

Memo

Aan: Landelijke stuurgroep Taskforce Wachttijden (Weg van de wachtlijst)
Van: Taskforce wachttijden Midden-Brabant | PRO-RCH
Betreft: Informatie-uitvraag mei 2019
Datum: 15 mei 2019
Auteurs: PRO-RCH, Zorroo (huisartsenzorg / Regionale zorgprogramma's GGZ)
CZ, VGZ (zorgverzekeraars)
GGZ Breburg, Mentaal Beter, PsyQ, Silver Psychologie (GB-/S-GGZ aanbieders)

Inleiding

In de regio Midden-Brabant bestaat sinds 2015 een regionaal zorgprogramma GGZ. Begonnen onder het motto 'Een sterke GGZ begint bij de huisarts' is in de beginjaren voornamelijk ingezet op de beschikbaarheid en kwaliteit van GGZ zorg in de huisartsenvoorziening. Vanaf 2018 is binnen het zorgprogramma ook de GB-GGZ als domein geïncorporeerd in het zorgprogramma, dit via regionale (zorg)contractering. Met het creëren van een sterk verbonden middenveld, heeft de regio Midden-Brabant met haar zorgprogramma een regionale organisatie die over het gehele GGZ-netwerk (van preventie en sociaal domein tot en met specialistische zorg en alles daartussen) haar bijdrage levert en waar nodig als onafhankelijk orgaan regie voert in samenwerkingen. Het zorgprogramma wordt uitgevoerd door de organisatie PRO-RCH.

PRO-RCH is een joint venture tussen Zorggroep RCH Midden-Brabant en PRO Praktijksteun. Gedragen door een constructieve samenwerking met de zorgverzekeraars CZ en VGZ, heeft PRO-RCH met alle regionale partners een sterk draagvlak binnen de regio Midden-Brabant en de GGZ.

Als regionale (regie)organisatie heeft PRO-RCH vanaf de eerste opstart van de taskforce wachttijden een bijdrage kunnen leveren. Na het overdragen van de opdracht vanuit KPMG (en later Arteria) aan de regio heeft PRO-RCH de rol van voorzitter van het wachttijdenoverleg op zich genomen. Het orgaan 'stafcommissie' van PRO-RCH, waarin de voornaamste stakeholders rondom het zorgprogramma in de regio zitting hebben, heeft het merendeel van de taakstelling van de voormalige regionale stuurgroep taskforce wachttijden op zich genomen. Hier is een regionale opdracht beschreven (zie ook bijlage 1), waarin het terugdringen van de (onnodige of onwenselijke) wachttijden op diverse wijzen wordt nagestreefd. Hierover wordt in deze memo verder uitleg gegeven.

In de regio West-Brabant is, ten tijde van het door KPMG aangezwengelde project, een eigen taskforce wachttijden opgestart. Ondanks dat Zorroo (huisartsenzorggroep Oosterhout en Omstreken) van origine (ook) in die taskforce zitting heeft gehad, is dit stuk geschreven vanuit de (historie van de) regio Midden-Brabant. Desalniettemin heeft Zorroo ook in dit schrijven haar bijdrage geleverd, en neemt ze zitting in de werkgroep Persoonlijkheidsstoornissen in de gedeelde regio. Dit onder meer doordat het adherentiegebied van de in die werkgroep betrokken GGZ-aanbieders ook de regio van Zorroo behelst. Desgevraagd is men bereid een aanvulling te geven op dit schrijven vanuit het perspectief van de taskforce wachttijden West-Brabant.

Aanleiding

De landelijke stuurgroep rondom de regionale taskforces wachttijden heeft vanuit haar taak contact gezocht met PRO-RCH als voorzitter van de regionale taskforce wachttijden. De vraagstelling in het schrijven van Leon de Jong (HSK & MeerGGZ), contactpersoon namens de landelijke stuurgroep, is:

Deze mail stuur ik je in jouw hoedanigheid van voorzitter c.q. contactpersoon van de regionale taskforce Wachttijden GGZ in jouw regio. Het was mijn intentie om eerst even kennis te maken met je, maar de tijdplanning noopt mij om je deze mail toch alvast te sturen. Zoals op 12 februari aangekondigd via info@wegvandewachtlijst.nl is jouw regio één van de 21 regio's die gevraagd wordt om een plan van aanpak te delen.

Vanuit de stuurgroep hebben we de komende periode namelijk enige informatie nodig over de voortgang van de regionale activiteiten. Dit heeft specifiek te maken met a. de taak van de stuurgroep om problemen en oplossingen over regio's heen bij elkaar te brengen, en b. het voorzien van informatie aan de staatssecretaris zodat hij de leden van de Tweede Kamer kan informeren over de voortgang van dit voor hen belangrijke dossier.

In de stuurgroep zijn wij ons er zeer van bewust dat deze informatiebehoefte onzerzijds voor jou en de taskforce extra werk met zich meebrengt. Daarom hebben we gekozen voor een zo beperkt mogelijke uitvraag. Het staat je uiteraard vrij om meer te delen, dan wel een eventueel beschikbaar plan van aanpak toe te sturen als hierin de antwoorden op de hiernavolgende vragen in kunnen worden gevonden.

