



Handreiking casusaanpak complexe casuïstiek wachttijden ggz

Deze handreiking is opgesteld naar aanleiding van het rapport:
Casusaanpak complexe casuïstiek wachttijden ggz (Arteria, 2019)

INLEIDING

Toelichting handreiking

Deze handreiking is geschreven voor regio's waar samenwerking rondom (complexe) casuïstiek in de opstartfase zit. De handreiking biedt handvatten en inspiratie om tot keuzes te komen voor regionale samenwerking. Zo wordt niet het symptoom 'wachttijden' bestreden, maar kan juist één van de oorzaken van wachttijden rondom complexe casuïstiek worden aangepakt. Deze handreiking geeft inzicht in de afwegingen die regio's maken om te komen tot een regionale samenwerking.

Aan de best practices zijn bouwstenen ontleend die in de verschillende fases van samenwerken vragen om een gezamenlijke invulling. De bouwstenen zijn onderdelen van de samenwerking die in veel best practices zijn terug te vinden. De bouwstenen zijn in een tijdslijnoverzicht gerangschikt in een volgorde die volgens Arteria het best passend is voor gestructureerde aanpak.

- In deze handreiking spreken we over een **best practice** wanneer een bepaalde manier van samenwerken bijdraagt aan het vinden van een oplossing voor (te) lange wachttijd bij complexe casuïstiek.
- We spreken van **complexe casuïstiek** wanneer de casus samenwerking vereist tussen meerdere partijen, de zorgvraag zich voor doet binnen de ggz én aanpalende sectoren, de complexiteit van de casus op inhoud én beschikbaarheid van zorg zit en de casus maatwerk vereist om tot een oplossing te komen.

Achtergrond onderliggende onderzoek

Arteria Consulting haalde in opdracht van de Stuurgroep 'Wachttijden in de ggz' in zes regio's best practices op¹ over samenwerking rondom complexe casuïstiek in de ggz. Deze best practices kunnen bijdragen aan het verkorten van de wachttijden voor deze zorg door ze te verspreiden onder andere regio's die hier behoefte aan hebben.

Op basis van de zes best practices zijn vier algemene conclusies te trekken. Deze geven context aan de bouwstenen van deze handreiking.



Er is geen blauwdruk te maken voor een werkende regionale samenwerkingsvorm. Het vraagstuk, de onderlinge verhoudingen en de beoogde resultaten zijn van grote invloed op de te kiezen insteek.



Succesvolle regionale samenwerkingen hebben **niet of nauwelijks afspraken over regie en doorzettingsmacht**. Harde afspraken werken belemmerend en men gaat zich erachter verschuilen.



Complexe casuïstiek betekent veelal samenwerken met aanpalende sectoren. Bij veel best practices kwam het initiatief vanuit het sociaal domein. Er kan **dus veel geleerd worden van andere sectoren**.



'Begin gewoon en stuur na verloop bij'; het meest gehoorde advies tijdens de interviews. Spandeer niet teveel tijd aan het uitdenken van wat zou kunnen werken, maar ga van start, evalueer en schaaft bij.



BOUWPAKKET REGIONALE CASUSAANPAK

Een overzicht in tijd en overwegingen hoe te komen tot regionale afspraken voor samenwerking rondom complexe casuïstiek in de ggz

TIJDSLIJNOVERZICHT

Achtergrond bouwpakket

Er zijn grote verschillen tussen regio's. Dit heeft zijn weerslag op de organisatie van de ggz en ook de knelpunten in de wachttijden. Er is geen uniforme oplossing te vinden. Ook de onderzochte best practices hebben verschillende keuzes gemaakt voor het vormgeven van de samenwerking. Daarom is er niet één blauwdruk uitgewerkt, maar een tijdslijnoverzicht, opgebouwd uit bouwstenen. Dit overzicht noemen we dan ook het 'bouwpakket'.

De bouwstenen (zie hiernaast) worden in de volgende sheets kort omschreven, waarna ze per fase verder worden toegelicht. Deze toelichting is aangevuld met de afwegingen die er binnen de verschillende best practices zijn gemaakt rondom een bouwsteen.

De keuze voor een samenwerkingsvorm hangt af van het doel, de aard van de doelgroep en de hoeveelheid deelnemers. In het tijdslijnoverzicht is ook een expliciet keuzemoment voor de samenwerkingsvorm opgenomen. Vanaf pagina 15 staan alle onderzochte best practices uitgeschreven.

Het bouwpakket geeft regio's de mogelijkheid om een samenwerking op te starten (**begin gewoon**) en op gezette momenten bij te sturen (**en stuur na verloop bij**).

Bouwstenen



GEDEELDE MISSIE



MANDAAT



KENNEN EN GEKEND WORDEN



INFORMELE VERBANDEN



CONCRETE CASES



BLIK VOORUIT



TIJDSINVESTERING



VASTLEGGEN AFSPRAKEN



BUITEN EIGEN KADERS



VOORZITTERSCHAP



CASUSVOORBEREIDING



PATIËNTBETROKKENHEID



OVERLEGMOMENTEN



PRIVACYWETGEVING



TRANSITIE NA PILOT



INZICHT IN FINANCIERING



GEGEVENSUITWISSELING

LEGENDA BOUWSTENEN (1/2)

**GEDEELDE MISSIE**

Een gedeelde, gezamenlijke missie over samenwerking in de regio is een belangrijk startpunt om commitment op te halen bij alle partijen.

**TIJDSINVESTERING**

Bij de start van de samenwerking moet worden stilgestaan bij de tijdsinvestering die per organisatie wordt gevraagd op verschillende niveaus. Het vraagt tijd om elkaar weten te leren vinden en een goed proces te doorlopen.

**BLIK VOORUIT**

Eerdere gebeurtenissen waar partijen elkaar niet vonden en waardoor wantrouwen heerst worden opzij geschoven voor een gezamenlijke blik vooruit. Dit geldt voor regionale geschillen, maar zeker ook op casusniveau.

**MANDAAT**

Afgevaardigden van organisaties moeten voldoende mandaat hebben om in de samenwerking keuzes en toezeggingen te maken uit naam van hun eigen organisatie

**BUITEN EIGEN KADERS**

Samenwerken vraagt soms om het overbruggen van gestelde grensgebieden. Alle partijen dienen hier in de samenwerking voor open te staan. Dit vraagt ook een bepaalde durf/leef van de betrokken professionals.

**VOORZITTERSCHAP**

Voor overleggen binnen de samenwerking kan het voorzitterschap rouleren tussen partijen, er kan een vaste voorzitter zijn of een derde partij worden aangesteld.

**AANTAL CASES**

Keuze om overleg op één casus te richten, of meerdere casussen. Dit hangt samen met de keuze voor groep die aan tafel gaat zitten (vaste groep, of afgestemd op cases)

**PRIVACYWETGEVING**

Het maken van goede afspraken over delen van patiëntgegevens voorkomt vervelende of onduidelijke situaties. Deelnemers aan de samenwerking spreken commitment uit om naar de gemaakte afspraken te handelen.

**PATIËNTBETROKKENHEID**

Casuïstiek-overleggen kunnen met- en zonder de aanwezigheid van patiënten plaatsvinden. Dit hangt onder andere af van de gekozen insteek van de samenwerking, type professionals dat aansluit, de doelgroep en overlegstructuur.

LEGENDA BOUWSTENEN (2/2)



CASUSVOORBEREIDING

Afhankelijk van het soort samenwerking en frequentie van overleggen, kunnen ingebrachte casussen uitgebreid voorbereid en gedeeld worden, of ter plekke worden toegelicht.



OVERLEGMOMENTEN

Overlegmomenten kunnen op vaste momenten plaatsvinden met een vaste groep deelnemers, of betrokken partijen kunnen op afroep bijeen geroepen worden wanneer een casus hier aanleiding toe geeft.



VASTLEGGEN AFSPRAKEN

Voor het vastleggen van bepaalde afspraken moet worden afgewogen voor welke vaste werkafspraken dit nodig is en op welke momenten er juist maatwerk per casus nodig is om tot oplossingen te komen.



GEGEVENSUITWISSELING

Om samenwerken te vereenvoudigen kan gekozen worden om te zoeken naar manieren voor uitwisseling van gegevens. Een voorbeeld is een gezamenlijk platform waarop informatie (veilig) gedeeld en vastgelegd kan worden.



KENNEN & GEKEND WORDEN

Organisaties in de samenwerking zijn op de hoogte van elkaars aanbod en expertise. Zo kan sneller worden geschakeld en zorg juist worden op- en afgeschaald. Dit vraagt om het delen en ophalen van mogelijkheden in zorgaanbod.



INZICHT IN FINANCIERING

Samenwerking rondom complexe casuïstiek vraagt afstemming over financieringsvormen heen. Onbekendheid maakt samenwerking lastig, dus kennisdeling is vereist.



TRANSITIE NA PILOT

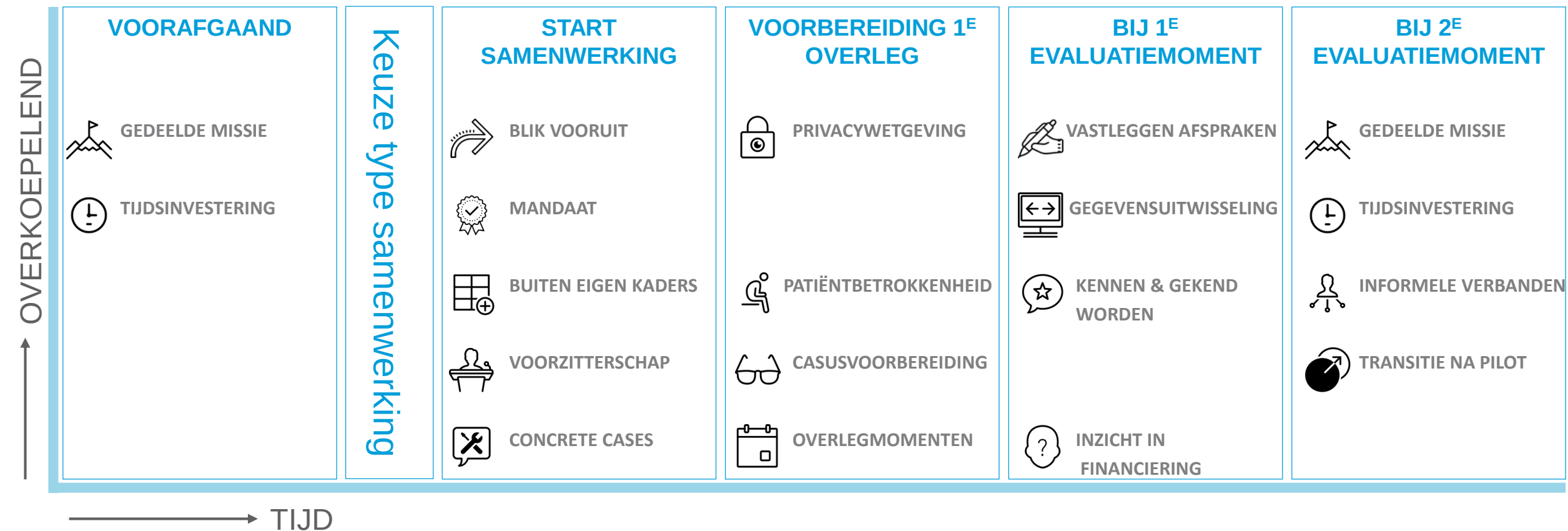
Over de financiering van de samenwerking (investering in tijd, extra taken) dienen goede afspraken te worden gemaakt die een blijvend karakter hebben.



