



Nieuwegein



Gemeente IJsselstein

**Verslag bijeenkomst Lekstroom – spec. jGGZ aanbieders. 3 juli 2017**

<b>Aanwezigen</b>	
<b>Zorgaanbieder</b>	<b>Naam</b>
Altrecht	Hans Attema/ Laura Holdermans
Dokter Bosman	Miriam Smit Arends
De Hoop GGZ	Johan van der Veer
UMC Utrecht	P.K.H. Deschamps
Intermetzo	Mariska van der Vegt- Zwambag
Attenti.us	Ingeborg Siteur
<b>Gemeente</b>	<b>Naam</b>
Inkoop Lekstroom	Nico Kersten
Inkoop Lekstroom	Hanneke Knijf
Accounthouder RBL	Christie Mullie
Accounthouder RBL	Ellen van Maanen
Jurist Lekstroom	Minke van de Zande
Beleidsadviseur	Eline van Boxtel

Nico heet welkom, voorstelronde.

Op de agenda staat:

**1. Aanbod jGGZ hulp in Lekstroom**

Doel: in beeld krijgen van de specialistische aanbieders in Lekstroom, welke aanbieder biedt welk specialistische hulpvormen? Dit overzicht is nodig voor sociale teams, zodat zij goed kunnen doorverwijzen en niet onnodig hoeven 'winkelen' voor een jongere.

<b>jGGZ hulp</b>	<b>Aandachtsgebieden per aanbieder</b>
Basis jGGZ	Bijvoorbeeld ambulante hulp, dyslexie
Specialistische jGGZ veel voorkomend	Bijvoorbeeld hulp op de jGGZ poli en diagnostiek (met specificatie van de stoornis, indien dit relevant is om je als aanbieder te onderscheiden)
Specialistisch weinig voorkomend	Bijvoorbeeld BOPZ, detox-gedeelte van verslavingszorg

Hans Attema geeft aan dat het van belang is hoe je bovenstaande indeling definieert. Daarvoor wordt de 'Handreiking Passende zorg en behandeling voor jeugdigen' op het scherm getoond (zie bijlage 1. voor pag. 16 en 17 van de handreiking).

Hans Attema geeft aan dat een product 'weinig voorkomend' voor Altrecht kan zijn, maar als zorgaanbieders samen zouden werken, bijvoorbeeld op groepsbehandeling, zou het veel voorkomend zijn. Johan van 't Veer vraagt of het ingegeven is door inkoop of door de sociaal teams. Antwoord is: sociaal teams. Aanbieders wordt gevraagd om middels geeltjes aan te geven wat ze zelf bieden. De resultaten van deze sessie zijn opgenomen in tabel (zie bijlage 2. Excel bestand).

Altrecht doet vooral meervoudige persoonlijkheidsstoornissen en suicidaliteit, geen basis jGGZ.

Probleem dat Altrecht ziet, is dat er te lang doorgedaan wordt in de basis jGGZ.

Johan van 't Veer: er is probleem met de toegang; niet altijd wordt goed ingeschat welke zorg passend is.



## 2. Klinische jGGZ, gesprek over de volgende onderwerpen:

- Soorten van verblijf en kostenstructuur, hoeveel uur behandeling per dag is zinvol?

Christie Mullié vraagt naar de verschillen in prijzen voor een bed (NZA). Het heeft te maken met wat je aan professionals (soort en aantal) en aan beveiliging nodig hebt. Bijv. voor een meisje dat een eetstoornis heeft en 5x per dag sondevoeding moet hebben en daarnaast nog opzicht moet hebben omdat ze zich snijdt, is een bed duurder dan voor een kind dat vanwege de thuissituatie even weg moet.

- Wat is de minimaal benodigde hoeveelheid klinische jGGZ in Lekstroom?

Er zijn 3 partijen die bedden hebben: UMCU, Intermetzo en De Hoop.

Intermetzo; Poliklinische behandeling biedt psychodiagnostisch onderzoek en specialistische behandeling voor jeugdigen (6-23 jaar). Gemiddelde behandelduur is afhankelijk van problematiek en geboden behandeling.

GezinsFACT biedt multidisciplinaire behandeling voor jeugdigen (0-23 jaar en hun gezin/systeem). Doel is residentieel voorkomend of verkortend en vicieuze cirkels van terugkerende crises doorbreken. Gemiddelde behandelduur bedraagt 8,5 maanden, maar kan variëren van 6 maanden tot anderhalf jaar.

Intensieve Dagbehandeling biedt onderwijs en/of arbeidstoeleiding en behandeling aan jeugdigen (6 – 23 jaar). Doel is toewerken naar passende daginvulling (onderwijs/arbeid/dagbesteding). Gemiddelde behandelduur 1 jaar.

