



Anders Kijken naar wachttijden in de ggz  
Ontrafelen van patronen door reconstructies van complexe  
casuïstiek

Barneveld, 12 juli 2018

Auteurs: Georget Bouman en Rosemunde Vonk (2Unravel)

Met medewerking van: Wouter Jongebreur (Significant)

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Een drietal casussen uit de praktijk</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Stappen en opzet van de reconstructies</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>Patronen rond complexe casuïstiek en wachttijden in de ggz</b>	<b>13</b>
3.1	Patronen rond cliënten	13
3.2	Patronen rond zorg	17
3.3	Patronen rond samenwerken	22
<b>4.</b>	<b>Beschouwing en opbrengsten</b>	<b>31</b>
4.1	Het wachttijdvraagstuk is divers	31
4.2	De oogsten van de reconstructies	31
4.3	Hoe verder?	32

## Voorwoord

In juli 2017 heeft Edith Schippers, de toenmalige minister VWS, een aantal stevige afspraken met ggz-partijen gemaakt. Een van die afspraken: volledige inzet om de wachttijden binnen een jaar binnen de 'Treeknormen' te krijgen.

Met het oog daarop hebben GGZ Nederland, cliënten- en familieorganisatie MIND en Zorgverzekeraars (ZN) advies- en onderzoeksbureau Significant gevraagd door (veld)onderzoek inzicht te geven in de dynamiek van het wachtlijstvraagstuk en (dis)functionele patronen tussen betrokken mensen en organisaties bloot te leggen. Geen data-analyses of tekentafeloplossingen, maar in gesprek van mens tot mens inzicht krijgen in wat er speelt en gezamenlijk tot oplossingen te komen.

De afgelopen maanden hebben wij oriënterende gesprekken gevoerd met verschillende betrokkenen rondom 12 cliënten die wachten op passende zorg en hebben we samen met betrokkenen 9 casussen gereconstrueerd. Snel werd ons duidelijk dat het onderwerp niet alleen leeft in Den Haag, maar ook bij de mensen die er in hun dagelijkse werk continu mee te maken hebben. Iedereen die wij spraken had er een mening over en een mening over de oorzaak. Wat meer dan duidelijk werd, is dat er bij alle betrokkenen frustratie is en gevoel van onmacht. Omdat het veel betrokkenen aan het hart gaat dat mensen langer lijden dan nodig is. Maar vooral omdat er ondanks alle tijd en inspanningen die professionals, cliënten en naasten doen het vaak niet lukt om goede zorg te regelen.

Hierbij willen we iedereen bedanken die deel genomen heeft aan dit onderzoek. Voor het vertrouwen dat we mochten meekijken, juist daar waar het niet is gelukt en er geen succesverhaal te vertellen was. We hopen dat we de belofte van 'waardevrij onderzoeken' tijdens de reconstructies waar hebben gemaakt. En voor de tijd die eenieder heeft vrijgemaakt voor het gezamenlijk reconstrueren van de casuïstiek. We noemen hier bewust 'tijd heeft vrij gemaakt'. Want alle betrokkenen hebben naast hun dagelijkse volle agenda's in zowel privé en werktijd ruimte gecreëerd en tijd gestoken in het (helpen) voorbereiden en deelnemen aan de reconstructies. Iets wat achteraf een van de grootste opgaven bleek tijdens dit onderzoek.

**Dus**, Caroline Voorbrood (GGZ Delfland) Karin Slager (Dimence), Jasper Zandvoort (AMC), Miranda Frederiks (AMC), Claire Woltering (Reinier de Graaf Groep), Peter van Lier (CCE), Rutger Clarijs (CCE), Wendy Kroese (Ipse de Bruggen), Margreet van Hemmen (gemeente Delft), Lisa Bout (Jeugdzorg), Annetje Ouwehand (GGZ Delfland), Simon Slagter (de Jutters), Marielle Klomp-Mohle (Rivierduinen), Marjolein van Avesaath, (Rivierduinen), Lilian van Geelkerken (Rivierduinen), Marga van der Laan (Expertcare), Tanja Etman (GGZ Delfland), Barbara van Knippenberg (Ursula), Eelco Teensma (GGZ Ingeest), Francine Loos (Veiligheidshuis Rotterdam), Jessica Wesselius (Arkin), Bianca Kleinhuis (Behandelcentrum Ipse de Bruggen), Leendert van den Brink

(Zorgkantoor Zilveren Kruis Achmea), Angelique Bink (Wijkagent), Loes Geuvers (Antes), Ilse van Esch (Ipse de Bruggen), Marina Jongenotter (VHRR), Maarten Fonkert (Veiligheidshuis), Laura van Goor (Antes groep), Henriette Cuperus (Antes groep), Michiel Vermaak (VHRR en stichting Zuidwester), Enze Schwarz (Mee Rotterdam), Tineke Prins (Gemiva Zorg), Loes Geuvers (Antes), Koos Heinsius (Antes), Gertrude Nederpelt (Arkin), Linda Dil (Arkin), Paul de Graaf (Cliëntbelang), de heer Nijkamp (Huisarts), Sjoerd Kosterman (Arkin), Marieke Boele van Hensbroek (Zilveren Kruis Achmea), Roos Hezemans (Huisarts), Jacqueline Latumalea-Vos (GGZ Drenthe), Henri Sellies (Dimence), Jan Woldman (Cosis), Sylvia Korthagen (Zorgkantoor Midden IJssel), Simone Veltman (Duurzaam verblijf), Peter Grispen (Interaktcontour), Lotte Driessen (Hbo-V-leerling FACT-team Dimence), David Eskes (Trajectum), Fenna van Koningsveld (Dimence), Marga Wester ('s-Heerenloo), Esdert-Jan Doddema), Bonita de Jong (CIZ), Johannes van de Fliert, (Huisarts), Thijs Fassaert, (GGD), Wilco Tuinebreijer (GGD), Anita Schiphorst (Mentrum), Monique Baars (GGD), Roxanne Parris (Prezens), Taeke Damstra (Volksbond), Jose Falke (Ingeest), Marieke Schenk (Ingeest), Vivianne Lauffer (Ingeest), Jago Roersma (Ingeest), Sabine Vriend (Ingeest), Didi Rhebergen (Ingeest), Anneke Krab (CIZ), Vera Fischer (CIZ), Eline Laarhoven (CIZ), Michele Dankmeyer (Ingeest), Cor van de Water (Leger des Heils), Johanneke van der Nagel (Tactus), Sanne Weeda (Antes), Eveline Rietdijk (Antes), Violet van Dee (UMC Utrecht), Leonie Terpstra (de Bascule) en wellicht vergeten we nog iemand. ***Dank jullie wel!***