INFORMELE VERBANDEN

Dit zijn contactmomenten die plaatsvinden buiten vastgestelde overlegmomenten en kaders van de samenwerkingsovereenkomst als resultaat van het elkaar leren kennen door samenwerking op gebied van complexe casuïstiek.

BOUWPAKKET UITGEZET IN DE TIJD EN IN MATE VAN CONCREETHEID (VAN OVERKOEPELEND TOT WERKVLOER)



VOORAFGAAND

Gedeelde missie

Het doel van deze fase is het bepalen rondom welke knelpunten in de regio een gedeelde noodzaak tot samenwerken gevoeld wordt. Immers, met één samenwerkingsvorm kan niet dé wachttijdproblematiek in dé regio worden opgelost. Hiervoor kan de regio bijvoorbeeld de door KPMG opgestelde knelpuntanalyse voor de regio gebruiken.



Bij de opgehaalde best practices is het gezamenlijke doel vastgelegd. De urgentie en intentie om samen op te trekken in de regio is beschreven, veelal vanuit het oogpunt van de cliënt en diens zorgbehoefte. Een gezamenlijk beeld over samen leren en verbeteren zorgt voor meer energie, onder andere voor de medewerkers die de samenwerking vormgeven. Vanuit daar kan een gedeelde missie worden opgesteld: *wat willen we bereiken in de regio, voor welke doelgroep¹ op welke termijn?*

Het is belangrijk te bepalen hoe breed de samenwerking wordt opgezet. De keuze kan worden gemaakt op basis van de reikwijdte van betrokken financiers, verwijzers en zorginstellingen. Het betrekken van in ieder geval het sociaal domein, een zorgverzekeraar en zorgaanbieders die de doelgroep bedienen is cruciaal.

Om partijen te laten samenwerken is een sessie voor het uitspreken van ieder zijn behoeften een goede eerste stap. Dit gebeurt veelal op bestuurlijk niveau. Een onafhankelijke gespreksleider kan zorgen dat een dergelijke bijeenkomst constructief verloopt.

Tijdsinvestering



De druk op het verkorten van de wachttijden is groot. Gezocht wordt naar oplossingen die op de korte termijn resultaat geven. Echter geven alle partijen uit de best practices aan dat het proces wat zij doorlopen hebben om met elkaar tot afspraken te komen, tijd en aandacht vraagt op alle niveaus van de organisatie.

Hiervoor is het goed om met elkaar te bepalen wie op welk niveau in de organisatie mee doet en tijd investeert om de gedeelde missie te behalen. Ook wanneer de samenwerking goed verloopt, vraagt het onderhoud van relaties om een continue investering. Het inplannen van evaluatiemomenten om hier samen bij stil te staan is belangrijk.

Afwegingen in deze fase

- Wie zet de eerste stap tot samenwerken?
- Welke partijen worden uitgenodigd voor een eerste inventarisatie van behoeften in de regio?
- Welke partijen zijn trekker in het opstellen van een gezamenlijk doel?
- Op welk niveau in de organisaties vragen we commitment?
- Welke tijdsinvestering vragen we partijen te doen?

KEUZE VOOR SAMENWERKINGSVORM

Opgehaalde samenwerkingsvormen

Wanneer een regio besluit een samenwerking aan te gaan, dient nagedacht te worden over de vorm, hier zijn verschillende mogelijkheden voor. De zes best practices hebben veelal een overlegstructuur opgezet, zij het met een andere opzet. Hieronder staan de verschillende vormen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen, die als inspiratie kunnen dienen. De samenwerkingsvormen zijn vanaf sheet 15 uitgebreid beschreven.

In de best practices kwamen de volgende samenwerkingsvormen aan bod:

- Maandelijks casuïstiekoverleg specifieke doelgroep ([FCON sheet 18-20](#))
- Consultatie onafhankelijke partij bij vastgelopen casuïstiek ([Zorgconsul 21-23](#))
- Vaste opschaalafspraken met centrale consultatie ([AVE sheet 24-26](#))
- Casuïstiek overleg op aanvraag ([Tien in Twente sheet 27-29](#))
- Consultatieplatform verwijzer/aanbieder ([123psychiatrie sheet 30-32](#))
- Multidisciplinair Team voor specifieke doelgroep ([gebiedsteam Utrecht sheet 33-35](#))

De samenwerkingsvorm is de basis voor het maken van verdere afspraken en dient voor de aftrap duidelijk te zijn. Uiteraard is het mogelijk om de vorm aan te passen gedurende de samenwerking. Dit is in meerdere best practices ook gebeurd (bijvoorbeeld een breed regionaal overleg in de opstart, dat meer wordt toegespitst op casuïstiek wanneer de rolverdeling zich uitkristalliseert).

Verdere stappen

Omdat de meeste samenwerkingsvormen een overlegcomponent bevatten, is in de uitwerking van deze handreiking gekozen om de bouwstenen hierop toe te spitsen.

Mochten er in de handleiding bouwstenen of afwegingen zijn waarover u geen beslissing kunt maken, is het mogelijk contact met ons op te nemen. Zie sheet 14 voor onze contactgegevens. Mogelijk kunnen wij u met de juiste personen in contact brengen.

Afwegingen in deze fase

- Welke samenwerkingsvorm past het beste bij onze regio?
- Met welke regelmaat komen we samen?
- Met welke regelmaat evalueren we de voortgang?
- Is het nodig om verdere informatie in te winnen?

START

Keuzes binnen eigen organisatie

Om de opstart van de samenwerking goed te laten verlopen moeten er tussen de samenwerkingspartijen een aantal afspraken zijn gemaakt. Het doel van deze fase is om voor aanvang van de eerste bijeenkomsten een duidelijke inrichting gekozen te hebben.



Een aantal best practices zijn voortgekomen uit een crisissituatie. Hier is met de gezamenlijke opvatting: 'Dit nooit meer' een start gemaakt met samenwerken. Andere best practices zijn gestart vanuit een gezamenlijke behoefte aan een regionale aanpak waarin het belang van de cliënt en diens zorgbehoefte leidend waren. In beide gevallen is het belangrijk elkaar gebeurtenissen uit het verleden (op regio én op casusniveau) niet te verwijten, maar gezamenlijk de blik vooruit te richten: wat is nú het beste voor deze patiënt met deze zorgvraag?



In de meeste best practices werd mandaat als randvoorwaarde genoemd voor een constructief overleg. Afgevaardigden van organisaties moeten voldoende mandaat hebben om keuzes te maken en toezeggingen over bijvoorbeeld het overnemen van een behandeling te doen. Soms moet hierbij buiten de eigen kaders worden gedacht, om te komen tot constructieve oplossingen. Dit vraagt een bepaalde durf/lef van de betrokken professionals.



Gezamenlijke keuzes

Onafhankelijk voorzitterschap: Partijen stellen een derde partij aan als onafhankelijke voorzitter. Een onafhankelijke voorzitter heeft geen belang of gewin binnen de samenwerking. Dit type voorzitter past in netwerken waar het vertrouwen nog groeiende is.

Vast voorzitterschap: Partijen wijzen gezamenlijk een voorzitter uit hun midden aan voor een bepaalde periode. Dit voorzitterschap kan bij samenwerkingen in teamverband voor duidelijke aansturing zorgen.

Roulerend voorzitterschap: Het voorzitterschap rouleert tussen de partijen, alle partijen delen de verantwoordelijkheid voor de opzet en voortgang. Dit zorgt voor een gelijkwaardige rolverdeling, maar zet druk op de continuïteit.



De precieze invulling van bijeenkomsten moet ook worden bepaald. Best practices startten vaak met een groot regionaal overleg, waarin men elkaar leert kennen. Na verloop van tijd ontstonden afgeslankte overlegvormen.

Afwegingen in deze fase

- Welk mandaat is nodig om tot beslissingen te komen?
- Hoeveel vrijheid krijgen medewerkers voor het uitvoeren van taken?
- Welk type voorzitterschap heeft onze voorkeur?
- Met welke opzet van overleg wordt gestart?

VOORBEREIDING 1^E OVERLEG

Vormgeving



Deze fase zorgt voor een effectief overleg, waarbij verwachtingen helder zijn. De daadwerkelijke vormgeving van de samenwerking op casusniveau vindt veelal op de werkvloer plaats. Belangrijk hierbij is om afspraken te maken over het delen van patiëntgegevens. Dit voorkomt vervelende of onduidelijke situaties. Deelnemers aan de samenwerking spreken commitment uit om naar de gemaakte afspraken te handelen. Toestemming vragen aan de client, of anonieme consultatie zijn voorbeelden van oplossingen hiervoor.



Een andere oplossing is een overleg opzetten waar de patiënt zelf bij aansluit. Volgens een aantal best practices moet samenwerking altijd vanuit het perspectief van de patiënt meerwaarde bieden. De beste manier om dit te bewerkstelligen is door de patiënt aan te laten sluiten bij het overleg. Anderen vinden dat samenwerken de kwaliteit van zorg voor patiënten moet verbeteren en ze daarom juist niks moeten merken van alle lastige zaken die 'aan de achterkant' van zorgverlening komen kijken om afgestemde zorg te bieden.



Wanneer overleggen gericht zijn op het bespreken en oplossen van een specifieke casus, vraagt dit grondige voorbereiding. Vooraf kan informatie worden gedeeld en bepaald worden welke zaken op de agenda staan. Een andere optie is bij elkaar komen, ongeacht of er casuïstiek te bespreken is, en algemene belemmeringen te bespreken.

Planning overleggen



Overlegmomenten kunnen op vaste momenten plaatsvinden, of kunnen op afroep wanneer een casus hier aanleiding toe geeft. Een vast moment van overleg zorgt volgens een aantal best practices voor een continuïteit in samenwerking en commitment. Andere partijen zien juist het gevaar voor afhaken, doordat niet alle partijen in alle overleggen nodig zijn

N.B. dit staat los van de veelal geboden mogelijkheid tot (anonieme) één-op-één consultatie tussen partijen onderling.