Vragen:

- 1. Wat is/zijn momenteel de belangrijkste diagnosegroep(en) in deze regio v.w.b. te lange wachttijden en de aantallen cliënten waar het om gaat?*
- 2. Op welke van deze diagnosegroep(en) richt de taskforce zich met name?*
- 3. Richt de taskforce zich uitsluitend op het verbeteren van de regionale samenwerking of worden ook individuele initiatieven van zorgverleners, verwijzers en/of verzekeraars in de taskforce besproken en meegenomen?*
- 4. Welke knelpunten zijn onderkend, en welke oplossing(en) heeft de taskforce hiervoor bedacht om de wachttijden terug te brengen?*
- 5. Wanneer verwacht de taskforce deze oplossing(en) te hebben ingevoerd?*
- 6. Vanaf welke periode verwacht de taskforce (verdere) verbetering in het terugdringen van de betreffende wachttijden?*
- 7. Zijn er knelpunten die volgens de taskforce niet lokaal c.q. regionaal danwel met betrokken verzekeraars kunnen worden opgelost?*

N.B. Indien je één of meer vragen nu nog niet kunt beantwoorden omdat de taskforce pas recentelijk is opgestart verzoeken wij je als antwoord aan te geven wanneer je de vraag wel kunt beantwoorden zodat wij enig beeld krijgen bij het tijdpad dat de taskforce volgt.

Beantwoording van vragen

Vraag 1:

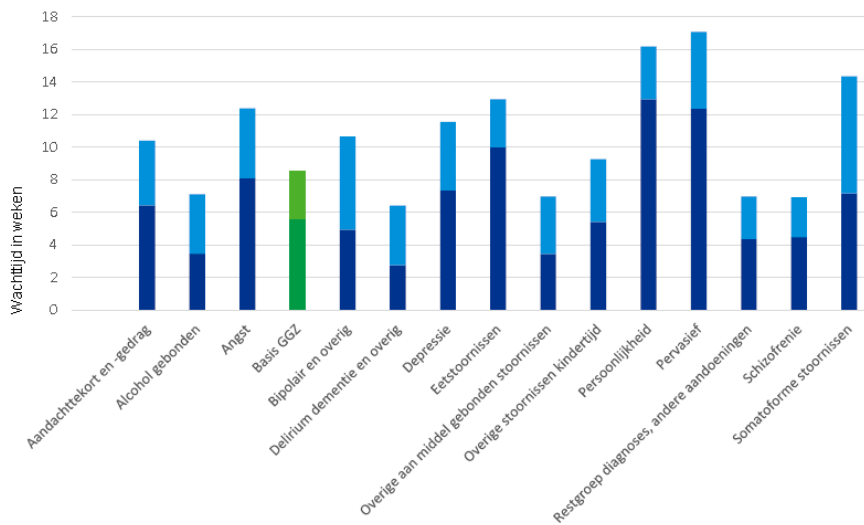
Wat is/zijn momenteel de belangrijkste diagnosegroep(en) in deze regio v.w.b. te lange wachttijden en de aantallen cliënten waar het om gaat?

Antwoord:

In de regio is, nog onder leiding van KPMG, een analyse gedaan over de meest relevante groepen, gemeten naar omvang wachtlijsten en/of lengte van wachttijden, in het kader van wachttijden in de GGZ. Uit dit onderzoek komen meerdere diagnosegroepen naar voren waarbij in de regio Midden-Brabant de gestelde normen qua wachttijden niet worden gehaald. Uit dit onderzoek wordt tevens zichtbaar dat de diagnosegroepen 'Pervasief' en 'Persoonlijkheidsstoornissen' de langste wachttijden kennen in de regio (zie afbeelding 1, mei 2018).

Totale wachttijd, waarbij

- het donkere staafje de aanmeldwachttijd is en het lichtere staafje de behandelwachttijd;
- de blauwe staafjes de wachttijd voor de specialistische GGZ in beeld brengen, het groene staafje voor de gehele basis GGZ.



Toelichting op de wachttijdgegevens van Vektis

- Alle aanbieders en zorgverzekeraars kunnen via www.zorgprisma.nl inzicht krijgen in hun eigen wachttijden en de wachttijden van de andere aanbieders in de regio;
- Vanuit Vektis en de NZa wordt getracht de aanlevering en inhoud van de wachttijdgegevens zo eenduidig mogelijk te laten zijn. Uit de praktijk blijkt dat hier toch een aantal verschillen in interpretatie zijn;
- Voor de aanlevering van de data over mei is een wijziging gemaakt in het aanleveringsformulier, waardoor aanbieders met een behandelstop toch een wachttijd aan moeten leveren;
- Voor de aanlevering van de data over juni (dit zit dus nog niet in deze weergave) wordt aanbieders de optie gegeven om 'n.v.t.' aan te geven op het moment dat zij geen nieuwe patiënten hebben aangenomen in de afgelopen twee maanden, aangezien er geen wachttijd gemeten kan worden.

Afbeelding 1, overzicht van wachttijden per diagnosegroep, onderzoek KPMG mei 2018.

Van deze twee 'koplopers' is het thema Persoonlijkheidsstoornissen in de regio gekozen als onderwerp, onder meer vanwege de impact die cliënten met een dergelijk beeld (kunnen) hebben op het GGZ (zorg)netwerk, waarbij in verschillende mate ook alle relevante (financiering)domeinen geraakt worden.