Georget Bouman  
 Rosemunde Vonk  
 Wouter Jongebreur  
 Juli 2018

## 1. Een drietal casussen uit de praktijk

### Arjan

Arjan is een vijftigjarige man die vanaf zijn 20<sup>ste</sup> last heeft van depressieve periodes. Hij heeft op verschillende momenten verschillende vormen van begeleiding gehad. Bij elkaar genomen is de periode van zorg (van intensieve dagbehandeling binnen ggz tot gesprekken met poh-ggz/psycholoog nu) ruim 17 jaar geweest.

*“Ik merk dat mijn klachten te veel blijven bestaan. Therapie tot nu toe is niet oplossend genoeg geweest; ik kom niet wezenlijk verder. Het werkt wel corrigerend en stabiliserend.*

*Ik ben zelf onderzoek gaan doen in het veld, zorgaanbieders vergeleken. Het is wel een kluit om te onderzoeken waar je voor wat terecht kan, ik kan me voorstellen dat mensen afhaken.*

*Vroeger was er een organisatie waar je kon binnen lopen, ‘info mentaal’ of zoiets. Hier kon je terecht met vragen over waar je het best geholpen kon worden. Informatiepunt voor vragen, laagdrempelig”.*

Arjan heeft een eigen en zelfstandig leven en werk. Ook in periodes waarin zijn depressie opspeelt, lukt het hem doorgaans om te blijven werken.

Het vraagstuk van Arjan gaat over een wachttijd op een moment in de zomer van 2017. Dan is hij ernstig depressief en heeft suicidale gedachten. Na aanmelding bij een onderdeel van een grote zorgaanbieder (gericht op angst, depressie en bipolaire stoornissen) in november 2017 heeft Arjan via zijn huisarts een brief ontvangen waarin wordt aangegeven dat de wachttijd minimaal 11 tot 12 weken is. Arjan heeft naar aanleiding hiervan in januari 2018 contact gehad met de zorgverzekeraar over de ‘wachttijstbemiddeling’ die op de site vermeld staat. Arjan geeft aan dat de zorgverzekeraar hierbij niets voor hem kon betekenen. De geboden ‘wachttijstbemiddeling’ bestond in dit geval uit het bieden van een behandelaar tijdens het overbruggen van de wachttijd. Aangezien Arjan nog bij de poh-ggz was, heeft hij aangegeven hier geen gebruik van te willen maken omdat hij een specifieke behandeling zoekt.

In maart 2018 vindt een intakegesprek plaats. Daarna wordt Arjan doorverwezen voor een specifieke behandeling naar een ander meer passend onderdeel van dezelfde zorgaanbieder, namelijk een gespecialiseerd onderdeel voor behandeling van persoonlijkheidsproblemen. Voor deze intake is een wachttijd van 4 weken.

Daar vindt opnieuw een intake plaats en volgt een advies voor weer een ander type behandeling namelijk kortdurende psychoanalytische, steungevende psychotherapie. Arjan was er zelf niet helemaal van overtuigd dat de ‘eerder geadviseerde behandeling niet passend zou zijn geweest’. De behandeling die is geadviseerd heeft een wachttijd

van 1 jaar. Arjan kreeg geen keuze tussen mogelijke behandelingen, noch werd besproken dat voor deze behandeling ook andere aanbieders bestaan in dezelfde of andere regio waarvoor (wellicht) kortere wachttijden bestaan. In het adviesgesprek werd door de hulpverlener luchtig omgegaan met wachttijden. Eerst werd aangegeven dat de wachttijd een halfjaar was, daarna toch een jaar. Voor Arjan was dit storend en verwarrend. Hij kreeg de indruk alsof een halfjaar wachten niets is.

Arjan is vanaf het najaar van 2017 aan het wachten op behandeling en hoopt in april 2019 te kunnen beginnen met de behandeling.

Bij de reconstructie waren 4 bij de casus betrokken hulpverleners aanwezig vanuit diverse organisaties.

### Suzanne

Suzanne is enig kind, ze woont bij haar moeder en grootmoeder. Haar vader is uit beeld. Ze is (op het moment van reconstructie) bijna 18, houdt van paarden en muziek (Shawn Mendes, Ed Sheeran). Ze kijkt graag Nickelodeon en werkt met strijkkralen. Ze leeft in een hoekje op de bank onder dekentjes (doorgaans zonder sokken) en kijkt vooral televisie; tekenfilms en oude series. Suzanne oogt jonger dan haar kalenderleeftijd, ze geeft een sombere indruk en houdt zelf strak vast aan eigen patronen. Suzanne wordt omschreven als ingetogen, rustig, kwetsbaar, fragiel, wantrouwend, angstig, geïsoleerd en vermijdend. Daarnaast is ze vlak en gevoelloos. Ze geeft aan ongelukkig te zijn.

Suzanne heeft de lagere school afgerond en in de overgang naar de middelbare school is een patroon van uitval zichtbaar geworden, totdat zij helemaal thuis is komen te zitten. Het opstarten van flex-onderwijs is niet gelukt, er is onduidelijkheid over afspraken en er zijn verschillende verwachtingen tussen moeder en dochter enerzijds en school en begeleiding anderzijds.

Qua diagnostisch beeld is er bij Suzanne sprake van autisme, mogelijk zwakbegaafdheid (evenals bij haar moeder), een zorgelijke relatie met de moeder en een ernstige eetstoornis waardoor regelmatig een levensbedreigende situatie ontstaat. Daarnaast zijn stemmingsstoornissen, sociale angststoornissen en bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling gediagnostiseerd.

Suzanne is als gevolg van haar ziekte wisselend niet of beperkt mobiel. Suzanne heeft geen sociale contacten. Een duidelijk patroon is dat moeder en dochter met regelmaat niet op afspraken komen, afspraken afgezegd worden of ze niet mobiel genoeg zijn om naar afspraken te komen. Soms is het is onduidelijk wat de reden is van het niet nakomen van afspraken.