Afwegingen in deze fase

- Hoe delen we belangrijke informatie met elkaar?
- Vinden er overleggen met of zonder patiënt plaats?
- Is de samenwerking gericht op het bespreken van concrete casuïstiek of worden hier algemene belemmeringen (anoniem) besproken?
- Worden er vaste momenten ingepland, of worden overleggen gekoppeld aan vastgelopen casuïstiek?

BIJ 1^E EVALUATIEMOMENT

Gaan we samen door?



Werkafspraken zijn veelal *tijdens* de samenwerkingsperiode ontstaan. Met de keuze om gewoon te starten, worden werkafspraken gemaakt over punten waar in het proces tegenaan werd gelopen. Bij de eerste evaluatie is het goed om na te gaan welke afspraken er zijn en welke daarvan mogelijk om formele vastlegging vragen. Een evaluatiemoment wordt bij voorkeur bij aanvang van de samenwerking gepland (timing is afhankelijk van de duur van de samenwerking, maar gebeurt bij voorkeur op korte termijn (na bijvoorbeeld drie bijeenkomsten)).

Het doel van evalueren is om gericht stil te staan bij de vorderingen die gemaakt worden in de samenwerking. Mogelijk is het nodig de samenwerking anders vorm te geven, of het doel bij te stellen. Dit geldt beide kanten op: samenwerkingsvormen kunnen succesvoller of minder succesvol zijn dan gedacht.



Daarnaast kan, bij een positieve evaluatie, gekeken worden of het nodig is om het uitwisselen van gegevens eenvoudiger te maken. Investeren in gegevensuitwisseling maakt de samenwerking beter werkbaar op de lange termijn. Voorbeelden hiervan uit de best practices zijn een gezamenlijk ICT-platform, of gezamenlijke formats voor patiëntenformulieren.

Kennen van samenwerkingspartners



Elkaar kennen is belangrijk in alle lagen van de samenwerking, zowel op directie, als op uitvoerend niveau. Dit is volgens alle best practices de kern van de samenwerking. Tijdens de evaluatie moet bekeken worden of dit voldoende geborgd is en of dit mogelijk uitgebouwd kan worden naar andere delen van de organisaties.



Daarbij is continu inzicht in elkaars zorgaanbod (en financiering) noodzakelijk. Dit maakt dat zorgaanbod op elkaar aansluit.

Afwegingen in deze fase

- Wordt de samenwerking voortgezet?
 - Dient er te worden bijgestuurd of is huidige vorm akkoord?
- Is het nodig om met elkaar bepaalde afspraken vast te leggen voor vervolg?
- Is het nodig om het delen van informatie gezamenlijk op te pakken?
 - Zo ja, welke mogelijkheden zijn hiervoor?
- Kunnen we elkaar goed genoeg vinden op alle lagen in de organisatie?
- Hebben we voldoende inzicht in elkaars zorgaanbod?
 - Zo nee, hoe kunnen we dit faciliteren?
 - Zo ja, hoe kunnen we dit optimaal gebruiken?

BIJ 2^E EVALUATIEMOMENT

Toekomstperspectief



Het is goed om de gezamenlijke missie te evalueren en stil te staan of deze nog voldoende aansluit bij het huidige tijdbeeld, ongeacht of de samenwerking goed verloopt. Daarbij is het ook belangrijk blijvend te investeren in het kennen van elkaar. Door veranderingen in zorgaanbod, regelgeving personeelssamenstelling etc. de ontstane samenwerkingslijnen niet altijd hetzelfde blijven. Mogelijk is aanpassing van de tijdsinvestering nodig door veranderingen in de praktijk.



Het ophalen van voorbeelden uit de dagelijkse praktijk die beter gaan sinds de samenwerking kan inzicht geven in de meerwaarde van de samenwerking. Dit leereffect kan mogelijk ook input zijn voor de methodiek om andere regionale knelpunten aan te pakken. De gezamenlijke missie kan dan worden uitgebreid of aangepast.



In de best practices zorgt het kennen van elkaars organisatie voor andere (informele) samenwerkingen, buiten het formele samenwerkingsverband om. Dit zorgt voor meer eenvoudige afstemming en overdracht naar aanpalende casuïstiek. Daarbij was er soms zelf te weinig casuïstiek om nog in de overleggen te bespreken, omdat alles al onderling werd opgelost. Het aanpassen c.q. uitbreiden van de gezamenlijke missie kan dan nieuw elan brengen.



Continuering

Veel samenwerkingen zijn voor een bepaalde periode opgezet; een pilot. Wanneer de samenwerking succesvol blijkt en gecontinueerd wordt, is het belangrijk met elkaar een vaste vorm te vinden voor de samenwerking. Hierbij moet wederom bekeken worden naar ieders tijdsinvestering, missie en opties voor financiering. Om continuering te waarborgen is het belangrijk dit tweede evaluatiemoment niet pas aan het eind van de samenwerking in te plannen, maar juist ruim voor afronding. Zo kan voorkomen worden dat de samenwerking stopt.

Afwegingen in deze fase

- Wanneer is een goed moment om een evaluatie in te plannen?
- Wie moeten er aansluiten bij deze evaluatie?
- Hoe vindt er borging plaats van de (in)formele samenwerkingen?
- Willen we de samenwerking continueren?
 - Zo ja, welke inhoudelijke overwegingen zijn er?
 - Welke financiële overwegingen zijn er?

AFSLUITEND

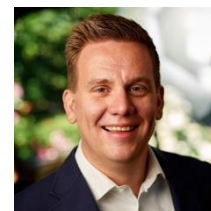
En nu?

Met dit 'bouwpakket' hebben we inzicht verschaft in de verschillende afwegingen die regio's voor samenwerking rondom complexe casuïstiek hebben gemaakt.

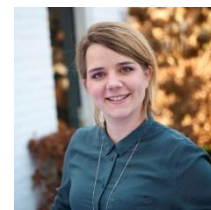
Regio's die in de startfase van de regionale samenwerking op het gebied van casusaanpak staan, kunnen hun voordeel doen met dit bouwpakket. Aan de hand van de bouwstenen en de tijdlijn kan stap voor stap een regionale samenwerking worden opgebouwd.

Mocht u naar aanleiding van deze handreiking vragen hebben, of behoefte om te sparren over de mogelijkheden voor uw regio, neem gerust contact op. Wij denken graag met u mee!

Contact over deze handreiking



Emile Petiet
06 2315 2915
emile.petiet@arteriaconsulting.nl



Lisanne Puijk
06 2064 0320
lisanne.puijk@arteriaconsulting.nl

Contact over deze opdrachtverstrekking / Regionale taskforces



info@wegvandewachtlijst.nl



BEST PRACTICES

Zes Best Practices uitgewerkt in framework

Verbindt in de zorg.



BEST PRACTICES

Uitwerking

Het 'bouwpakket' is samengesteld op basis van zes best practices die in verschillende regio's in Nederland zijn opgehaald. Hiervoor zijn gesprekken gevoerd met betrokken partijen.

In deze gesprekken is stilgestaan bij cruciale factoren die de best practice mogelijk maken, maar ook bij belemmeringen.

De best practices zijn verwerkt in frameworks die zijn toegevoegd aan deze handreiking en in de volgende sheets worden weergegeven. Deze sheets bieden achtergrond informatie voor het bouwpakket en als voorbeeld ter inspiratie voor de mogelijkheden om een samenwerking in de regio op te starten.

Iedere best practice staat in twee sheets beschreven:

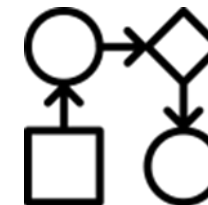
- Algemene beschrijving van de samenwerking
- Uitwerking in framework.

Achtergrond handreiking

Voor het in kaart brengen van best practices en de daaropvolgende analyse is een framework opgesteld. Het framework bestaat uit een matrix met drie fasen en de drie niveaus (zie hieronder).

De lichtblauwe vlakken in de matrix (zie volgende pagina) geven het feitelijk te doorlopen proces van regionale samenwerking bij casusaanpak complexe casuïstiek. De grijze vlakken geven de ondersteunende structuren en processen weer om samenwerking succesvol te laten zijn.

FASEN		SIGNALEREN: Fase van constateren van de psychische zorgvraag tot aan het aanmelden bij een ggz-aanbieder.
		MELDEN: Van identificeren van complexe casuïstiek op de wachtlijst tot aan het aanhangig maken in regionaal verband.
		OPLOSSEN: Gezamenlijk oplossen van complexe casuïstiek aan de hand van een helder en effectief regionaal afsprakenstelsel.
NIVEAUS		MENS: Individuele verbanden tussen mensen, zowel tussen patiënt en behandelaar als tussen zorgprofessionals onderling.
		STRUCTUUR: Het geheel van (in)formele samenwerkingsafspraken in de regio.
		PROCES: De manier waarop verschillende onderdelen binnen de ggz vormgegeven zijn en door patiënten worden doorlopen.



1. Professionals signaleren complexe casuïstiek

Wat is er aan interne structuur nodig om het samenwerkingsverband te laten slagen?

Welke stappen zijn er vereist in de voorbereiding van de casusbespreking?



Welke informele, individuele samenwerkingen ontstaan er buiten de reguliere structuur om?

2. Casuïstiek wordt in regionale structuur besproken

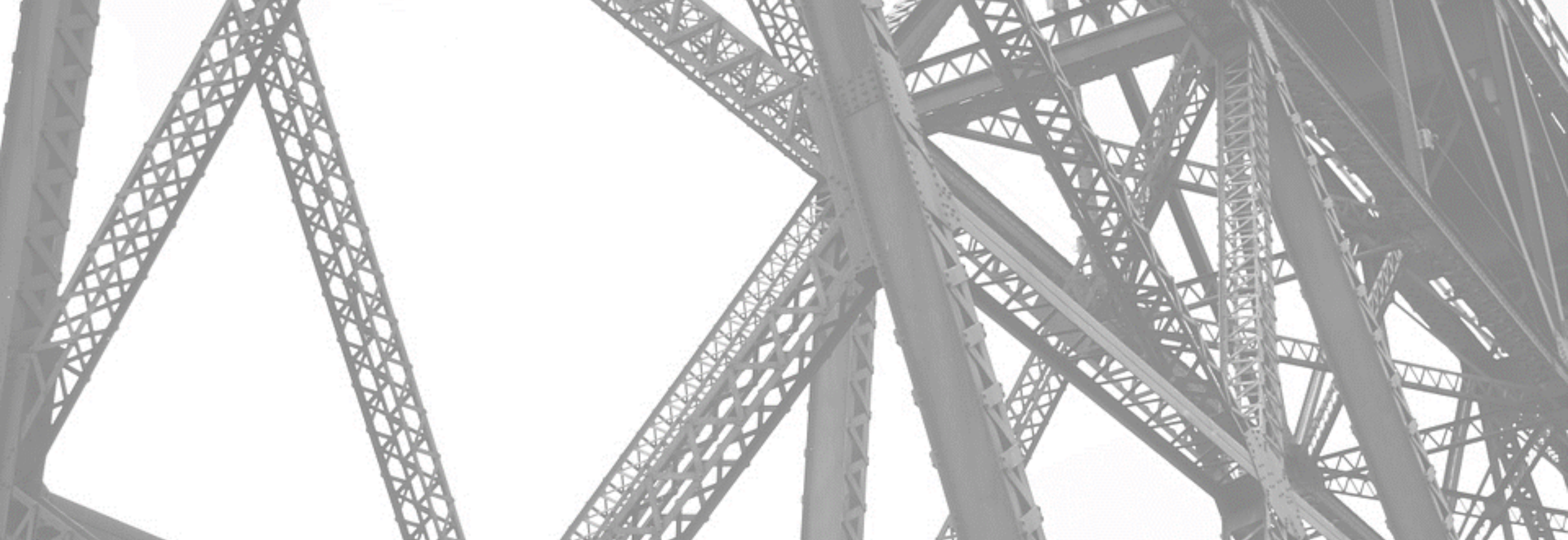
Hoe wordt het proces vormgegeven op basis van de regionale structuur?