Residentieel Behandelen wordt ingezet bij jeugdigen (5-23 jaar) die, ook met maximale hulp en begeleiding, niet thuis (of elders) kunnen blijven wonen. Een residentiële opname in de 3e lijns jeugdzorg is op dat moment noodzakelijk. Doel is om die voorwaarden te scheppen die de ontwikkeling weer veilig op gang kunnen brengen, zodat jeugdigen zo snel als mogelijk kunnen opgroeien op een vaste plek; thuis of in een vervangend thuis. Gemiddelde behandelduur 9 maanden.

Een deel van de cliënten heeft geen perspectief 'naar huis'. Wordt dan vaak langdurige plek. Soms zitten jongeren wel langer, omdat er nog geen vervolgplek beschikbaar is. Intermetzo heeft ook LVG.

UMCU: jeugdunit 12-18 jaar, kortdurend. Bij uitzondering 1 of 2 maanden. Doel is: diagnostiek, opstarten behandeling, bij voorkeur terug naar huis of vervolgbehandeling/opname elders realiseren op zo kort mogelijke termijn. Een enkeling blijft langer, zoals patiënten van Rintveld. Is ook vaak eetstoornis waar een minimaal gewicht gehaald moet worden. Doorstroming is in 2 verschillende situaties lastig:

1. als ze naar huis kunnen; het FACT-team en andere vormen van intensieve ambulante behandeling zoals onder andere DGT heeft dan vaak een wachttijd.
2. als ze naar gezinshuis, pleeggezin, of andere opname afdeling moeten; dat is niet zomaar beschikbaar.

Peter Deschamps: Geeft aan dat vanwege de problematiek en ook vaak de last-resort-functie die het UMCU heeft voor patiënten die al overal zijn geweest, het moeilijk is om aan het begin van het traject in het UMCU al te bepalen waarnaartoe uitstroming het best passend is.

(Dag)klinische opvang; 6-12 jaar. 6 tot 12 weken. Samenwerking met Redelschool. Individueel vervoer is in sommige gemeenten lastig.

De Hoop: 2 groepen. 13-18 jaar, 1. meervoudige problemen. 2. Dubbeldiagnostiek: verslaving en nog iets. De Hoop neemt bij opname direct contact op met sociaal team om de afschaling te bespreken. 12-14 weken behandeling. Vaak gaat behandeling ambulant door. Ambulant kan bij De Hoop binnen een week beginnen.

- Wat is nodig om de klinische jGGZ verder af te bouwen (of korter laten duren per traject)?

Zowel UMCU als De Hoop geeft aan dat hun trajecten al veel minder lang duren dan eerder. De Hoop ziet zelfs meer resultaat door korter op te nemen. Alle partijen geven aan dat vervolgzorg moeilijk of



Nieuwegein



Gemeente IJsselstein

Gemeente Vianen



pas over een aantal maanden te verkregen is, vooral als het om een residentiële plek gaat. Ook kampen alle sociaal teams met een capaciteitsprobleem.

Doordat opnames bij De Hoop en UMCU veel korter zijn geworden is er ook minder tijd om vervolgzorg te regelen.

Bosman geeft aan dat er af en toe wat misgaat in de afschaling omdat veel te laat het signaal wordt gegeven dat het kind ergens anders naartoe moet en dan moet het opeens nog diezelfde dag geregeld worden, wat natuurlijk onmogelijk is.

UMCU voegt nog een ander probleem toe. Niet bij uitstroom, maar bij de instroom: als de crisisdienst of (intensieve) ambulante behandeling bijv. niet goed of snel genoeg beschikbaar is, komen er meer cliënten bij UMCU op de SEH of acute opname afdeling, waarbij deze vorm van dure en intensieve zorg mogelijk voorkomen had kunnen worden.

UMCU: je kunt als gemeente niet willen dat kinderen op 1 plek blijven gedurende hun volledige behandeltraject, tegelijkertijd vragen dat zorgaanbieders zich specialiseren en beperken tot hun eigen specialisatie en voor de overige voor- en nazorg samenwerken met andere partijen. Samenwerking/afschaling houdt in dat kinderen moeten 'verhuizen'. Sociaal teams moeten de stabiele factor zijn en met de kinderen en ouders mee oplopen in het traject binnen de jGGZ bij de verschillende aanbieders.

Door een aantal aanbieders van zowel jeugdhulp als jeugd GGZ wordt 6-12 uur per week ambulante hulp geboden. Daar zijn meerdere producten voor. Het is niet helemaal duidelijk wat er binnen zo'n product gedaan wordt. Er is veel aanbod voor bijna dezelfde problemen. Kan wel weer verschillen in zwaarte. Er zou eigenlijk gekeken moeten worden wat de grootste gemene deler is van de problemen en daar een product op inzetten. Dus nu veel aanbod voor heel veel miniem verschillende problemen.