In de thuissituatie ontvangt het meisje en haar moeder intensieve psychiatrische thuiszorg, ambulante ggz, somatische thuiszorg, sondevoeding en is er begeleiding vanuit het ziekenhuis, onder andere diëtetiek. Daarnaast is jeugdbescherming en jeugdzorg betrokken.

In de periode 2011-2016 is het meisje regelmatig opgenomen in verschillende ziekenhuizen in verband met acuut somatisch gevaar. Daarna gaat zij met verschillende vormen van intensieve thuiszorg (ggz en somatisch) en ondersteuning weer naar huis. Bij verschillende zorgaanbieders is/wordt gekeken of er een passende zorg (plek) voor haar is. Door de combinatie van somatiek, psychiatrie en het familiesysteem is het lastig om passende zorg te vinden. De voorliggende hulpvraag wisselt, soms in hoog tempo. Als de eetstoornis voorliggend is, wordt ze opgenomen en behandeld. Echter, opname in een kliniek voor eetstoornissen blijkt lastig in verband met haar autisme en mogelijk zwakbegaafdheid. Opname in de psychiatrie is ingewikkeld vanwege haar eetstoornis. Geschikte combinatieplekken van somatiek en psychiatrie zijn moeilijk vindbaar. Amsterdam Medisch Centrum heeft enkele plekken, daar is Suzanne twee keer opgenomen geweest. Echter, deze plek helpt haar niet op lange termijn; daarvoor is een omgeving nodig waarin Susanne naast stabilisatie ook, binnen haar eigen mogelijkheden, leert omgaan met haar eetstoornis. Tijdens de reconstructie van deze casus waren 19 hulpverleners aanwezig die (nauw) betrokken zijn bij Suzanne.

### Peter

Peter is 40 jaar en woont in bij zijn bejaarde ouders. Ze wonen aan een Hofje. Peter heeft geen werk, geen dagbesteding en dagstructuur. Hij heeft een dominante houding en bepaalt wat er wordt gedaan in huis, zijn ouders volgen hem. Hij krijgt overal zijn zin in. Zijn moeder is niet eerlijk in de communicatie. Ze wil niet dat haar zoon zich vervelend voelt en geeft hem zijn zin. Moeder wuift de ernst van zijn gedrag weg. Vader (mogelijk dementerend) is bang van hem, hij geeft aan dat zijn zoon hem slaat. Buurtbewoners en hun kinderen zijn bang van Peter, zij hebben te maken met klappen, schoppen en verbaal geweld van Peter. Buren en familieleden komen niet meer over de vloer. Zus en broer van cliënt geven aan dat situatie al jarenlang speelt en verergert.

De wijkagent en politie worden zeer regelmatig ingeschakeld. Vanaf 2001 is Peter in beeld bij zorginstanties (crisisopname, ggz-begeleiding, vg-begeleiding) en politie, in wisselende intensiteit. Mishandeling van buren en familie vindt plaats. Hulpverlening is meerdere malen afgehaakt volgens informatie vanuit politie. Het lijkt dus lastig om Peter goed in zorg te krijgen. Hulpverlening heeft het beeld dat Peter uit huis geplaatst moet worden in begeleid wonen. Moeder werkt hieraan "onder geen beding" mee. Peter wil ook het liefst thuis blijven wonen. Peter stelt eisen die niet haalbaar zijn; hij wil werken bij supermarkt waar hij heeft gewerkt. De leidinggevende van de

supermarkt geeft aan dat er dan intensieve begeleiding nodig is omdat Peter vrouwelijke klanten en collega's onheus bejegent.

In meerdere beschrijvingen van politie en andere hulpverleners komt naar voren dat Peter, als hij getriggerd wordt (vaak door emotie moeder), een mes wil gaan pakken. Dit mes (samoerai zwaard) heeft hij thuis in zijn kamer liggen. Hij heeft hier hulpverleners mee bedreigd evenals zijn broer. Begin 2016 vertelt Peter aan de politie dat hij een kop, een tafel en een stoel naar de buurman zijn hoofd heeft gegooid. Later geeft Peter tijdens een gesprek met de psychiater aan ook een keer een politieagent te hebben geslagen.

In de periode van 2011 tot 2016 zijn verschillende meldingen geweest bij de politie. Dit ging voornamelijk over huiselijke twist, geluidsoverlast en assistentie bij het leveren van zorg (ggz-fact). In december 2016 wordt Peter verplicht opgenomen bij een ggz-aanbieder door escalatie van de thuissituatie. De SPV-er concludeert dat er geen enkele andere optie is dan een klinische opname. Toeleiding naar dagbesteding is meerdere malen niet van de grond gekomen vanwege de gedragsproblematiek van betrokkene. De moeder van Peter spreekt na het uitspreken van de RM dat ze van plan is zelfmoord te gaan plegen. Later die dag heeft de crisisdienst moeder nog bezocht. Moeder blijft tijdens opname voor Peter "zorgen", ze stuurt kaarten, doet boodschappen en belt geregeld. Peter is tijdens deze opname onderzocht en gediagnostiseerd. Peter heeft zelf geen behandelvraag of probleembesef. Hij wil zijn ouders alleen maar helpen, hij weigert dagbesteding, hij wil weer werken bij de supermarkt. Peter wil graag terug naar zijn ouders, maar behandelaars denken dat hij beter tot zijn recht komt in een 'VG omgeving'. Moeder ziet Peter het liefst zo snel mogelijk weer thuis.

Om het proces naar begeleid wonen te versnellen en te zorgen dat dit goed gaat verlopen is het volgens de ggz-aanbieder noodzakelijk dat patiënt met voorwaarden naar huis gaat. Het idee is dat hij dan bij zijn ouders komt en een acceptatieproces om het ouderlijk huis te verlaten in gezet worden. Hierbij dient goede adequate begeleiding door het fact-team te worden ingezet. Eind april 2017 gaat Peter met ontslag onder voorwaarden van begeleiding van door fact-team. Het fact-team van ggz-zorgaanbieder A ondersteunt in de toeleiding naar begeleid wonen bij een vg-instelling (directe plaatsing in onmogelijk, wachttijd is daar 4 jaar) en biedt overbruggingszorg.