Wat moet er op individueel niveau gebeuren om tot een oplossing te komen op basis van de inhoudelijke procesafspraken?

Wat moet aan structuur worden geboden om tot een oplossing te komen op basis van de inhoudelijke procesafspraken?

3. Aan de hand van (proces)afspraken worden individuele cases opgelost



Arteriaconsulting.

Forensisch Circuit Oost Nederland (FCON) uitgewerkt in het framework complexe casuïstiek



KORTE OMSCHRIJVING VAN FORENSICH CIRCUIT OOST NEDERLAND (FCON)

Wie zijn betrokken?

Transfore, GGNet, Tactus, RIBW Overijssel, PPC Zwolle, Trajectum, Dimence, Mediant en de reclassering vormen samen Forensisch Circuit Oost Nederland (FCON). Alle partijen zijn sinds de start in 2015 betrokken bij FCON. De intensieve samenwerking met de overzichtelijke hoeveelheid deelnemers wordt sterk gewaardeerd. Er is vooralsnog geen behoefte aan uitbreiding van het aantal deelnemers.

Korte omschrijving van de best practice

Binnen FCON worden iedere maand 4 à 5 patiënten met complexe casuïstiek besproken. Bij dit overleg zitten deskundigen vanuit alle aangesloten organisaties aan tafel. Zij hebben (gedelegeerd) mandaat om bijvoorbeeld patiënten over te nemen van andere zorgaanbieders. Door bijvoorbeeld tijdelijke overname van behandeling of doorstroom bieden zij moeilijk te plaatsen patiënten de juiste zorg op het juiste moment. Aan FCON ligt een intentieverklaring ten grondslag, waarin staat dat alle partijen streven naar continuïteit van zorg. Er zijn geen formele, harde afspraken gemaakt. Ook is er geen doorzettingsmacht of escalatiemodel ontwikkeld en/of vastgelegd. De basisprincipes van samenwerking zijn betrouwbaarheid, transparantie en flexibiliteit.

Wat zijn de cruciale factoren voor het slagen van deze aanpak?

- Denken in mogelijkheden
- Vooruit kijken en plannen
- Betrouwbaar en transparant zijn in de samenwerking
- Elkaars expertise erkennen en benadrukken
- Gezamenlijk belang benadrukken
- Met mandaat aan tafel zitten
- Goede, heldere casusomschrijvingen

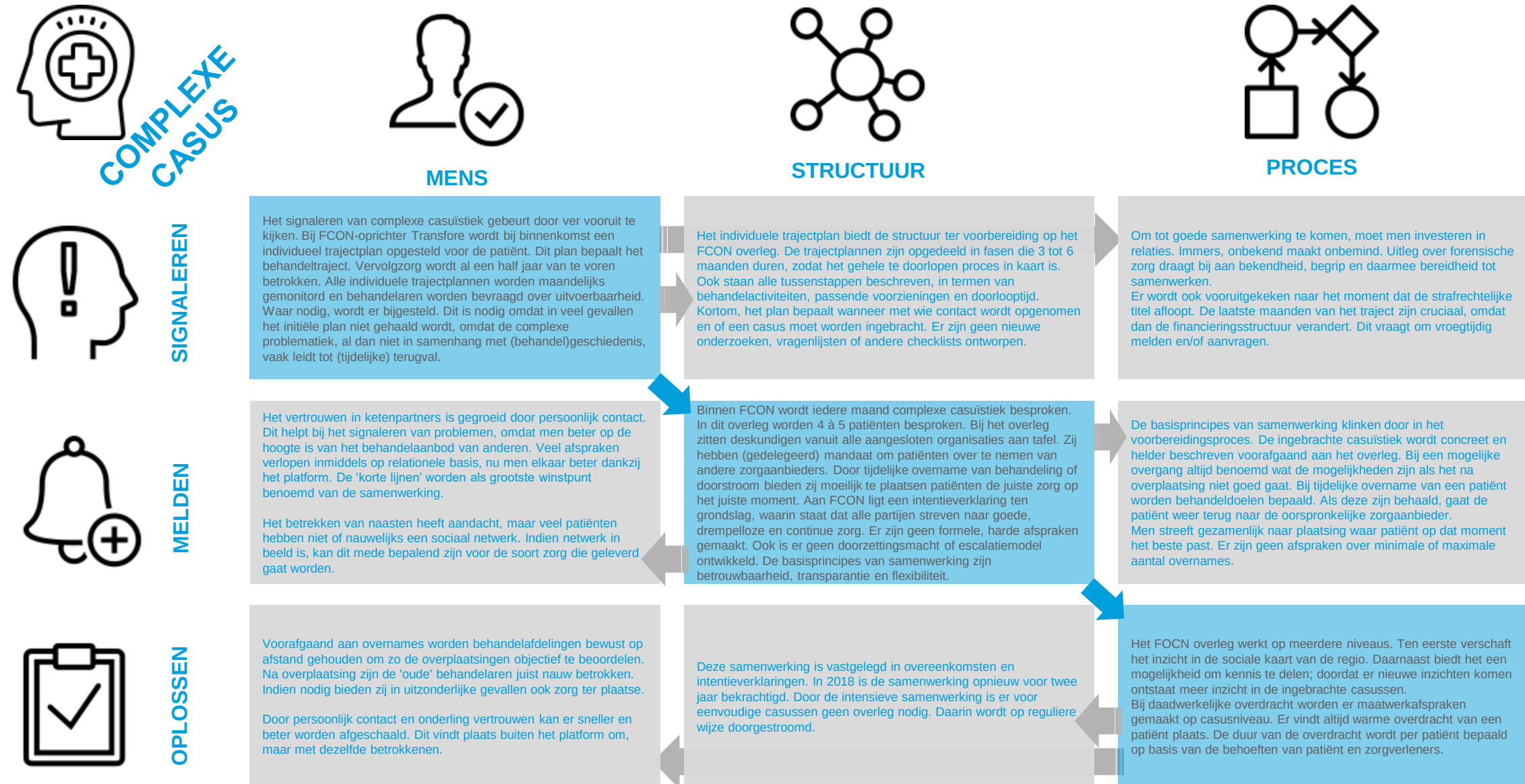
Zijn er specifieke (regionale) voorzieningen van belang voor deze aanpak?

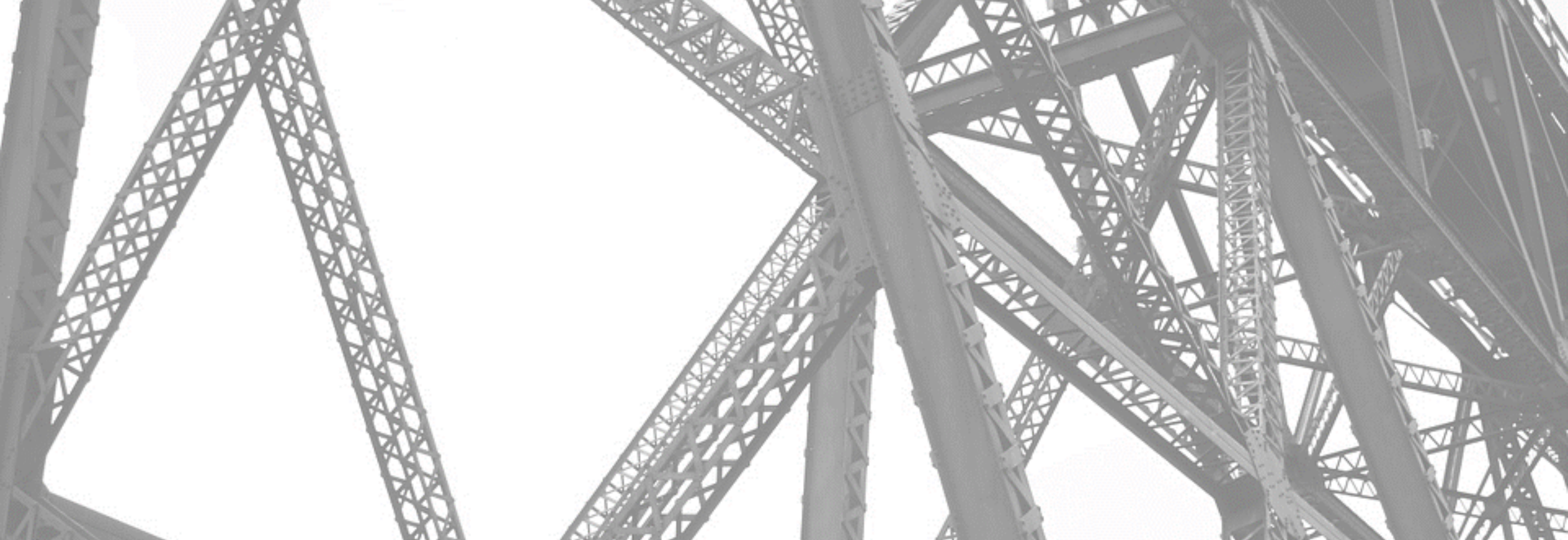
Alle voorzieningen waar forensische patiënten mogelijk gebruik van maken, zijn aanwezig in de regio en vertegenwoordigd binnen FCON.

Wel wordt er melding gemaakt van een regionaal capaciteitsprobleem, met name ten aanzien van beveiligde bedden. Hierdoor ontstaat soms een mismatch tussen beschikbaarheid en wat binnen het behandeltraject vereist is om escalatie c.q. incidenten te voorkomen.