Uit het onderzoek wordt duidelijk dat de veelheid aan diagnosegroepen naast enkele koplopers ook een brede aanpak in de regio vraagt waar het gaat om wachttijden in de GGZ. Om deze reden is in de regio Midden-Brabant gekozen voor twee categorieën, te weten:

- Wachttijden in het GGZ-netwerk in algemene zin
- Wachttijden in het GGZ-netwerk rondom de diagnosegroep Persoonlijkheidsstoornissen

Vraag 2:

Op welke van deze diagnosegroep(en) richt de taskforce zich met name?

Antwoord:

- Wachttijden in het GGZ-netwerk in algemene zin
- Wachttijden in het GGZ-netwerk rondom de diagnosegroep Persoonlijkheidsstoornissen
 - o Bij deze diagnosegroep zijn de aangesloten partijen (een medeauteurs van dit schrijven) op het moment van schrijven:
 - Zorroo (zorggroep van huisartsen regio Oosterhout en omstreken)
 - CZ Zorgverzekeraar
 - VGZ Zorgverzekeraar (meelezend)
 - GGz Breburg
 - PsyQ Brabant
 - Mentaal Beter
 - Silver Psychologie
 - PRO-RCH

Zie voor een nadere toelichting de beantwoording op vraag 1.

Vraag 3:

Richt de taskforce zich uitsluitend op het verbeteren van de regionale samenwerking of worden ook individuele initiatieven van zorgverleners, verwijzers en/of verzekeraars in de taskforce besproken en meegenomen?

Antwoord:

De regio Midden-Brabant heeft gekozen voor het inbedden van de vraagstukken rondom wachttijden in reeds bestaande regionale organisatiestructuren en overlegtafels. De heersende visie in de regio is die van 'sterke regionale samenwerking met regionale partijen'. Hierbij is het credo, onder meer binnen het zorgprogramma van PRO-RCH: "GGZ: Gezamenlijk Georganiseerde Zorg".

De gezamenlijkheid van deze organisatie van zorg kent verschillende pijlers. Twee daarvan zijn:

- Succesvolle regionale samenwerking kent de voorwaarde dat alle welwillende regionale partijen kunnen deelnemen, waarbij een zo veel als mogelijk onafhankelijke regiehouder met en voor de regionale partijen de kar trekt. De mate van bereidwilligheid tot constructieve samenwerking ten gunste van het algemeen belang van de regio is hierbij cruciaal. Daaronder ligt de voorwaarde dat de organisatiebelangen van iedere deelnemende organisatie ten minste bij de regiehouder bekend zijn, en zoveel als mogelijk onderkend (blijven) worden. Bij deze belangen horen als vanzelfsprekend ook kennis en inclusie van organisatie-eigen initiatieven van alle relevante partners.
 - o In de regio Midden-Brabant geldt bovenstaande voor zowel de Stafcommissie van PRO-RCH als de regionale taskforce Wachttijden en de (sub)werkgroepen daarvan. Hoewel de overlegorganen elkaar raken, is ten minste een deel van de deelnemende partijen in ieder overleg dezelfde, en dus een deel niet. Het is van belang om ongeacht de samenstelling van de overleggen te streven naar daadwerkelijke samenwerking waarbij bovenstaande pijler in ieder overleg van belang is.
- Om een visie op of uitvoer daarvan van een sterk regionaal netwerk in de GGZ ten gunste van de (reis van de) cliënt te kunnen bewerkstelligen, wordt gewerkt met het principe van "Think Big, Start Small (Act Fast)". Hieraan is onlosmakelijk verbonden dat waar nodig de goede initiatieven en/of belangrijke (netwerk)wijzigingen in samenwerkingsafspraken, regionaal of organisatie-eigen, op een haalbaar en overzichtelijke schaal worden geïnitieerd. Hierdoor ontstaat ook voldoende ruimte voor (kleine) initiatieven vanuit een organisatie, en het beoordelen en bij succes verder verbreden van het goede initiatief.

Voorbeelden van kleinschaliger (begonnen) initiatieven hierbij zijn o.a.:

- Het initiatief vanuit enkele vrijgevestigden tot deelname aan het geven van opleiding aan GZ-psychologen (inmiddels in meerdere regio's actief).
- Gesprekken met (instelling)psychiaters over de vraag of en waarom men juist wel of niet graag in een (top)klinische instelling werkt ten einde verbeteringen in het wervingstraject te kunnen aanbrengen (inmiddels ook onderwerp op landelijke overlegtafels).
- Consultatie op praktijkniveau in verschillende vormen, ten gunste van het niet meer onnodig verwijzen van cliënten, en daarmee een initiatief tot het zuiver houden van de wachtlijsten (wordt op het moment verder uitgerold)
- Regionale samenwerking op één digitaal regionaal e-healthplatform, ten einde de reis van de cliënt te ondersteunen en in geval van wachttijd een constructief helpende overbrugging te kunnen organiseren (inmiddels groot uitgerold). Als voorbeeld het regionale initiatief in Midden-Brabant (in de regio van Zorroo is een deels vergelijkbaar initiatief te vinden).
 - o In de regio Midden-Brabant wordt sinds 2018 gewerkt met Evie (E-health Voor Iedereen). Hierin is ten gunste van (het ondersteunen van) de reis van de cliënt gekozen voor een onafhankelijk regionaal platform. De deelnemende partijen zijn divers en leveren huisartsenzorg, GB-GGZ en S-GGZ. Momenteel wordt ook de aansluiting van het gemeentelijke domein voor (terugval)preventie georganiseerd. Het levert op deze wijze niet enkel een digitaal instrument, het draagt ook bij aan de 'mindset van burger, cliënt en professional dat juist nieuwe technieken kunnen bijdragen aan meer effectieve en soms tijds-efficiëntere samenwerking tijdens (GGZ-) gerelateerde (periodes van) klachten'. Door niet meer vanuit een organisatie een eigen platform te starten, maar juist 'merk-onafhankelijk' vanuit een gezamenlijke regionale visie, bestaan er direct enkele zeer concrete voordelen;
 - Alle behandelaren spreken dezelfde (digi)taal
 - Forse kostenreductie door gezamenlijk voordeel door gezamenlijke inkoop
 - Alle partijen kunnen deelnemen, groot/klein en domein/sector-onafhankelijk
 - De cliënt kan met zelfzorg starten en zo een zorgvraag voorkomen
 - De cliënt heeft de regie en bepaald of een (volgende) behandelaar/professional inzage krijgt in zijn/haar online werk

- De cliënt kan zijn/haar eigen digitale werk meenemen en behoudt deze ook na afloop van eventuele behandelingen
- De cliënt heeft zelf regie op welke mensen uit zijn/haar informele netwerk ook digitaal kunnen meekijken danwel communiceren met de cliënt
- Het is van de cliënt en dus van en voor de regio, dus herkenbaarheid voor alle betrokkenen, en relevant en dus makkelijk vindbaar op alle momenten in een eventuele reis van de cliënt.
- Professionals worden gezamenlijk getraind en hebben meermaals per jaar gelegenheid om in overleg met professionals uit andere organisatie en/of domeinen vast te stellen of en hoe door ook digitale ondersteuning middels Evie een eventuele wachttijd kan worden omgezet naar effectieve behandel- of voorbereidingstijd.

Vraag 4:

Welke knelpunten zijn onderkend, en welke oplossing(en) heeft de taskforce hiervoor bedacht om de wachttijden terug te brengen?

Antwoord:

Uit de analyse van KPMG komen deze knelpunten naar voren:

Geïdentificeerde knelpunten:

1. *Patiënt komt niet (direct) op de juiste plek door suboptimale voorkant. Dit knelpunt is tweeledig:*
 - a. *Onvoldoende preventie via vroegsignalering: de mogelijkheden tot preventie via vroegsignalering (bv. via e-health) kunnen beter worden benut door de regio.*
 - b. *Suboptimale doorverwijzingen door de huisarts: ggz instellingen voeren veelal opnieuw diagnostiek uit na verwijzing door de huisarts. Dit geeft een huisarts geen stimulans om aan de voorkant veel moeite te stoppen in een juiste doorverwijzing.*
2. *Er is sprake van een personeelstekort en onvoldoende opleidingscapaciteit in de regio. Er is een gebrek aan medische opleidingen in de regio en zowel de instellingen als de regio in het geheel hebben onvoldoende bindingskracht, waardoor personeel na hun opleiding de instelling en/of regio verlaat. Kleinere aanbieders ervaren problemen bij het aanbieden van aanbodingsplaatsen op het gebied van tijdsbesteding (supervisie) en het creëren van randvoorwaarden.*
3. *Suboptimale benutting van bestaande capaciteit in de regio. Op dit moment is de capaciteit van ggz aanbieders op verschillende manieren vormgegeven (grote vs. kleine instellingen / vrijgevestigden). Hoe kunnen we de totale capaciteit in de regio flexibel en gericht inzetten om regionaal betere kwaliteit van zorg te leveren? De RT wil dit vraagstuk onderzoeken om te komen tot aangrijpingspunten voor verbetering. De RT wil onderzoeken of de ggz aanbieders met elkaar tot een betere vormgeving van het aanbod komen.*
4. *Uitstroom naar vervolgzorg: Mensen met langdurige problematiek stromen nog niet goed door naar zelfstandig / beschermd wonen. Belangrijke grondoorzaak hiervan is de onzekerheid ten aanzien van het –indien nodig –opnieuw opschalen en de onduidelijkheid ten aanzien van de mogelijkheden in de keten. Er is behoefte aan afspraken hierover.*

Naast de in mei 2018 door KPMG gepresenteerde knelpunten, maakt de regio onderscheid in drie niveaus, namelijk:

1. Landelijk
 - a. Opleidingsvraagstuk; wordt er voldoende opgeleid? Hoe is de allocatie van dergelijke opleidingsplekken in het licht van de actuele vraag i.t.t. het historisch perspectief? Wat wordt er gedaan om systeem-gerelateerde problematieken tegen te gaan (co-opleiding tussen instelling en vrijgevestigden bijvoorbeeld)?
 - i. De regionale taskforce heeft bij iedere gelegenheid dit knelpunt op de agenda gebracht van de landelijke overlegstructuren inzake de wachttijdproblematiek.