Het fact-team van ggz-zorgaanbieder A verwijst naar vg-zorgaanbieder A omdat vraagstuk en nodige begeleiding van Peter toch geen ggz vraag is. Vg-zorgaanbieder A biedt ambulante begeleiding gericht op dagbesteding en toeleiding naar begeleid wonen. In juli 2017 is onrust in de buurt, de politie wordt ingeschakeld. Zij spreken meerdere buurtbewoners, Peter en zijn ouders over ruzie en geluidsoverlast. Een week later bedreigt Peter een ambulante begeleider van vg-zorgaanbieder A.



Er ontstaat een onveilige thuissituatie waarbij Peter zijn ouders bedreigt, mishandelt en manipuleert en niet de nodige begeleiding geboden kan worden. Peter werkt niet mee aan gestelde doelen, vertoont agressief gedrag waardoor huisbezoeken niet mogelijk meer zijn. Door de verstandelijke beperking, autisme en het ontbreken van structuur en kaders is er sprake van overvraging. Peter zorgt voor overlast door zijn gedrag, is zeer snel geïrriteerd en reageert agressief als iets hem niet bevalt.

In september 2017 wordt Peter opgenomen door middel van een crisisplaatsing bij vg-zorgaanbieder B. Het is wenselijk om voor de ouders een begeleider in te zetten om hen te ondersteunen in eigen functioneren en het leren omgaan met de situatie, ondersteunen in contact maken met hun zoon (systeemaanpak). Moeder staat hier in eerste instantie niet voor open, maar hier helpt een duidelijke communicatie. Zus gaat dit via de huisarts regelen en vg-zorgaanbieder A houdt hierbij vinger aan de pols.

Peter gaat bij vg-zorgaanbieder B zo door het lint dat politie ter plaatse moet komen. Vg-zorgaanbieder B kan Peter niet meer houden en er ligt een urgentieverzoek bij het zorgkantoor over een passende plaats.

Ondanks intensief rondbellen lukt plaatsing niet. Uiteindelijk helpt ggz-zorgaanbieder A vrijdagmiddag om 16:45 uur door Peter op te nemen met het bericht dat het gaat om een tijdelijke plaatsing en doorplaatsing na het weekend. Doorplaatsing lukt niet. Contact met CCE en zorgkantoor loopt. Halverwege oktober geeft ggz-zorgaanbieder A aan het verblijf van Peter en de verantwoordelijkheid voor zijn opname te stoppen met het bericht: 'deze meneer is geen ggz-vraag en houdt een plaats bezet voor een ggz-cliënt'. Wanneer doorplaatsing niet lukt, bestaat de kans dat Peter naar huis terug gaat bij ontslag. Uiteindelijk gaat Peter naar vg-aanbieder B, waarover vg-aanbieder zegt: 'we moeten om de beurt een dergelijke casus op nemen'. Moeder houdt hulpverlening af.

Bij de reconstructie waren 17 bij de casus betrokken hulpverleners aanwezig vanuit diverse organisaties.

## 2. Stappen en opzet van de reconstructies

Tijdens het verdiepend onderzoek naar de wachttijden hebben we de volgende stappen doorlopen.

### Stap 1: Casuïstiek verzamelen, beoordelen en selecteren

In overleg met de opdrachtgevers is in september 2017 gekozen om verdiepend onderzoek rond casuïstiek te doen in de (zorg)regio's Rotterdam, Amsterdam en Midden IJssel. Deze keuze is gemaakt op basis van de daar aanwezig geachte diversiteit en de mate van wachtlijstproblematiek - onder andere door de aanwezige doelgroep met ernstig psychische aandoeningen ('epa' doelgroep) - en de verdere verbreding naast acht andere regio's waarin al met regionale taskforces gestart was. De opdrachtgevers MIND, ZN en GGZ NL hebben vervolgens organisaties uit hun netwerk uitgenodigd om casuïstiek aan te leveren. Alle betrokkenen die een rol hebben is de mogelijkheid geboden casuïstiek aan te dragen zoals cliënten of vertegenwoordigers, gemeenten, sociale dienst, lokale wijkteams, politie, woningbouwcorporaties, zorgverzekeraars, aanbieders van specialistische-ggz en aanbieders van basis-ggz, huisartsen en praktijkondersteuners ggz (poh-ggz). Dit geldt ook voor hun brancheorganisaties of andere relevante organisaties zoals het landelijk Schakelteam voor personen met verward gedrag.

Uitgangspunten in het verzamelen en selecteren van casuïstiek waren:

- Het gaat om 'complexe wachtlijstproblematiek' van zorgvragers op de wachtlijsten van de zorgaanbieders, zowel complex qua vraagstuk (zorgvraag) als qua samenwerking.
- Wij richten ons in ieder geval op vraagstukken waarin sprake is van:
  - cliënten met autisme; of
  - cliënten met persoonlijkheidsstoornissen; of
  - cliënten met trauma; of
  - cliënten met licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek.
- Er kan sprake zijn van een fout in het systeem: een organisatie of persoon doet niet wat hij of zij zou moeten doen of de samenwerking tussen organisaties loopt niet goed.
- De situatie leidt tot extra schade voor de betreffende cliënt/burger. Het kan om acute gevallen gaan, maar ook om gevallen waarin het uitblijven van goede hulp langzaam de uitzichtloosheid vergroot, bijvoorbeeld geen toegang tot zorg bij crisis, lange wachttijden, onhoudbare thuissituaties, sociale problematiek die zich opstapelt en waar niet adequaat op wordt ingegrepen.

In totaal hebben wij 29 casussen toegestuurd gekregen. Hieruit zijn 12 casussen geselecteerd om te gaan reconstrueren.

### Stap 2: Voorbereiding reconstructie

Na de keuze van een casus hebben wij per casus een of twee intakegesprekken gehad met degene die de casus heeft opgestuurd en direct betrokkenen. In dit intakegesprek bespraken we wat het vraagstuk in de casus is, wat er al geprobeerd is, wie betrokken zijn, de visie op het achterliggende vraagstuk, ervaring van de betrokkenen met de casus en hun vragen en ideeën over oplossingsrichtingen.