Zijn er belemmeringen en / of verbeterpunten benoemd voor deze aanpak?

- Het overnemen van indicaties na afloop van de strafrechtelijke titel blijft een aandachtspunt, met name voor beschermd wonen vanuit de WMO. Ook verschillende financieringsvormen maken warme overdracht en/of overnemen van patiënten ingewikkeld.
- Daarnaast speelt de grote druk op de 'voorkeur', zowel bij forensische als specialistische ggz een belemmerende rol.
- Inhoudelijk geldt hoe complexer de comorbiditeit, hoe moeilijker de samenwerking tot stand komt. Met name dubbele diagnose (psychiatrie en verslaving) en (L)VB zijn complicerende factoren.
- De continuïteit van de samenwerking komt in gevaar indien de overleggen niet goed gecoördineerd worden (agendasetting, uitnodigen, door laten gaan, etc.). Indien de casusbespreking vaak wordt afgezegd, verzwakt dit de korte lijnen tussen partijen.





Arteriaconsulting.

Zorgconsul Rotterdam uitgewerkt in het framework complexe casuïstiek



KORTE OMSCHRIJVING VAN DE ZORGCONSUL ROTTERDAM

Korte omschrijving van de best practice

In Rotterdam helpt een gemeentelijke instantie (Zorgconsul) mensen met complexe zorg- en hulpvragen die te lang moeten wachten op passend aanbod. De Zorgconsul grijpt in als organisaties naar elkaar verwijzen, maar de hulpvraag niet wordt opgelost. De Zorgconsul brengt betrokken partijen samen en probeert in het belang van de patiënt beslissingen te forceren en diegene alsnog snel geplaatst krijgen (passende zorg en hulp). De Zorgconsul werkt breed; van jeugd tot volwassenen en van WMO tot ggz.

Wat zijn de cruciale factoren voor het slagen van deze aanpak?

De Zorgconsul moet iemand zijn:

- met probleemoplossend vermogen en gezag (*expertise*);
- met veel kennis over de organisatie van zorg (*kennis, objectief*);
- die de lokale en regionale zorg- en hulporganisaties in de gemeente en/of regio goed kent (*netwerk, zichtbaar*);
- die het belang van samenwerken benadrukt, vooruitkijkt, niet veroordeelt (*verbindend*);
- Benaderbaar is (*laagdrempelig*)

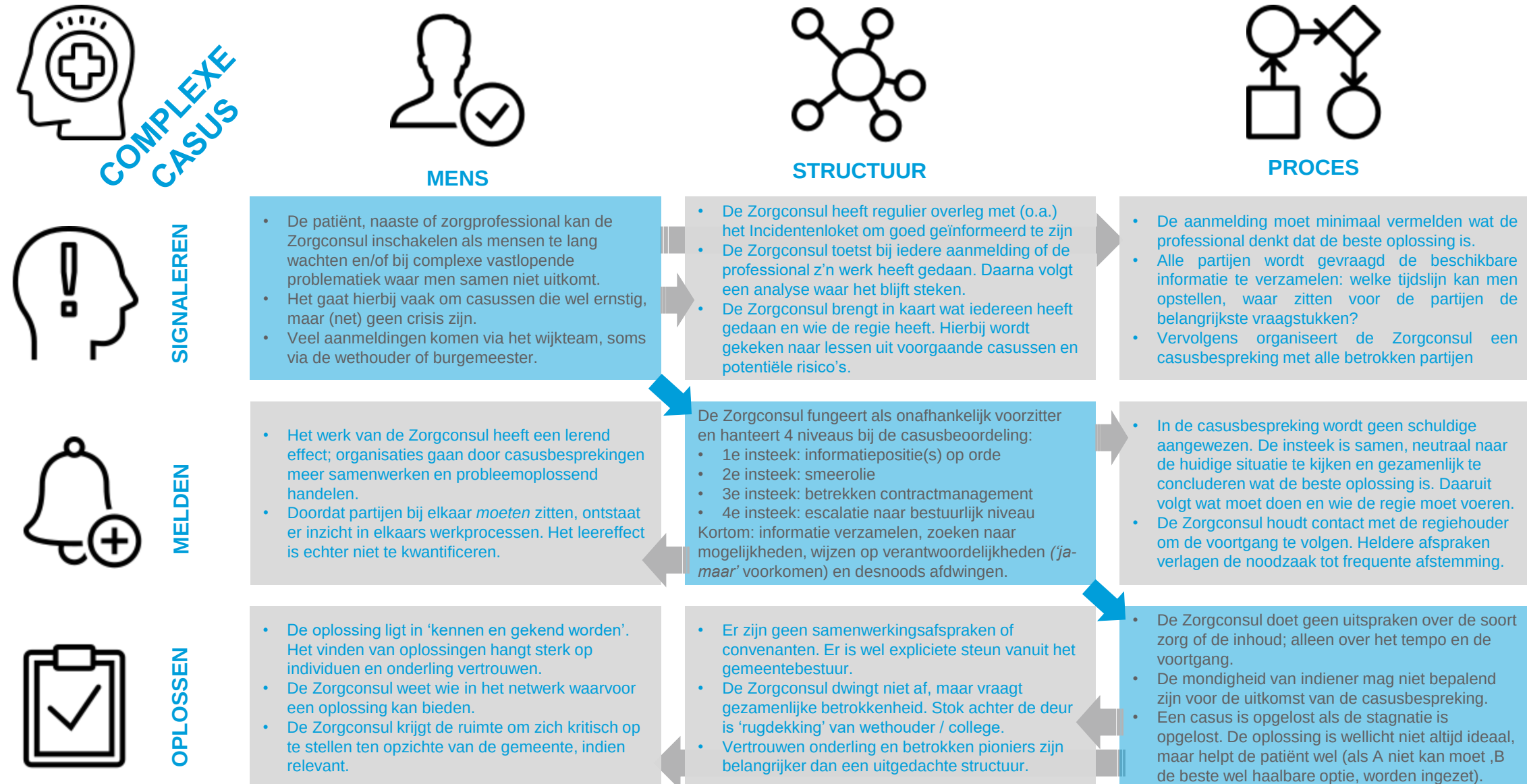
De steun van het gemeentebestuur is daarnaast cruciaal voor het verkrijgen van autoriteit.

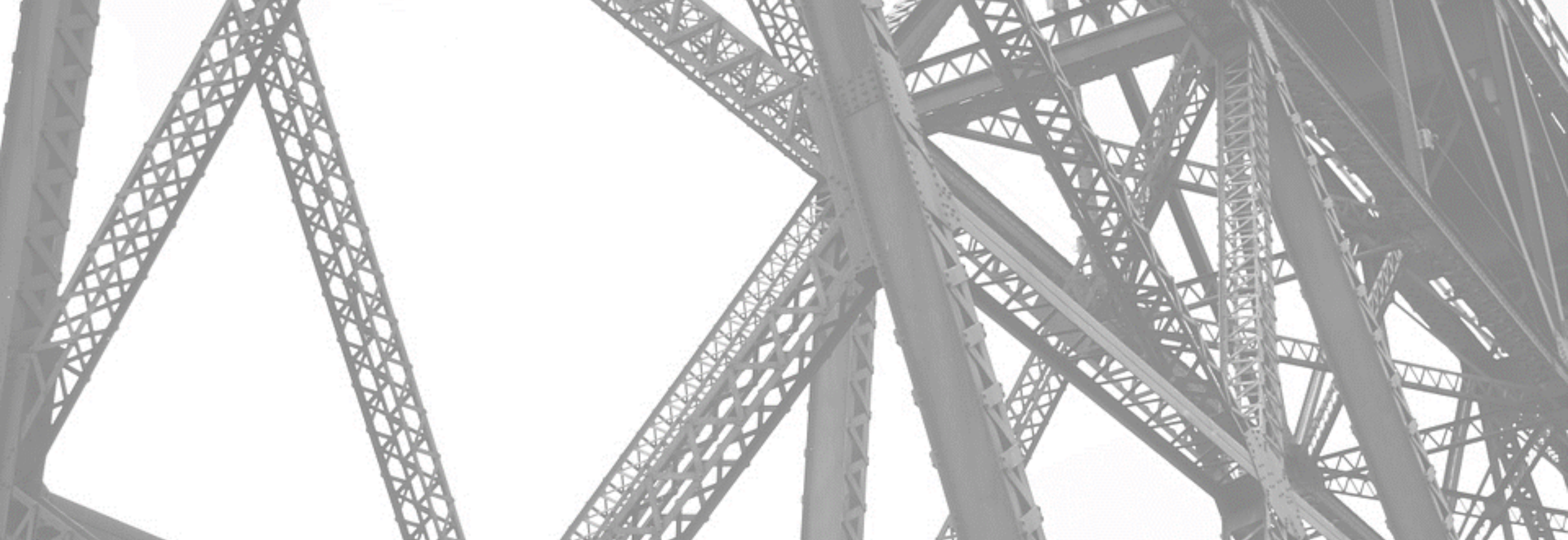
Zijn er specifieke (regionale) voorzieningen van belang voor deze aanpak?

- Het kennen en gekend worden is belangrijker dan een bepaalde structuur. Dit is door de zorgtransitie verstoord en het opbouwen van (nieuwe) netwerken vraagt veel tijd.
- Samenwerking afdwingen werkt niet. Er moet een gezamenlijk belang worden gevoeld om het vanaf het moment van bespreken goed op te willen lossen voor de patiënt.
- Overleggen rondom EPA-doelgroep o.l.v. Veiligheidshuis zorgen voor goede onderlinge afstemming bij complexe cases waarbij sprake is / lijkt te zijn van ernstige psychiatrische aandoening.

Zijn er belemmeringen en / of verbeterpunten benoemd voor deze aanpak?

- Privacy belemmert de uitwisseling van gegevens. Men verschuilt zich er soms achter.
- Aanpak binnen GGZ is patiëntgericht. Dit maakt systeemgericht werken en het creëren van voldoende veiligheid voor het systeem ingewikkeld. Hierdoor lukt het ggz-aanbieders vaak niet goed om samen te werken met andere partijen.
- Individuele ggz-behandelaren zijn tuchtrechtelijk aansprakelijk; met oplossingen op directieniveau ben je er dus nog niet
- Het aantal meldingen bij de Zorgconsul zou verminderen indien er betere warme overdracht en afstemming met vervolgzorg na beëindiging van een behandeling was.





Arteriaconsulting.