- b. Capaciteitsvraagstuk; is er voldoende beschikbare capaciteit? Hoe is de allocatie/spreiding van de capaciteit landelijk en regionaal? Welke instrumenten worden ingezet om arbeidskrachte binnen (top)klinische instellingen te bestrijden (te denken valt aan 24-uursdienst ter accreditatie van psychiaters)? Wat wordt er gedaan om systeem-gerelateerde problematieken tegen te gaan (medebehandelaar versus regiebehandelaar in zowel de S-GGZ als de GB-GGZ en bij zowel instellingen als vrijgevestigden)?
 - i. De regionale taskforce heeft bij iedere gelegenheid dit knelpunt op de agenda gebracht van de landelijke overlegstructuren inzake de wachttijdproblematiek.
 - c. Beeldvorming; onderzoeken naar wachttijden geven een wisselend beeld. Data over wachttijden is niet altijd eenduidig en/of aan subjectieve interpretatie onderhevig. Er is tevens sprake van een ongewogen gemiddelde, wat ook kan leiden tot onduidelijke beelden. Bovendien wordt, tenminste in de regio Midden-Brabant, door verwijzers gebruik gemaakt van 'spoed-verwijzingen' wanneer de verwijzer dit noodzakelijk acht. Wachttijden bij 'spoed-verwijzingen' zijn kort, en geven door 'voordringen' juist voor de meer reguliere verwijzingen mogelijk een vertraging en dus verlenging van de wachttijd. Het is van belang dat de noodzaak tot aanpak van wachttijden voldoende wordt onderstreept door (landelijke) berichtgeving. Hierbij is het van groot belang dat er op basis van een juiste weergave van cijfers wordt gecommuniceerd.
 - i. De regionale taskforce heeft gevraagd om inzage voorafgaand aan publicatie of andersoortige verspreiding van (regionale) kengetallen. Hierbij is bijvoorbeeld een weergave van gewogen gemiddelden / gewogen wachttijden van belang.
2. Regionaal
- a. Bereidwilligheid tot organisatie-overstijgende samenwerking ten gunste van het algemeen (regionale) belang. De bereidwilligheid in de regio Midden-Brabant is voldoende groot tot het voeren van goed overleg. Het succes van dergelijke overleggen hangt samen met de aan de bereidwilligheid gekoppelde actiebereidheid.
 - i. Acties hierbij:
 - 1. Er wordt met zoveel mogelijk grijpbare/behapbare onderwerpen en werkvormen gewerkt.
 - 2. Er wordt gewerkt met een (zoveel als mogelijk) onafhankelijke voorzittersrol (als voorbeeld; bij persoonlijkheidsstoornissen en haar wachttijden in de S-GGZ wordt de voorzittersrol door de vertegenwoordiging van de huisartsenzorg ingekleed).
 - 3. De eerste bereidwillige partijen krijgen zelf inspraak in welke partijen wel of juist niet worden toegevoegd aan het overleg, waarbij er in principe een open invitatie bestaat voor alle betrokken organisaties. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn bereidwilligheid om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de zorg en een bijdrage leveren aan het reduceren van wachttijden in de regio.
 - 4. De voorzitter neemt de taak op zich op niet enkel van overleg tot overleg te werken, maar juist in de tussenliggende periodes tot actie over te gaan. De overleggen verworden hierdoor bespiegelende en/of brainstormende en/of besluitvormende momenten.
 - b. Beperkte invloed van iedere afzonderlijke organisatie op het succesvol terugdringen van wachttijden binnen een regio. Waar bij Persoonlijkheidsstoornissen een van de knelpunten (KPMG) het verwijzen tussen organisaties betreft, staat vast dat een afzonderlijke organisatie niet voldoende invloed heeft.
 - i. Er wordt binnen de regio zoveel als mogelijk alles in gezamenlijkheid opgepakt. Hierbij is volledige bereidwilligheid tot het overstijgen van het (eigen) belang van de organisatie een factor om rekening mee te houden.
 - ii. De werkgroep Persoonlijkheidsstoornissen onderzoekt tevens hoe goede afspraken kunnen worden gemaakt tussen instellingen die geen ANW-/crisiszorg leveren en de crisisdienst van GGZ Breburg, zodat andere S-GGZ-