In overleg met de inbrenger van de casus zorgden we dat alle relevante betrokkenen benaderd werden om deel te nemen en plannen we een bijeenkomst van een dagdeel. Tevens vroegen wij de deelnemers om vooraf te zorgen dat ze informatie over de casus paraat hebben of ons toe te sturen om een feitelijke tijdslijn te maken van gebeurtenissen en interventies die hebben plaatsgevonden. De tijdslijn is in de meeste gevallen vooraf en samen met de inbrenger gemaakt.

### Stap 3: Aanpak tijdens casuïstiekbespreking

In het grootste deel van de reconstructies hebben we gewerkt met het 'waardevrij onderzoeken aan de hand van een tijdslijn'.

#### *Tijdslijn samen maken en ontdekken van niet helpende interactiepatronen*

Aan de hand van de vooraf opgestelde tijdslijn hebben we samen met de betrokkenen een volledig beeld gereconstrueerd van alle interventies die hebben plaatsgevonden rond de persoon in de casus. Deze tijdslijnen zijn tijdens de reconstructies besproken, gecorrigeerd en aangevuld zodat zich een compleet overzicht vormde rond de persoon in de casus. Ook is met elkaar uitgewisseld wat voor betrokkenen kritische of belangrijke momenten waren en wat ertoe geleid heeft dat het gelopen is zoals het gelopen is.

#### *Waardevrij onderzoeken*

Hierbij zijn wij met deelnemers aan de slag gegaan met waardevrij onderzoeken. Kort gezegd gaan we er hierbij vanuit dat iedereen vanuit zijn rol en perspectief met de beste bedoelingen gehandeld heeft en ieder ander in die positie min of meer hetzelfde gedaan zou hebben. We gaan daarbij op zoek naar wat het logisch maakt dat iets op een bepaalde wijze gelopen is zonder een oordeel te vellen over de persoon. Wel mogen we een oordeel hebben over het effect op het vraagstuk, in dit geval of er voor de cliënt waar het over ging tijdig passende zorg geregeld is.

Daarbij zijn we met elkaar gaan benoemen wat de functionele (positieve ondersteunende) patronen zijn en de disfunctionele patronen: de patronen die tussen betrokkene ontstaan maar die niet helpend zijn. Het gezamenlijk zien van deze patronen geeft deelnemers de mogelijkheid om vergelijkbare situaties anders te

handelen (experimenteren) en met elkaar aan de slag gaan voor het creëren van oplossingen voor morgen.

#### *Cliënt en context in beeld*

In enkele gevallen is ook het sociale netwerk en de context van de betrokkene in kaart gebracht waardoor een completer beeld ontstond van de situatie.

#### *Future perfect thinking en herformuleren vraagstuk*

Hierbij vroegen wij betrokkenen de (mogelijke gewenste) toekomst te beschrijven rond de zorgvrager/cliënt uit de casus als zijnde het al zover is. Aan de hand van die uitkomsten is het vraagstuk rond de persoon in de casus opnieuw geformuleerd en zijn bijdragen en activiteiten voor het vervolg benoemd en afgesproken.

#### Stap 4: Verslaglegging

Van elke casus is een kort verslag gemaakt waarbij is ingegaan op de knelpunten, de disfunctionele en functionele patronen en door wie wat geleerd is in de betreffende casus en met welke nieuwe acties en oplossingen aan de slag wordt gegaan. Deze weergave vormt een analyse van het vraagstuk rondom de casus. Op basis van de gezamenlijke verslagen is deze rapportage tot stand gekomen.

#### Stap 5: Oogsten met opdrachtgevers en betrokkenen uit de praktijk

In de laatste fase hebben we samen met GGZ NL, Mind, ZN en het ministerie van VWS en een aantal betrokkenen uit de praktijk die deel genomen hebben aan de reconstructies gekeken welke interventies iedereen vanuit zijn eigen rol anders of beter kan doen om een bijdrage te leveren aan het doorbreken van de disfunctionele patronen en dynamieken die we gezien hebben. Dit vanuit het idee dat het zicht op patronen en dynamieken in de regio landelijke partijen aanknopingspunten biedt om effectiever interventies te doen of condities te creëren in de regio waardoor zorgverleners beter met deze complexe vraagstukken en wachttijden om kunnen gaan. De opbrengsten hiervan beschrijven we in het laatste deel van deze rapportage.

### 3. Patronen rond complexe casuïstiek en wachttijden in de ggz

In onze bevindingen beschrijven we de patronen (zich herhalende handelingen van en tussen mensen) die wij zien in ons onderzoek van complexe casuïstiek waarin wachttijdproblematiek aan de orde is. De patronen die we hier beschrijven zien wij bij de 15 intakegesprekken in 12 casussen, diverse telefonische contacten en 9 uitgevoerde reconstructies. De 9 reconstructies waren divers. Ze varieerden van mensen met een inhoudelijk complexe zorgvraag en veel (15 tot 18) betrokken zorg- en hulpverleners tot casussen waar iemand 'simpelweg' lang moest wachten voordat er gestart kon worden met de zorg.

Het werken met complexe en vastzittende casussen brengt met zich mee dat het zwaartepunt in het beschrijven van de patronen ligt op de disfunctionele patronen. Tijdens de reconstructies zijn betrokkenen vooral gaan onderzoeken welke patronen hen niet helpen in de praktijk en hoe ze die kunnen veranderen. Dat laat onverlet dat er tegelijkertijd ook veel dingen goed gaan. Ook is het niet de bedoeling om met het beschrijven van de patronen die we zien te oordelen over de patronen of individuele betrokkenen. Al het handelen of het niet handelen dat we beschrijven is logisch en functioneel vanuit de context waarin alle betrokkenen opereren. Betrokkenen houden samen de patronen in stand. Wel kunnen betrokkenen aan de hand van de beschreven patronen een oordeel vormen over het effect van de patronen op de situatie van de cliënten zoals beschreven in de casuïstiek.

#### 3.1 Patronen rond cliënten

Het zwaartepunt ligt op diagnoses, interventies en behandelactiviteiten waardoor persoon, systeem en context minder in beeld zijn. Bij complexe casuïstiek (meerdere diagnoses) zijn naast persoon, systeem en context van belang voor effectieve behandeling.