AVE aanpak uitgewerkt in het framework complexe casuïstiek



KORTE OMSCHRIJVING VAN AVE AANPAK LEEUWARDEN

Korte omschrijving van de best practice

De Aanpak ter Voorkoming van Escalatie (AVE) heeft als doel hulpverlening tijdig op te schalen en stagnatie in de samenwerking te doorbreken en zo oplopende problemen te voorkomen of zo snel mogelijk beheersbaar te maken. De aanpak helpt besluiten wie de regie heeft, ook als problemen groter worden en wanneer opschalen (of juist afschalen) nodig is. De aanpak gaat uit van een opschalingstructuur van vier fasen, in elke fase neemt het regievermogen van de burger af. AVE gaat niet in op de 'hoe-vraag' en de kwaliteit van dienstverlening, hiervoor wordt uitgegaan van de professie van betrokkenen. Wel is aandacht voor het gedrag horende bij regievoering. Van de voren wordt met alle partijen een schema met de regierollen en verantwoordelijkheden vastgesteld en niet pas wanneer er een casus speelt.

Wat zijn de cruciale factoren voor het slagen van deze aanpak?

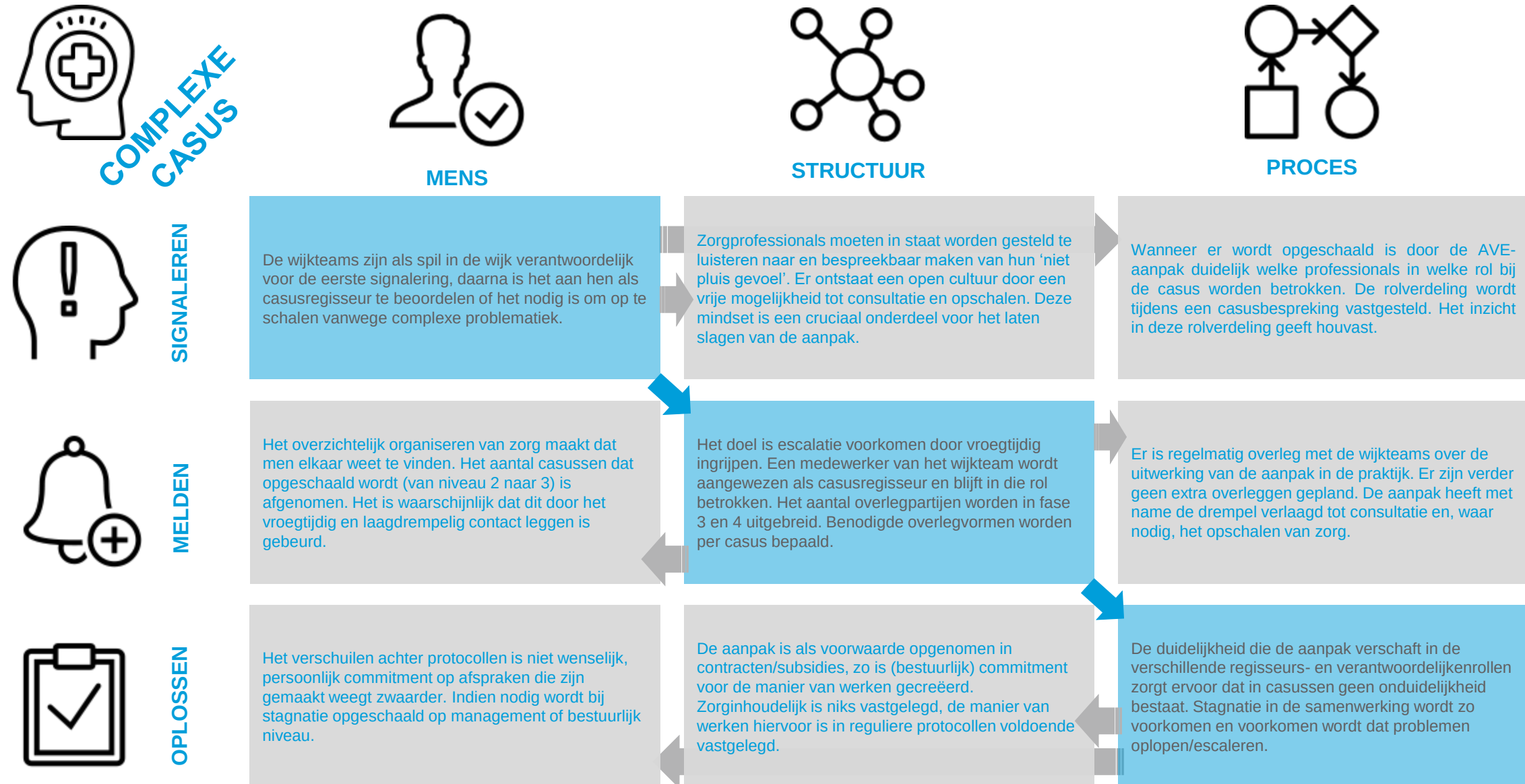
- Ieder dient de gemaakte afspraken op te volgen, hiervoor is commitment (ook bestuurlijk) van groot belang
- Niemand is 'de baas', iedereen draagt vanuit zijn eigen professie (behandelregie) bij maar accepteert de regierol per fase.
- Het organiseren van de zorg met elkaar, zodat de aanpak helder is en de lijnen kort
- Casusoverleg met alle betrokken partijen waarin verschillende (regie)rollen duidelijk worden belegd
- Rol van de procesregie vanuit het veiligheidshuis als schakel tussen gemeente, zorgaanbieders en het veiligheidsdomein (OM, Politie)

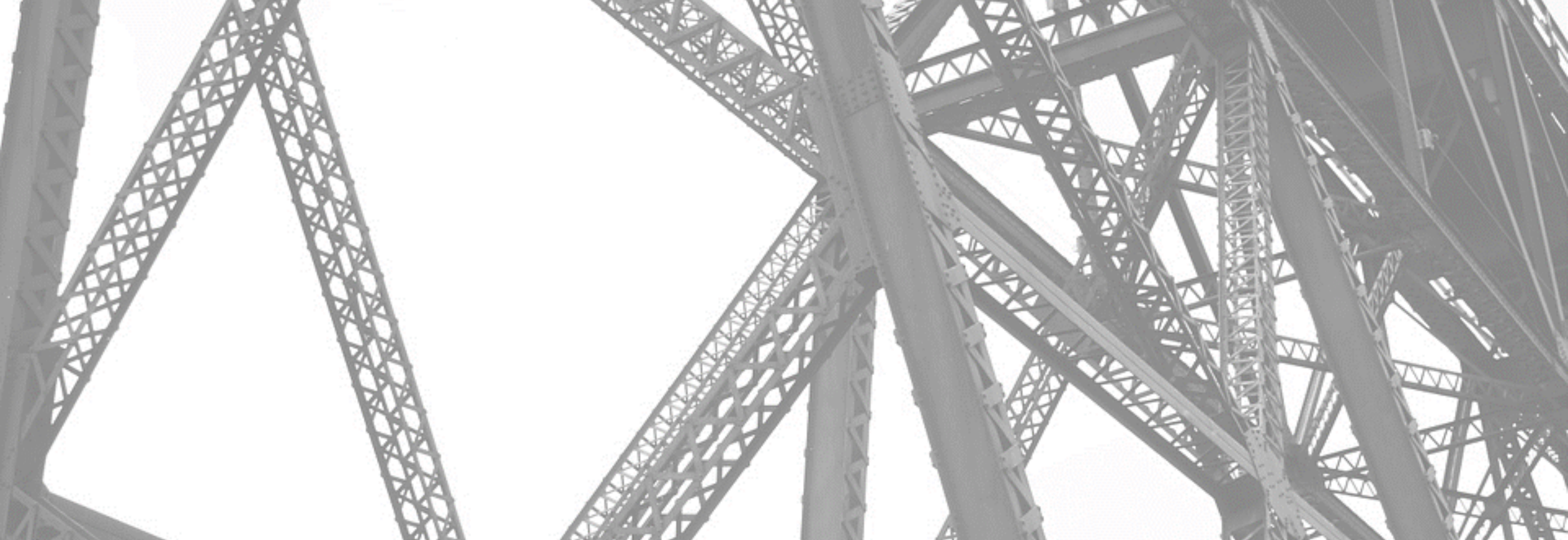
Zijn er specifieke (regionale) voorzieningen van belang voor deze aanpak?

De aanpak maakt op gemeentelijk niveau de koppeling tussen het sociale domein en het veiligheidsdomein maar ook daar buiten (denk aan OM, RvdK, politie). In Leeuwarden is de manier van werken van de GRIP-aanpak vertaald naar het sociaal domein, waaruit de AVE aanpak is ontstaan. Hoe kleinschaliger de organisatie/gemeente is ingericht hoe korter de lijnen zijn, wat implementatie eenvoudiger maakt.

Zijn er belemmeringen en / of verbeterpunten benoemd voor deze aanpak?

- Deze manier van werken vraagt een brede blik op de (gehele) situatie van de client. Zo kan er veel meer preventief worden gewerkt. Dit is een uitdaging, met name ook in de ggz.
- Om de aanpak te borgen is het belangrijk regelmatig te "trainen" in de AVE-methodiek. O.a. door verloop van personeel raakt de methodiek naar de achtergrond en wordt er vervallen in oude patronen.
- Intensieve casuïstiek vergt een forse tijdsinvestering van ketenpartners/zorgaanbieders.





Arteriaconsulting.

Tien in Twente uitgewerkt in het framework complexe casuïstiek



KORTE OMSCHRIJVING VAN TIEN IN TWENTE

Wie zijn betrokken?

14 Twentse gemeenten, Veiligheidsregio Twente, Veiligheidshuis Twente, Politie Twente, Openbaar Ministerie, Dimence, Transfore, Mediant, Tactus, Leger des Heils en woningcorporatie WOON. Alle partijen hebben op 1 september 2016 een intentieverklaring ondertekend met een geldigheid tot 31 december 2018.

Korte omschrijving van de best practice

Tien in Twente is in 2014 als project gestart en richt zich op het verbeteren van de regie en informatiepositie rond de doelgroep 'personen met verward gedrag' die veel overlast veroorzaakten of een veiligheidsrisico vormden. Het project is gefinancierd met subsidie van de Provincie Overijssel. Doel is om escalatie te voorkomen door inzet van preventie en gespecialiseerde hulp, waarbij de 'risicopersoon' en zijn omgeving uiteindelijk zo veilig en prettig mogelijk samen kunnen leven. Een onafhankelijke projectleider coördineert de inzet van de hulpvraag en werkt samen met een gespecialiseerd team van Casus coördinator GGZ en een professioneel ervaringswerker om het cliënt perspectief te borgen. In iedere casus wordt aangesloten bij de lokale samenwerkingspartners en wordt op maat een team gevormd. Met alle betrokkenen wordt één gezamenlijk plan opgesteld

Wat zijn de cruciale factoren voor het slagen van deze aanpak?

