerking met de huisartsen. Pilots. Positief gevoel door huisartsen naar poh-ers. Het is een bewezen methode bij de volwassenen zorg GGZ. Afname in de inzet GGZ. Doel is om de cliënt bij de juiste zorg te laten komen zonder een te lange wachtlijst. Huisarts is de meest bekende vindplaats op dit moment. Hier wordt in samenspraak met huisartsen ook naar gekeken en vergt nog een verder vervolg.
 - Lef en inzicht hebben om sneller op te schalen als het nodig is.
 - Zijn er initiatieven om casuïstiek te kunnen bespreken. Enkele organisaties weten elkaar te vinden. In de Beschermingstafel kunnen de complexe situatie besproken worden.
 - Speciale producten toe te kennen aan een aanbieder in de vorm van casusregie. De procesregie ligt bij de gemeenten.
 - Effectief van de doorverwijzers:
 - Vertrouwen effectiviteit aanbieder
 - Ook belangrijk dat zorgaanbieders weten wie er is en wat ze kunnen betekenen, dus dan vaak naar zelfde aanbieder doorverwijzen
 - GGZ vaak ook andere problematiek bijvoorbeeld opvoedvraagstukken. Huisartsen zijn soms ook zonder stigmatisering een vindplaats.

Clientparticipatie

- In Nijmegen maakt deze structureel deel uit van de processen (ook na de inkoop). In de regio Centraal Gelderland wordt hier ook sinds het voorjaar invulling aan gegeven, wel wil de regio hier nog komen tot een nadere en gedifferentieerde invulling.

III **Productvernieuwing**

- Producten catalogus op de site zodat iedere aanbieder kan zien wie nog meer een bepaalde zorg biedt. Bruikbaar voor zowel de consultants als de aanbieder. Noodzakelijk om de vindbaarheid te bevorderen.
- Af van de DBC's om te komen tot een verandering van het "landschap" om rond de cliënt de ondersteuning en/of hulp als samenhangend geheel te organiseren.
- Het voorstel is om in januari te komen tot een plan van aanpak, en vervolgens in werksessie slagvaardig tot resultaten te komen met ook tussentijdse mijlpalen.

De organisaties die willen meedoen aan de verdere transformatie geeft Viola Zevenhuizen aan dat dit niet vrijblijvend is. De regio heeft behoefte aan een aantal koplopers die met hen komen tot een optimalisatie en doorontwikkeling van de resultaten die kunnen worden geboekt voor inwoners/ cliënten. Dit traject zal in samenhang met het project resultaatsturing geschieden. Voor dit traject zullen naast GGZ-instellingen tevens andere partijen worden gevraagd om te participeren.

- Dat vraagt visie en afstemming. De instap in een werksessie is niet vrijblijvend. Het doel is resultaatsturing (kapstok van de visie). De bekostiging is volgend. Eerst inhoud en dan de kosten, uiteraard wel komen tot oplossingsrichtingen binnen de schaarste aan zorgmiddelen die voorhanden zijn.
- Tot 2018 is DBC's gegarandeerd. Wat daarna? Wel kennisnemen van de VNG-informatie. Wel de wens om op inhoud nu al stappen zetten. Ervaringen uit Zuid-Holland Zuid. (Haaglanden). Daar is het adagium: Tel en Vertel. Cijfers zeggen niet alles, goed om van cijfers te leren en te duiden.
- Wat zijn er nu voor informele samenwerkingen en complementair wat al wat zegt naar toekomst toe
- Relatie met monitoring van Prakticon. Joan de Graaff heeft dit deel onder haar hoeden, goed om hier een koppeling in aan te brengen.
- De samenwerking moet effectief zijn en tevens i van belang wat voegt waarde toe voor een cliënt? En hoe doen we dit met elkaar zo doelmatig mogelijk.
- De ROM (Routine Outcome Monitoring) wordt gebruikt (plan do check act) maar met wisselende effecten en ervaringen. Is een instrument dat al aanwezig is en landelijk ingevoerd.
- Komen tot ondermeer een "client journey", waarbij gekeken wordt wat waarde toevoegt, welke resultaten gehaald kunnen worden op een doelmatige wijze. Voor de verschillende cliëntprofielen ontstaan verschillende "client journeys"

IV Afspraken

- De regio centraal gelderland wil in januari 2017 komen tot een concept plan van aanpak
- **Aanbieders krijgen medio januari in grote lijnen te horen welke werkgroepen gaan starten. Ze kunnen zich van 16/1 tot en met 20/1 aanmelden, de regio geeft aan welke type mensen er nodig zijn.** Een aanmelding is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Doel is om voor de zomer de eerste resultaten te boeken. Eind januari wordt een plenaire sessie gepland als kickoff.
- Intersectorale zorg is een opdracht die er nog lopende is. Let op: nu op uitvoeringsniveau in plaats van bestuursniveau.