Johan van 't Veer: er is ook een verantwoordelijkheid van inkoop, om alles in te kopen dat nodig is. Peter vult aan: daar is ook soms een investering voor nodig.

Probleem kan zijn dat de aanbieders wordt verweten de markt te verdelen en prijsafspraken te maken. Wet Markt en Overheid. Nico geeft aan dat hij deze discussie graag aan wil gaan en intussen van aanbieders verwacht dat zij de beste zorg voor een cliënt leveren. Als dat inhoudt: samenwerken, dan is het nodig om samen te werken.

Aanbieders geven aan dat je vooraf nooit een goed beeld krijgt van wat er precies aan de hand is. Diagnostiek heeft vaak al ergens anders plaatsgevonden en er is misschien wel toegewerkt naar hoe er is ingekocht.

Nico vat samen: omdat je van te voren niet precies kunt inschatten wat nu het probleem van het kind is, moeten we de zorglogistiek veel beter regelen. De Hoop: behandelen kost het veel tijd om te overleggen met sociaal teams. UMCU heeft een paar voorbeelden van cases waar het contact met de sociaal teams heel goed is verlopen, maar ook een aantal voorbeelden waarbij het inschakelen van het buurtteam door capaciteitsproblemen lang op zich liet wachten en het organiseren van nazorg of vervoer daardoor vertraging opliep.

Kinabu gaat sluiten. Streven is om niet meer bovenregionaal in te kopen, maar dat er lokaal genoeg aanbod is in de gemeenten. Nico vertelt iets over scheiden van wonen en zorg in Nieuwegein.

jGGZ-cliënten kunnen minder goed in groepen worden behandeld. Ze hebben meer kleinschalige woonvormen nodig. Als er slechte hechting is, is een professioneel team nodig en geen gezinsvorm. Dat heeft te maken met de relatie die er altijd is in een gezinssetting.



Nieuwegein



Gemeente IJsselstein

Gemeente Vianen

Gemeente Houten



Nico vat samen: 1. We zijn nog niet met elkaar uitgepraat. Wij zetten de geeltjes in een schema en dat wordt het uitgangspunt om hier verder over te spreken. 2. Rondom de regievoering moeten we zorgen dat die goed van de grond komt, vooral als er meerdere aanbieders betrokken zijn bij de cliënt.

3. Erbij trekken van sociaal team i.p.v. verwijzen, waarom wel/niet. 4. Rond financiering bij doorverwijzen: niet stoppen en door een ander weer verder en ook in rekening brengen. De mogelijkheden van onderaannemerschap meer benutten.

Dr. Bosman: probleem met gezinnen waar ook Save is betrokken; wie pakt 'm nu op.

### 3. Tariefsopbouw 2018

- Korte verkenning opbouw tarieven 2018:
  - Voorkeur voor mengtarieven
  - Hoe houden we de totale kosten jGGZ binnen de perken (werkt een gemiddeld maximale prijs per cliënt?)
  - Welke voorstellen hebben aanbieders zelf?

Bovenstaande punten worden niet uitvoerig besproken. Afsproken wordt om een datumprikker uit te sturen voor een overlegtafel over uitsluitend de tarieven. Deze overlegtafel zou binnen nu en 2 weken moeten plaatsvinden. Amber Loth zal een uitnodiging sturen.

Vraag van Nico: hoe kunnen we nu dit omzetten naar zo weinig mogelijk tarieven. Laura Holdermans: mixprijs kan, maar niet voor alle aanbieders hetzelfde. Dat heeft te maken met (hoog)specialisatie. De plaats in de zorgketen bepaalt dan de prijs. Altrecht vindt het tarief 2017 te laag. Hanneke: we willen uit de pxq-discussie. Lekstroom en aanbieders moeten beiden tevreden zijn. Johan van 't Veer: hoe kan de regio de transformatie inzetten. Nico geeft aan dat dat ingezet wordt met bijvoorbeeld scheiden van wonen en zorg. Maar ook dat de onnodige kosten uit het systeem worden gehaald. Hiervoor moeten we bijvoorbeeld naar de zorglogistiek kijken.

Altrecht geeft aan dat ze niet toekomen aan vernieuwing, maar steeds maar weer met tarieven voor een volgend jaar druk zijn. Hanneke geeft aan dat dat niet de focus hoeft te zijn in Lekstroom, omdat de contracten tot 2019 lopen. Ze wil naar het Nijmeegse model: 10 jaar uitgetrokken om de jeugdzorg goed te regelen.

De aanbieders wordt gevraagd om goede ideeën van andere regio's naar Christie ([christie.mullie@houten.nl](mailto:christie.mullie@houten.nl)) te mailen.

De aanbieders geven aan dat alleen de hoogte van het tarief het onderwerp is. Hooguit moet er nog een categorie bij.