- instellingen meer ruimte krijgen, ook voor mogelijk verhoogde crisis-gevoeligheid in een casus / van/bij een cliënt.
- iii. Binnen de taskforce is ook vertegenwoordiging vanuit het sociaal/gemeentelijk domein georganiseerd. Vanuit de werkgroep Persoonlijkheidsstoornissen wordt specifiek ook de deelname van en oplossingen binnen de gemeenten en gemeentelijke voorzieningen onderzocht. Het aansluiten van vertegenwoordiging in de werkgroep Persoonlijkheidsstoornissen is om die reden dan ook een (logische) volgende stap.
 - c. Een hoge mate van gelijktijdigheid van bijdragen aan het regionale belang vanuit verschillende domeinen noodzakelijk. Als voorbeeld: wanneer verwijzingen vanuit de huisartsenzorg moeten worden verbeterd (inclusief verwijsinformatie op verwijsbrieven), moet gelijktijdig de ontvangende verwijspartner ingericht zijn om op basis van een verbeterde verwijzing een verbeterde (snelheid van) ontvangst te garanderen. En waar een S-GGZ-instelling bij eventuele afschaling van zorg gelijktijdig haar samenwerkende partner, die voor de cliënt de 'landingsplaats' vormt, gereed moet zien staan, is kennis van elkander en vroegtijdige communicatie noodzakelijk.
 - i. De regio kiest voor regionale coördinatie door een zoveel als mogelijk onafhankelijke regieorganisatie.
 - d. Regio-ongelijkheid. Het is nodig begrip te hebben en te houden van de verschillen in werk-/adherentiegebied van iedere (regionale) organisatie en eventuele moeilijkheden om per regio afwijkende samenwerkingsafspraken. Als voorbeeld: binnen het werkgebied van GGZ-Breburg zijn een viertal regio's te onderscheiden waar het gaat om samenwerkende huisartsenpraktijken.
 - i. De regio kiest waar mogelijk voor het aansluiten van meerdere relevante organisaties binnen de regio (zo zit bijvoorbeeld bij Persoonlijkheidsstoornissen twee regio's van samenwerkende huisartsenpraktijken aan tafel).
 - ii. De regio onderkent het probleem door de voorkeur te geven aan het 'inlenen' van goede initiatieven van buurregio's wanneer op onderwerpen in de andere regio reeds gestart is met (verbeterde) samenwerkingsafspraken.
 - e. Wat is waar van welke wachtlijst? Er wordt soms (onbedoeld) onjuist verwezen, of op meerdere wachtlijsten aangemeld, of... Het is nodig om echt goed inzicht te hebben in wat er in de verwijssamenwerking aan echte problematiek speelt.
 - i. De regio heeft de opdracht opgenomen onafhankelijk onderzoek te laten uitvoeren om een goede analyse van de daadwerkelijke problematiek te hebben. Vragen zoals:
 1. Hoeveel mensen staan er op meerdere wachtlijsten?
 2. Met welke zorgvraag / zorgvragen staan mensen op de wachtlijst?
 3. Zijn er logistieke knelpunten in het systeem, waar en waarom?
 4. Als we het als één netwerk bezien, welke stappen zijn dan mogelijk?
 5. Et cetera.
 - ii. Als mogelijke oplossingsrichting wordt in de regio ook gesproken over een triagisten-/screenersoverleg met de betreffende instellingen in de regio, waar op basis van (complete) verwijsbrieven, patiënten kunnen worden herverdeeld. Aanpalende onderdelen van de behandelingen in de keten die tijdens een dergelijk overleg besproken kunnen worden, zijn:
 1. Beoordelen of en in welke vorm een (volgende) behandeling nog helpend is.
 2. Is opschalen/afschalen naar een andere instelling zinvol (zo ja moet er commitment zijn om lopende behandelingen over te nemen, liefst zonder diagnostiek over te doen zonder lange wachtlijst)
 3. Moet behandeling stoppen?
 4. Is het iets voor een herstelteam?
 - f. Kennis en reeds verstreken wachttijd gaat verloren bij (horizontale) verwijzingen.

- i. Er is gesproken over het beter op de hoogte zijn van elkaars expertise en het delen van gegevens bij het overgaan van een cliënt van organisatie A naar B. Bijvoorbeeld niet opnieuw een intake doen maar hierin meer de samenwerking zoeken, of het overnemen van de reeds verstreken (weken) wachttijd als korting/voorrang bij een volgende wachtlijst. Onderzocht moet worden of en op welke manier dit een uitvoerbaar onderdeel van de samenwerking is.
- g. Systeem van GB-GGZ en S-GGZ vormt door het onderscheid een grens, waarbij cliënten mogelijk niet op de juiste plek geholpen kunnen worden.
 - i. Zorgverzekeraar CZ heeft een nieuw product in de GB-GGZ neergezet in samenwerking met o.a. GB-GGZ-zorgaanbieders. Dit product, Eleo, heeft mede tot doel om in de GB-GGZ aanbod mogelijk te maken van aanbod welke nu qua zorg en zorgzwaarte in de S-GGZ valt. Door de over het algemeen betere beschikbaarheid van GB-GGZ, kan wordt van dit initiatief, Eleo, een bijdrage verwacht aan het terugdringen van ongewenste wachttijden. Ook voor het onderwerp Persoonlijkheidsstoornissen wordt nu door aanbieders en zorgverzekeraar CZ gesproken over de mogelijkheden die Eleo met zich meebrengt.