Tijdens de reconstructies merken we dat het zwaartepunt in het bespreken van het vraagstuk van cliënten ligt op het bespreken van diagnostiek, benodigde interventies en behandelactiviteiten. Over de cliënt wordt gepraat in termen van diagnoses, interventies, behandelactiviteiten, verwachte of waargenomen effecten van behandelingen en de wijze van bejegening door hulpverleners. Dit is logisch en in veel gevallen ook helpend. Vanuit hun professionele achtergrond en hun vak willen ggz-professionals oplossingen bieden voor cliënten met een psychische kwetsbaarheid. Als oplossingen voor cliënten minder voor de hand liggen of er is sprake van complexe casuïstiek, waar meerdere professionals bij betrokken zijn, heeft het ook effecten die niet functioneel zijn. Het effect van het met elkaar praten in diagnoses, interventies en behandelactiviteiten is dat hulpverleners een deel van de context missen en dat hulpverleners een aantal andere interventies of mogelijkheden uitsluiten. En mogelijk

daardoor een persoon niet helpen. Het stellen van een diagnose lijkt vrijwel altijd te betekenen het aanbieden van een daaraan gekoppeld zorgaanbod. De vraag is, als betrokkenen wel de gehele context mee zouden krijgen, wat dan de invloed is op het handelen. Maakt dat het beslissen of je iemand in zorg neemt makkelijker? Kom je dan sneller tot juiste afwegingen? Kies je ook voor een ander behandelaanbod of wellicht zelfs geen behandelaanbod, maar een ander alternatief waar iemand baat bij heeft.

Tijdens de reconstructies wordt duidelijk dat bij complexe vraagstukken de cliënt als mens en zijn/haar context van belang zijn voor benadering en wijze van handelen door professionals. Naast ziektebeelden, labels en diagnoses is voor effectieve begeleiding en behandeling meer nodig zoals om wie gaat het als persoon, sfeerbeeld, leefwereld, typering van de relaties, het sociale systeem, de woonomgeving, iemands postuur en de indruk die iemand maakt.

Tevens wordt geconcludeerd dat beoordelen en diagnoses stellen in gevallen waarbij de context van cliënten betrokken wordt een betere afweging mogelijk maakt. Zo wordt tijdens een van de reconstructies door betrokkenen die bij de cliënt op huisbezoek zijn geweest, aangegeven dat dit zeer informatief was.

Zo geeft een zorgaanbieder aan over een cliënt die daar vervolgzorg krijgt:

*“Wij zijn ingestapt op basis van ‘geen’ agressie en gedrag als een kind van 3. We hebben het ervaren alsof we niet goed geïnformeerd zijn en alles te horen gekregen hebben. We missen contextinformatie. We hadden ook wel willen weten wat zijn postuur was en de situatie in het gezin.....We zijn bij de ouders op bezoek geweest. Het op bezoek gaan was heel informatief, ze wonen aan een klein hofje. Dagbesteding is essentieel zie ik nu.”*

Vooraf bij cliënten waarbij niet meteen duidelijk wordt wat passende zorg is, blijkt context nog belangrijker dan diagnostiek. Zo gaf een ggz-behandelaar aan:

*“Behandeltechnisch hebben we geen idee wat we deze man nog kunnen bieden. De context is belangrijk; die moet rustig zijn. Dat was bij de ‘lang-verblijfsplek’ goed. Als hij zijn ding kan doen is, dat het hoogst haalbare. Ons advies: kleinschalige prikkelarme setting met begeleiding voor NAH. Maar alle NAH-settingen vinden deze casus te complex. De enige plek die zou passen heeft een enorme wachtlijst. Ze adviseerde ons niet eens aan te melden.*

*Een zorgbemiddelaar: We hebben over deze meneer een paar keer contact gehad. Destijds in het veld gegooid als dubbele diagnose: NAH/psychiatrie. Die locatie waar hij naartoe zou gaan was zoekende: wat kunnen we wel en wat niet aan. Toen kregen we discussie: ook paranoïde schizo + verslaving. Ik ben van mening dat die altijd op de voorgrond blijft staan, zeker met wonen. Als iemand bij ons komt wonen ontstaat veel vrijheid. 99% van de gevallen waarin sprake is van verslaving gaat dan mis. We hebben niet veel mogelijkheden om grenzen aan te*

*brengen. Fact had een stukje controle kunnen doen, maar op een gegeven moment is voor ons duidelijk geworden dat zo'n zware diagnose (schizofrenie) niet past op onze plek.*

*De behandelaar van de ggz: Als ik mijn lijstje ga vinken heeft hij nou eenmaal ook deze paranoïde schizofrenie, maar in het gedrag staat dit niet op de voorgrond. Dat hangt af van de omgeving waar hij verblijft. Als je inzoomt is het iemand die psychosegevoelig is bij gebruik van veel drugs. Bij deze groep vang je altijd bot op die manier."*

In verschillende casussen is geconcludeerd dat de aandacht (te) lang gericht is geweest op de cliënt terwijl het systeem waarin de cliënt zich bevindt, en wat mede de problematiek van de cliënt in stand houdt, veel breder is. En ook het systeem van de hulpverlening neemt zichzelf en haar eigen effectiviteit niet kritisch onder de loep. Alle interventies worden gericht op de cliënt zelf, terwijl daarop het minst invloed lijkt te zijn. Het effect in deze casuïstiek is dat er niet of nauwelijks verbetering optreedt.

*"De moeder weet het heel mooi te verdraaien zodat hij er mooi uitkomt. Ik blijf voor hem zorgen tot ik dood ben. Moeder zegt ja onder druk maar doet nee. Ze houdt zorg af. We hadden eerder in moeten grijpen ook op relatie moeder-zoon. De focus van was op hem gericht niet op het systeem, moeder belt, daar ging en gaat het mis.*

*Hulpverlener 1: Het is ons opgevallen dat patiënte alles thuis bepaalt. Moeder neemt alles gelijk over. Daarom verbaast het mij dat moeder heeft beslist dat ze naar een andere school moet. Want we hebben nog nooit gezien dat moeder iets beslist.*

*Hulpverlener 2: Ik heb daarom ook wel behoefte aan het plaatje van moeder. Is moeder ook zo kwetsbaar?*

*Hulpverlener 3: Moeder is na de bevalling erg veranderd, heeft ook ptss. Moeder wil geen bemoeienis met de opvoeding.*

*Hulpverlener 2: Dus zoals patiënte moeder bepaalt, zo bepaalt moeder de rest. Is er bij moeder autisme?*