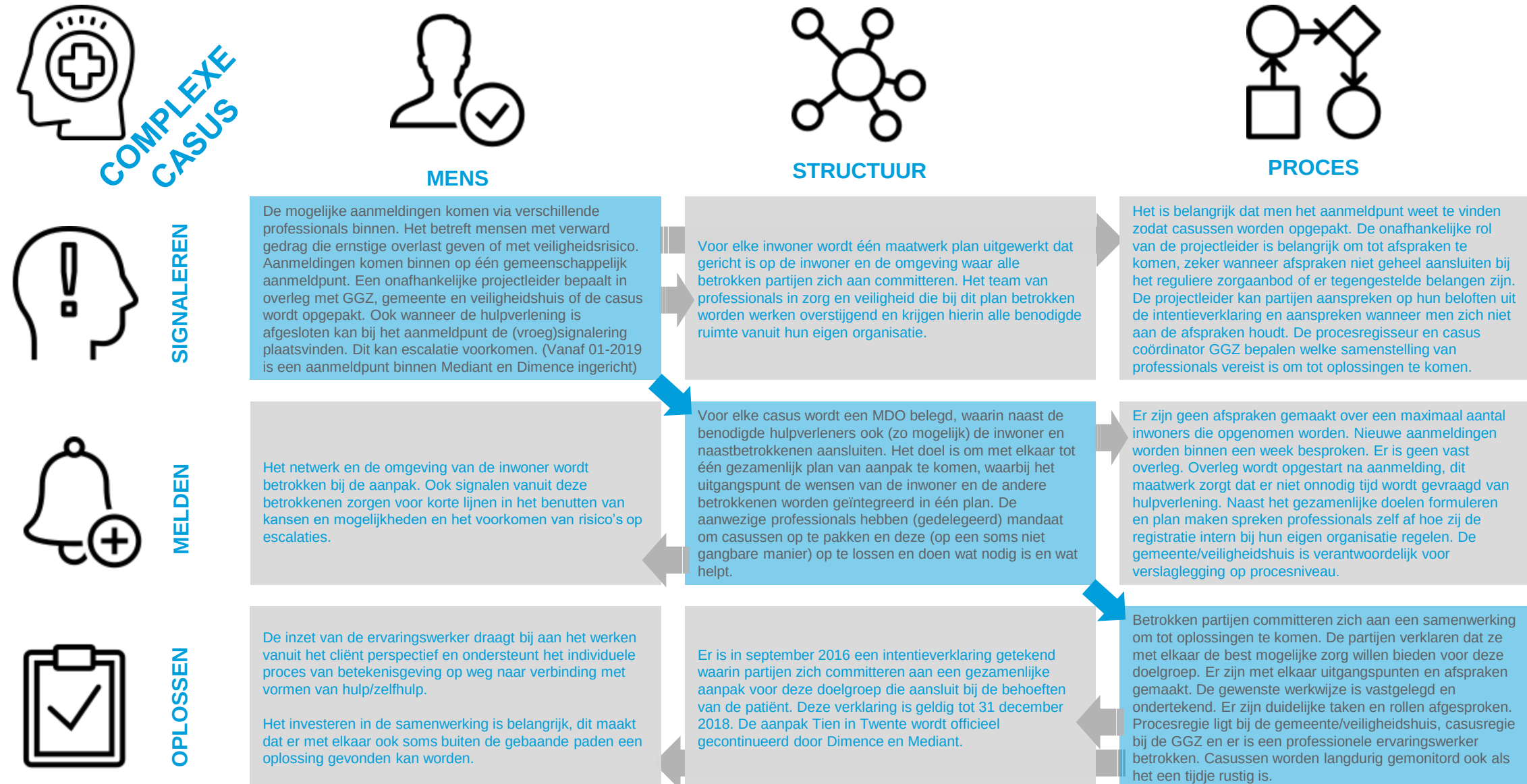
- Eén gezamenlijk plan gericht op herstel van cliënt en omgeving.
- Inwoner en naastbetrokkenen betrekken bij het maken en uitvoeren van het plan (transparantie waar mogelijk).
- Procesregie door gemeente of veiligheidshuis, gespecialiseerde casusregisseur GGZ, professioneel ervaringsdeskundige sluit aan bij de lokale samenwerkingspartners
- Onafhankelijke projectleider
- Pro actieve aanpak gericht op vroegtijdig ingrijpen en kansen voor herstel benutten

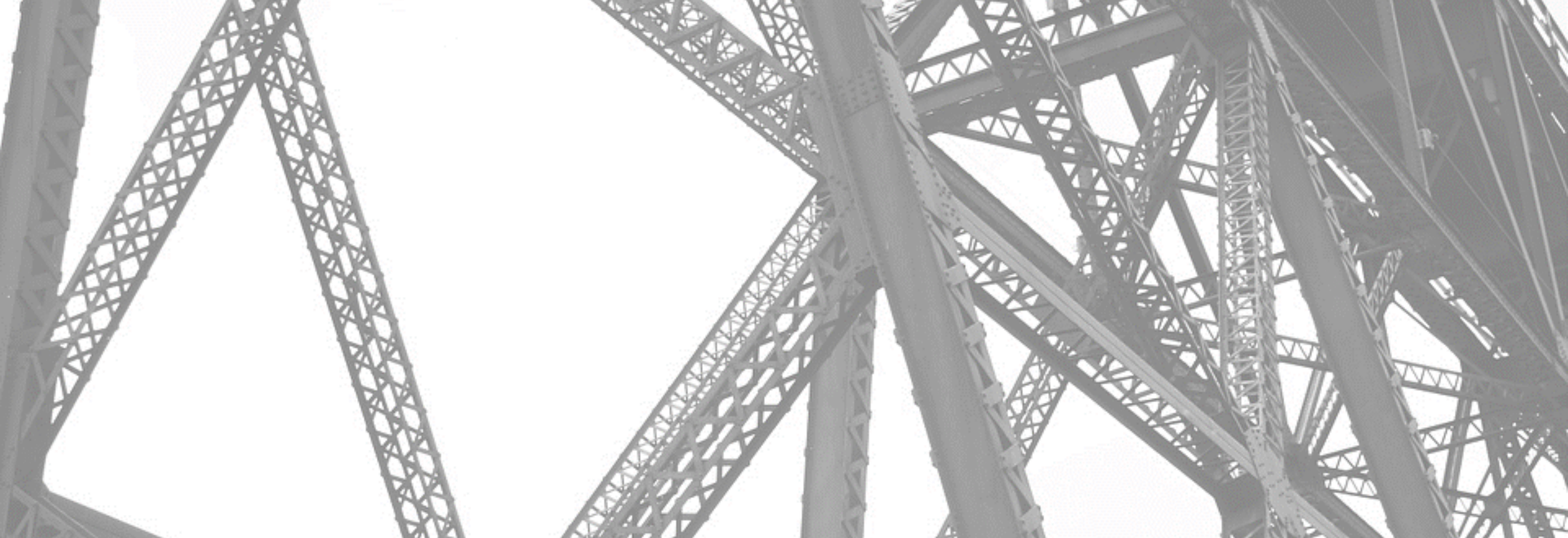
Zijn er specifieke (regionale) voorzieningen van belang voor deze aanpak?

De inzet van de casuscoördinator GGZ en de professionele ervaringswerker wordt als een belangrijke 'voorziening' gezien om de slagingskans van hulpvragen te vergroten. Alle informatie voor de aanpak is vastgelegd op www.tienintwente.nl Er zijn regionale afspraken gemaakt over de AVG en privacy onder de vlag van het Veiligheidshuis.

Zijn er belemmeringen en / of verbeterpunten benoemd voor deze aanpak?

In de projectfase werden de preventieve maatregelen bekostigd vanuit de gekregen subsidie. Verbeterpunt in de aanpak was de communicatie over de aanpak buiten de regio. Hier is pas in de laatste fase van het project actief aandacht voor geweest.





123psychiatrie (huisartsconsultatie) Noord-/Midden Limburg uitgewerkt in het framework
complexe casuïstiek



KORTE OMSCHRIJVING VAN HUISARTSCONSULTATIE LIMBURG

Korte omschrijving van de best practice

In Noord- en Midden Limburg is een netwerk opgezet (123psychiatrie) waarin consultatievrager en consultatiegever in de ggz elkaar kunnen vinden. De intentie is om de juiste kennis op de juiste plek te hebben zodat de juiste zorg op de juiste plaats kan plaatsvinden. 123psychiatrie is een combinatie van online en offline consultatie, ondersteund door een platform, een app en samenwerkingsafspraken. Er zijn 150 actieve gebruikers, waaronder 40 huisartspraktijken. In 20 van deze huisartspraktijken vindt er op reguliere basis fysiek ggz-consultatie plaats. In het overleg kunnen door alle partijen casussen ingebracht worden. Dit kan anoniem of, met toestemming van patiënt, op naam. In totaal zijn er in 2018 circa 500 consultaties uitgevoerd in de regio. Het doel van het overleg is consultatie en kennisoverdracht. Ook co-behandeling valt hieronder. De besprekingen zijn dus niet (primair) gericht op verwijzen. De consultatie draagt bij aan het voorkomen van verwijzingen naar de tweede lijn, of, indien verwijzen de beste optie blijkt, aan direct juist verwijzen. Op termijn ontstaat een netwerk rondom de huisarts waarin hij of zij de benodigde expertise kan inroepen.

Wat zijn de cruciale factoren voor het slagen van deze aanpak?