3. Organisatie

- a. De waan van de dag. Er is veel te doen in en rondom de GGZ. Als voorbeeld: de (enorme) systeemwijzigingen zoals die naar de Generalistische en Specialistische GGZ, of die van de decentralisatie van de jeugdzorg, de WMO en de participatiewet zijn zeer recent. Organisaties, en zeker de grotere, zijn hierop nog onvoldoende stabiel ingericht. De waan van de dag gaat voorts ook over de toevalligheden in het systeem waarbij wanneer er drie medewerkers op een afdeling gelijktijdig met langdurend verlof gaan, er direct een krapte ontstaat en daarmee (het risico op) een toename van de wachttijden.
- b. Arbeidskrapte. Organisaties, en zeker de specialistische (met taakstelling in de acute-/crisiszorg), kampen met een groeiende arbeidskrapte. Wijzigingen in spelregels rondom mede-/regiebehandelaarschap zijn in gezamenlijkheid opgesteld, en worden als noodzakelijk gezien, toch heeft iedere beperkende bepaling ook haar belemmeringen tot gevolg. Zonder adequate capaciteit is een organisatie niet bij machte aan de vraag tot verandering in het kader van wachttijden gehoor te geven.
- c. Organisatiebelangen staan regionale samenwerking mogelijk in de weg. Een mooi voorbeeld is recent in de regio waar de ene organisatie aangeeft blij te zijn de wachttijd te hebben kunnen reduceren met het aantrekken van nieuw personeel, waar de partnerorganisatie in de regio door het vertrek van diezelfde medewerker haar capaciteit ziet dalen. In dit voorbeeld heeft de medewerker in zijn/haar nieuwe baan minder uren op het onderwerp persoonlijkheidsstoornissen, waardoor de regio netto minder capaciteit op dit dossier overhoudt.
- d. Grondhoudingen zoals *'Het is het probleem van de ander'* en *'Mijn organisatie doet alles goed'*. Waar we landelijk en als regio vaststellen dat er een probleem bestaat rondom wachttijden (bijvoorbeeld bij persoonlijkheidsstoornissen), zijn er organisaties die aanbod én wachttijden in dit kader hebben, die *'als ze alles opnieuw mochten inrichten'* geen wijzigingen in de eigen organisatie / werkwijze zouden aanbrengen.
 - i. Hierover worden gesprekken gevoerd in de regio, toch is het niet ondenkbaar om een gebrek aan actiebereidheid te benoemen en waar mogelijk ook consequenties aan te verbinden.
- e. Inzicht verschaffen in bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg. Het is voor (grote) organisaties moeilijk om een actueel en kloppend inzicht te verschaffen aan de verwijspartners op een regionaal relevante plek die die partners kunnen vinden, herkennen en waarmee ook daadwerkelijk gewerkt wordt. Een vervolgstap hierin is dat met de informatie op een regionale plek de organisatie ook voor zichzelf en/of verplichte aanlevering aan bijvoorbeeld Vektis geholpen is door deze regionale plek.

- i. Er is een regionale sociale kaart per januari 2019 vrijgegeven. Hierbij kan iedere deelnemende organisatie op maat voor haar eigen organisatie de verschillende producten en wachttijden presenteren. Zie voor meer informatie ook het recente nieuwsbericht van wegvandewachtlijst: <https://www.ggznederland.nl/actueel/wachttijden-aanpakken-met-sociale-kaart->

Vraag 5:

Wanneer verwacht de taskforce deze oplossing(en) te hebben ingevoerd?

Antwoord:

De regio heeft een (deel) van de genoemde oplossingen reeds laten starten, een ander deel volgt binnen afzienbare tijd. Toch is het, ook in het kader van 'Think big, start small' een niet op één moment te vangen geheel.

Vraag 6:

Vanaf welke periode verwacht de taskforce (verdere) verbetering in het terugdringen van de betreffende wachttijden?

Antwoord:

Doorlopend. Het onderwerp is in beton gegoten op de verschillende overlegtafels. Alle relevante stakeholders zijn dagelijks met de onderwerpen betrokken. Zo is PRO-RCH uitgenodigd door GGZ Breburg om deel te nemen aan haar project 'De reis van de cliënt', is er bilateraal overleg met iedere betrokken organisatie en de huisartsenzorg over verwijzingslijnen en het verbeteren daarvan. Dagelijks zijn er op casusniveau verbeteringen in de wachttijdproblematiek waarneembaar, terwijl er evenzo vaak nog wensen zijn tot verbeteringen vanwege onwenselijke duur van wachttijden. Jaarlijks onafhankelijk en objectief onderzoek kan bijdrage aan de beeldvorming dat het inderdaad langzaam beter wordt.

Vraag 7:

Zijn er knelpunten die volgens de taskforce niet lokaal c.q. regionaal dan wel met betrokken verzekeraars kunnen worden opgelost?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 4. Een laatste onderwerp is de (ervaren) toename van zorgvragers in de GGZ en tevens de (ervaren) verzwaaring van GGZ gerelateerde vraagstukken in de verschillende domeinen. Dit wordt onder meer zichtbaar door het verder naar voren schuiven van zorgvragen naar de 'lichtst mogelijke zorg' in het kader van zorg op de juiste plek.

Bijlage 1: KPMG - Afsluitend overzicht Taskforce Midden-Brabant – Dia's organisatiestructuur

Governance regionaal taskforce

Uitgangspunten Regionaal taskforce

Oprichting

- Verantwoordelijk voor signalering knelpunten en monitoring en bewaking van voortgang oplossingsrichtingen omtrent wachttijden in de GGZ
- Kennisdeling rondom bredere opdrachten die wachttijden raken (op instellings- en regionaal niveau)

Inrichtingsprincipes

- Aansluiten bij Stafcommissie PRO-RCH met behoud van huidige deelnemers RT
- Centraal schakel- en aanspreekpunt in de regio met *bestuurlijk mandaat*
- Betrokkenheid vanuit regionale spelers: ggz aanbieders (zowel instellingen als vrijgevestigd), huisartsen, zorgverzekeraars, (centrum)gemeenten, cliënten en naastenvertegenwoordiging
- Voorzitterschap ingevuld vanuit betrokken partijen
- *Gezamenlijke* verantwoordelijkheid: waar nodig doorzettingsmacht organiseren
- Opdrachten uitzetten in werkgroepen