*Hulpverlener 4: Ze is niet in staat om meerdere ballen in de lucht te houden. En 'de bal' waar ze het meest voor kiest is de dochter.*

*Hulpverlener 1: Maar moeder heeft er alles voor over om patiënte beter te krijgen, ook als het beter is om haar een tijd niet te zien.*

*Hulpverlener 3: Patiënte vraagt erg om structuur. Moeder heeft patiënte nodig om zo geleefd te worden.*

*Hulpverlener 5: Dus moeder wil niet dat de eetstoornis opgegeven wordt.*

*Hulpverlener 3: Moeder wil niet dat patiënte uitvliegt. Maar dit zijn hypothesen.*

*Hulpverlener 5: Het heeft me altijd verwonderd dat patiënte 2400 kcal at, moeder begeleidde de eetmomenten, maar ze viel toen gewoon af. Daar klopte dan iets niet. Mogelijk at moeder het eten op, om stress van de verpleging tegen te gaan. Ik zeg niet dat dat gebeurd is, maar ik zet mijn vraagtekens erbij. Ze komt nu aan op 1800 kcal.*

*Hulpverlener 6: De elektrolyten waren niet goed, dus het wijst wel op braken.*

*Hulpverlener 1: Hoe gaat dat dan in het ziekenhuis? Wij zien dat ze braken, en dan zegt ze nee hoor niet gebeurd.*

*Hulpverlener 6: In het ziekenhuis is alles afgeplakt, kan ze niet braken. Ze kan ook niet hevelen.*

*Hulpverlener 5: ze mag 2x15min met moeder naar buiten. Nu is ze sinds gisteren weer afgevallen."*

### **Het effect van diagnoses en labels voor cliënten komt nauwelijks in beeld**

Het praten in termen van diagnoses heeft ook een effect op cliënten. Soms krijgen mensen geen passende zorg omdat ze zelf geen diagnose willen. Zo werd tijdens een van de reconstructies door een ggz-behandelaar aangegeven:

*"Wat is hier de rol van moeder: zij is zorgmijder. Ze wil een normale dochter, houdt zorg en bemoeienis af. Wijst advies voor bijzonder onderwijs af. Stigma en beeldvorming heeft ook invloed op de manier waarop mensen in zorg komen. In dit geval wilde de moeder ook geen Ivb-diagnose bij haar dochter voor haar 18<sup>e</sup>. Ze wilde gewoon een normaal kind, dus houdt ze zorg af."*

### **Bejegening en informeren van cliënten hebben altijd invloed op begrip van cliënt**

Het gaat hier om meer dan bejegening tijdens de behandeling. Bejegening aan de telefoon, via e-mail, brieven en andersoortige contacten hebben invloed op beleving van de cliënt. Voelt een cliënt zich welkom heeft effect op verloop van opname en/of behandeling.

*"Ik ben niet prettig te woord gestaan wanneer ik belde met de zorgaanbieder. De telefoon werd opgenomen met een naam die ik nauwelijks verstond."*

Cliënt heeft geen erkenning gekregen vanuit de aanbieder dat hij inderdaad lang op een wachtlijst staat en dat dit vervelend is.

*"In het adviesgesprek dat ik heb gevoerd, werd eerst aangegeven dat de wachttijd een halfjaar was en later zei ze, 'oh nee toch een jaar', ik vond dit onprettig. Alsof een halfjaar wachten niks is. Daarnaast kon de zorgaanbieder mij niet goed aangeven wat de reden was van deze wachttijd, noch zijn mogelijkheden met mij voor dezelfde behandeling elders besproken, waar mogelijk een kortere wachttijd is."*



### 3.2 Patronen rond zorg

Zwaartepunt op diagnoses, interventies en behandelactiviteiten waardoor schotten ontstaan, er voor sommige cliënten geen passende zorg lijkt te bestaan en patronen zich gaan herhalen.

Vanuit specialistische zorg kijkt men naar wat men kan behandelen en wat men niet kan behandelen. Voor enkelvoudige diagnoses is dit functioneel; cliënten krijgen gespecialiseerde effectieve behandelingen. Voor meervoudige diagnoses is dit disfunctioneel omdat cliënten zorg nodig hebben over specialismen heen. Dan spreekt men van zogenaamde 'schotten'. Voor juist de complexe casuïstiek is zorg vanuit meerdere specialismen tegelijk nodig waardoor samenwerking over 'schotten' heen nodig is. Wanneer deze samenwerking onvoldoende tot stand komt, zal zorg begrensd zijn en komt een cliënt opnieuw in eenzelfde 'zorgvraag' en behandeling terecht.

In een voorbeeld wordt dit scherp zichtbaar doordat een cliënt in samenwerking met woonbegeleiding in staat is om te verhuizen. Deze verhuizing destabiliseert de cliënt echter waardoor een opname en intensieve zorg in de ggz opnieuw aan de orde zijn.

*Behandelaar: "wij hadden verhuizen tegengehouden, dit heeft mede gezorgd voor verslechtering van de situatie'.*

*Nieuwe behandelaar: 'cliënt wil opnieuw verhuizen, die weg heb ik gestopt omdat dit geen oplossing geeft."*

In een casus ontstaat het volgende gesprek:

*"Er is altijd al sprake geweest van overvraging. Ze snappen de organisaties niet, moeder heeft het overzicht niet. Wij hebben gezegd dat het een goed plan was, en toen dat onderuit werd gehaald waren ze een beetje klaar. Ze moet telkens hetzelfde vertellen en dingen beloven, dat is ingewikkeld. Daar hebben wij ook aan bijgedragen, door telkens een intake gesprek te laten doen. Je kunt niet zonder intake doorverwijzen.*

*'Iedereen begint op 0 zijn eigen intake te maken'.*

*'Dat klopt, alleen we hebben er wel telkens voor gezorgd dat iemand van ons hun ophaalde en meeding met de intake. Het is nog steeds teveel voor ze'.*

*'Er moest wel telkens een nieuw plan gemaakt worden'.*

*'Patroon is focus op verkeerde probleem. Eetprobleem is een groot probleem, maar daar zit natuurlijk veel achter.' "*

### Diagnoses en de diverse zorgvormen leiden tot processen van includeren en excluderen

Door de diagnoses, de verschillende zorgvormen en de daaraan gekoppelde bekostiging ontstaan processen van includeren en excluderen. Past deze persoon bij

ons of niet? Ook leiden de verschillende diagnoses en zorgvormen tot aanbodgerichtheid: welk type zorg en specialismen (merken, behandelingen) leveren wij in plaats van "hoe zouden wij deze meneer kunnen plaatsen/opvangen? Dat is begrijpelijk en in veel gevallen nuttig, maar niet behulpzaam voor de groep mensen die meerdere diagnoses hebben gekregen of waar de diagnose niet duidelijk is. In dat geval leidt dit tot zogenaamde 'schotten in de zorg' en 'rondpompen' van mensen waarvoor geen oplossing ontstaat.