Om de consultatie zo goed mogelijk te benutten, dient er op regionaal niveau voldaan te worden aan voorwaarden met betrekking tot samenwerking, organisatie en ondersteuning:

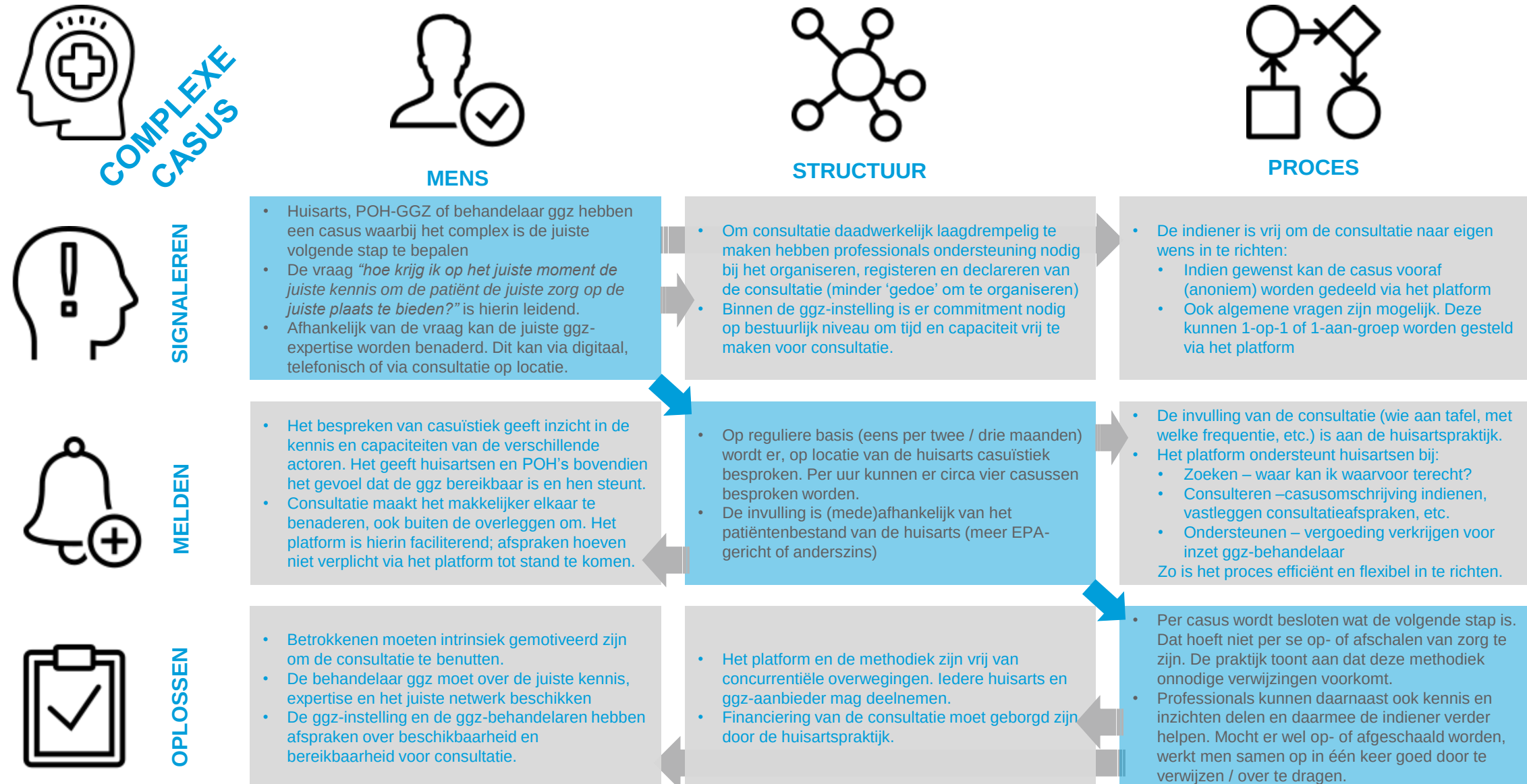
- Partijen hebben een gedeelde visie hebben op de ggz, die hen stimuleert bij de praktische inrichting van de consultatie. Voor succesvolle samenwerking is immer niet alleen een netwerk, maar ook bepaald gedrag (antwoord binnen gestelde periode) vereist.
- Partijen hebben afspraken met behandelaren om voldoende tijd vrij te maken voor consultatie. Dit maakt het organiseren van consultatie in de praktijk ook mogen.
- Het netwerk biedt alle betrokkenen ondersteuning in iedere fasen van het proces. In deze regio ingevuld door middel van:
 - Een zoekfunctie voor het vinden van de juiste consultatiegever (regulier of eenmalig)
 - Een consultatiemodule, waarmee casusomschrijvingen ingediend worden, consultatieafspraken worden vastgelegd, etc.
 - Een ondersteuningsmodule voor het factureren van de geboden consultatie via de POH-module bij de zorgverzekeraar

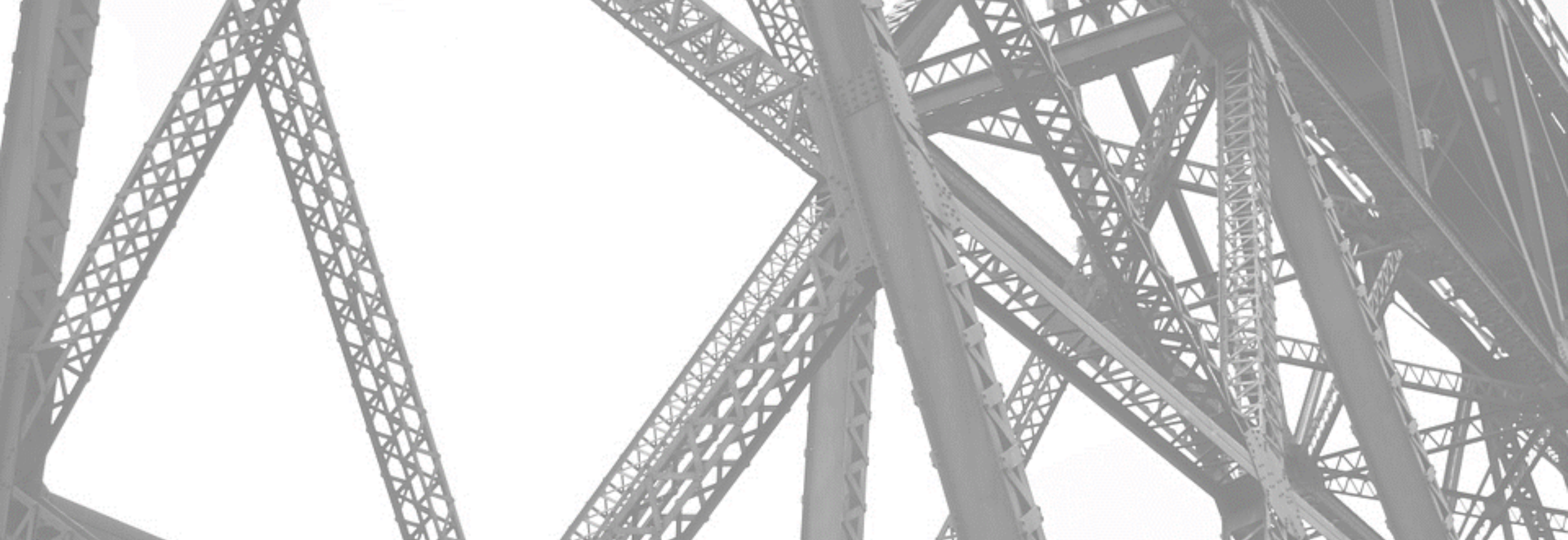
Zijn er specifieke (regionale) voorzieningen van belang voor deze aanpak?

- Het platform bewerkstelligt (langdurige) samenwerking tussen netwerkpartners binnen de ggz
- Het platform biedt (technische) ondersteuning buiten de (fysieke) consultatievragen om. Het platform faciliteert bijvoorbeeld het vastleggen van de besprekingen en de declaratie.
- Het platform koppelt consultatie aan zorgprocessen zoals op- en afschalen van zorg en warme overdracht.

Zijn er belemmeringen en / of verbeterpunten benoemd voor deze aanpak?

- Brede uitrol van dit concept lukt nog niet in alle regio's, vanwege eerder genoemde ontbreken van een gedeelde visie. Wanneer partijen niet op enerlei wijze met elkaar samenwerken, is het op grote(re) schaal organiseren van consultatie niet haalbaar.
- De ambitie is om vanuit de consultatiemomenten uit te groeien naar een zelfgroeiend netwerk; bijvoorbeeld om ook *binnen* de ggz-instelling consultatie tussen de tweede- en de derdelijn te stimuleren. Daarnaast is uitbreiding richting sociaal domein een wens.





‘Gebiedsteam’ Utrecht in het framework complexe casuïstiek



KORTE OMSCHRIJVING VAN GEBIEDSTEAM UTRECHT

Wie zijn betrokken?

Medewerkers van Altrecht, Lister, Jellinek, en WIJ 3.0 werken in de Utrechtse wijken Overvecht en Lunetten samen in een integraal team. Daarnaast zijn huisartsen, gezondheidscentra en het Buurtteam betrokken. Als casuïstiek dit vereist worden ook collega's van andere organisaties gevraagd aan te haken.

Korte omschrijving van de best practice

In de wijk opereren professionals op het gebied van ggz (behandeling en begeleiding), verslavingszorg, beschermd wonen, re-integratie en ervaringsdeskundigheid samen in één integraal team. Dankzij het integrale team trekken medewerkers meer samen op. Er wordt gewerkt met een open systeem en op basis van wederkerigheid. Hierdoor ontstaan op natuurlijke wijze consultatie-, leer- en afstemmingsmomenten. Door preventiever optreden en het sneller bieden van betere zorg zullen mensen minder snel een (ernstige) terugval krijgen. Ook kan er eerder worden afgeschaald, zodat er meer doorstroom ontstaat. Door het werken in integrale teams wordt de ggz toegankelijker en bereikbaarder. Uit de integrale samenwerking komen ook nieuwe verbetervoorstellen voor (complexe) ggz voort.

Wat zijn de cruciale factoren voor het slagen van deze aanpak?

- Betrokken medewerkers moeten elkaar goed kennen (ook: continuïteit van personeel)
- Goede onderlinge afstemming over elkaars mogelijkheden (inhoudelijk, binnen financiering)
- Grote, gezamenlijke bereidheid tot samenwerking en zoeken naar mogelijkheden (ook: 'buiten de lijntjes' durven gaan)
- Voorkomen van onnodige overleggen; organiseer onderlinge afstemming op maat
- Laagdrempelig toegankelijk voor huisartsen
- Mandatering moet helder zijn om vertraging te voorkomen
- Belangrijk om per casus en in elke fase af te spreken wie welke taak heeft en wie de regie voert

Zijn er specifieke (regionale) voorzieningen van belang voor deze aanpak?

- Gemeenten moeten oog hebben voor ggz-instellingen (bijvoorbeeld t.a.v. wet- en regelgeving waaraan voldaan moet worden) en vice versa
- Betrokken organisaties moeten tijd nemen voor de omslag naar gebiedsgericht, integraal werken. Immers, opbouw en ombouw vinden gelijktijdig plaats
- Inzet van ervaringsdeskundigen kan contact met patiënt verbeteren c.q. tot stand brengen.

Zijn er belemmeringen en / of verbeterpunten benoemd voor deze aanpak?

- Afspraken en kaders betreffende privacy, plan- en dossiervoering, beveiligde digitale communicatie en regievoering zijn vereist voor zorgvuldige en correcte onderlinge communicatie. Implementatie van PsyNet kan dit verbeteren.
- Financiering blokkeert soms (verdere) integrale aanpak; een experimentstatus of subsidie kan dit ondervangen
- Voor duidelijke aansturing en gemeenschappelijk gevoel belangrijk dat integrale team door één leidinggevende wordt aangestuurd
- Administratieve handelingen binnen integrale zijn complex i.v.m. verschillende organisaties en financieringsvormen
- Opschalen is voor behandeling lastig (wachttijden), afschalen bij begeleiding (wanneer laat je los).