Werkgroepen

- Ontvangen opdracht vanuit RT
- Per opdracht wordt gekeken welke partijen (moeten) deelnemen
- Alle partijen committeren zich voor inzet t.b.v. werkgroep
- Verantwoordelijke/ trekker wordt benoemd, die rapporteert aan RT



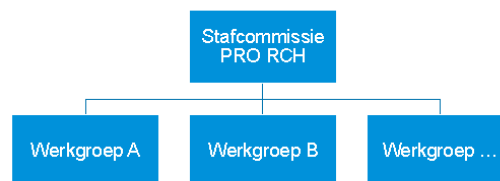
11

Governance regionaal taskforce

Inbedding in stafcommissie GGZ (1/3)

Stafcommissie PRO RCH

- PRO RCH is een platform in de regio Midden Brabant met als doel te komen tot betere samenwerking tussen GGZ-partners
- In de stafcommissie zijn deze partners op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd. Het betreft vergelijkbare partijen als bij het regionale taskforce, namelijk: ggz aanbieders (zowel instellingen als vrijgevestigd), huisartsen, zorgverzekeraars, (centrum)gemeenten, cliënten en naastenvertegenwoordiging
- De exacte vertegenwoordiging vanuit partijen verschilt enigszins (zie p.4)
- De doelstelling stafcommissie is tweeledig
 1. Signaalfunctie: wat speelt er in de organisatie en/of regio, is dit iets wat moet worden aangepakt, zo ja hoe en met wie; acties via PRO-RCH.
 2. Klankbordfunctie: wat zijn de o.a. uit de signaalfunctie voortgekomen projecten, wat zijn de ontwikkelingen en is bijsturing nodig of koers juist?
- Op concrete onderwerpen richt de stafcommissie een werkgroep in, dit is vergelijkbaar met de opzet binnen de regionale taskforces, bijvoorbeeld een werkgroep rondom persoonlijkheidsstoornissen.
- De stafcommissie komt 4 tot 6 per jaar samen



12

Inbedding in stafcommissie GGZ (2/3)

Deelnemende partijen in Stafcommissie:

- GGZ aanbieders: GGZ Breburg, PsyWijzer (vertegenwoordiging meerderheid vrijgevestigde praktijken), Indigo Brabant, Novadic Kentron* en GGD Hart van Brabant
 - Daarnaast zijn Mentaal Beter, HSK, Perspectief (aspirantlid) wel aangesloten bij het zorgprogramma GGZ maar nemen (nog) niet actief zitting in de stafcommissie maar hebben wel kwartaaloverleg met PRO RCH
- Huisartsen: Zorggroep RCH, PRO-RCH en Kring LHV (momenteel via Zorggroep RCH)
- Zorgverzekeraars: CZ en VGZ
- Gemeentelijk domein: Gemeenten Hart van Brabant (via centrumgemeente Tilburg), Maatschappelijk werk zoals IMVW, RIBW Brabant, Juvans, et cetera (via Gemeente Tilburg)
- Cliënten en naastenvertegenwoordiging: Zorgbelang Brabant

Te betrekken aanvullende partijen omtrent wachttijden (levende lijst)

- PsyQ
- Silver Psychologie

Aandachtspunten bij inbedding in stafcommissie

- De cliënten en naasten zijn in de stafcommissie vertegenwoordigd door Zorgbelang Brabant en in het RT door de cliëntenraad van GGZ Breburg.
- De gemeente Waalwijk wordt in de stafcommissie vertegenwoordigd door de centrumgemeente Tilburg
- Verschillen in personen vanuit deelnemende partijen

* In afwachting van nieuwe afvaardiging na managementwissels

Inbedding in stafcommissie GGZ (3/3)

Voorstel

- De taak van de regionale taskforce wordt ondergebracht in de stafcommissie, waar het onderwerp wachttijden zo lang als er regionale uitdagingen zijn wordt opgepakt
- De stafcommissie pakt de regionale knelpunten op, monitort deze, zet opdrachten uit richting werkgroepen en signaleert nieuwe knelpunten (zie opdracht RT p.1)
- De werkgroepen rapporteren aan de stafcommissie
- Per werkgroep wordt gekeken welke partijen in de regio uit de stafcommissie en levende lijst moeten worden betrokken
- Aanvullend op de huidige deelnemende partijen aan de stafcommissie worden alle andere partijen die momenteel deelnemen aan het RT betrokken door hen:
 - actief te consulteren ten aanzien van input op de regionale wachttijden uitdagingen
 - deel te laten nemen aan de werkgroepen
 - te laten adviseren op basis van de werkgroep resultaten/ adviezen
 - te informeren over ontwikkelingen rondom het agendapunt wachttijden
 - Partijen die deelnemen aan het zorgprogramma kunnen op onderwerp worden uitgenodigd bij de stafcommissie aan te sluiten, overige partijen via een van bovenstaande vier mogelijkheden.
- Bovenstaande kan via voor/ nabespreken of gerichte uitnodiging voor het agendapunt wachttijden waarbij de voorkeur ligt bij het vooraf bespreken.