Tijdens het bespreken van de casuïstiek van mensen met verschillende en/of niet duidelijke diagnose(s) zien we bijvoorbeeld dat het gesprek start over de cliënt en zijn zorgvraag en dat we binnen twee minuten vervallen in het praten over regels, procedures en budgetten. Waarbij door betrokkenen ook zelf wordt aangegeven: 'inhoudelijk weten we de oplossing, maar we lopen vast in regels en potjes'.

Ook zien we dat er door betrokken professionals oprecht wordt geprobeerd om een goede zorgplek voor een cliënt te vinden, maar dat het in deze gevallen echt niet lukt om redenen die voor andere zorgaanbieders ook legitiem zijn. Zie onderstaand voorbeeld wat in een van de casussen naar voren kwam.

**1. Een zorgaanbieder met plekken voor lang verblijf**

Opname gedurende een halfjaar. Opname verliep goed, er was een zeker evenwicht via een vast ritme, er was een vrijhedenstappenplan, en een signaleringsplan.

Ontslag aldaar was vanwege een reorganisatie/bezuiniging van de afdeling, plaats werd opgeheven. Hij verbleef daar met terugplaatsgarantie, met een eventuele mogelijkheid tot permanent verblijf.

**2. Een woonvorm voor mensen met NAH**

Reden afwijzing: Te veel en te zware ggz en verslavingsproblematiek.

**3. Een verpleeghuis met een NAH-afdeling**

Men vindt de ggz-diagnose en de verslavingsproblematiek te zwaar in verhouding tot de kennis en ervaring die men in kan zetten.

**4. RIBW-plus Woonvorm met 24 uren zorg**

(Er was een geldige Wmo-indicatie Beschermd Wonen.)

Reden afwijzing (na toezegging en laat in het hele traject): Men durft opname toch niet aan vanwege te "zware " problematiek in een woonvorm waar kwetsbaren mensen wonen. Angst voor onvoorspelbaar gedrag vanwege verslaving et cetera.

**5. Een ggz-instelling**

De betreffende afdeling werkt langzaam, stapsgewijs naar ontslag, iets wat op dit moment geen doel is voor patiënt. Een andere afdeling kan alleen mensen opnemen die een justitiële maatregel hebben.

**6. Een ggz-instelling**

Er is daar geen langdurig verblijf mogelijk. Er zijn resocialisatiewoningen (4pers) op het terrein, maar vanwege het open karakter, ongeschikt.

**7. Een instelling voor verslavingszorg**

De twee mogelijkheden: intensieve behandeling in gesloten setting of het Hostel waar mensen blijvend gebruiken zijn allebei niet passend.

**8. Een instelling voor dak- en thuislozen met 24 uren begeleiding en bekend met verslavingszorg**

Ongeschikt vanwege het open karakter en volop gebruik van harddrugs. Nodig is een Wmo-indicatie, maar mensen met NAH-problematiek zouden daarvoor niet in aanmerking komen.

**9. Een instelling voor neuropsychiatrie en gedragsneurologie**

In het verleden zou meneer daar zijn aangemeld, maar dat is niet meer te achterhalen. Later nogmaals contact, wachtlijsten zijn dermate lang dat het geen optie is.

**10. Een instelling gericht op NAH en gedragsproblemen.**

Reeds in gesprek met het cliënt servicebureau afgewezen vanwege verslavingsproblematiek.

Informatie is verder (zonder verder resultaat) gevraagd bij:

- Een aanbieder voor NAH;
- Een verpleeghuis voor complexe doelgroep.

Als suggestie wordt gegeven om ook zorg te mogen leveren die minder gebonden is aan diagnostiek en indicatiestelling, maar meer vanuit de zorgbehoeften.

*"We missen een grijsbokje voor wat betreft financiering en indicatie. Minder op het gebied van zorg, daar zijn we wel in staat deze te creëren."*

Zo gaf een van de betrokkenen aan tijdens een reconstructie:

*"... In deze casus komen we er gewoon echt niet uit. De schotten in deze casus zitten overal. Triple problematiek, NAH, verslaving, psychosegevoelig. Niveau lvb is nooit getest. Ik weet eigenlijk niet waarom."*

Door sommige professionals wordt aangegeven dat ze het idee hebben dat soms het beeld van een cliënt 'kleiner' of 'aantrekkelijker' wordt gemaakt om iemand toch geplaatst te krijgen.

*Een lvb-aanbieder: "De psychiater zei dat het allemaal meeviel. Schizofrenie, verslaving... valt wel mee. Ik ben psychiatrisch verpleegkundige van huis uit. Vind het raar als je dat vanuit psychiatrie zo zegt, dan haal je je vak naar beneden. Mijn gevoel was tweeledig: 1. Deze jongen moet ergens terecht, help ons daarbij. 2. Wat heeft deze psychiater van mij nodig?"*

**Complexe zorgvragen die niet onder een reguliere zorgvraag passen geven discussie, terughoudendheid in handelen en leiden tot terugtrekken op eigen specialisme en vasthouden aan eerder handelen.**

Complexe zorgvragen, zoals combinaties van somatiek en 1 of meerdere psychiatrische diagnoses, lvb en een of meerdere psychiatrische diagnoses leiden bij zorgprofessionals tot lastige dilemma's. Alle professionals hebben hun eigen professionele normen over de wijze van behandelen. Hoe bepaal je met elkaar wat voorliggend is en hoe kom je tot overeenstemming als je het niet eens bent? Deze dilemma's doen zich nog scherper voor als er een situatie ontstaat waarin een cliënt in een onveilige situatie raakt. Zorgverleners ervaren dan risico's waardoor zij opnieuw 'oud' handelen. Zorgverleners ervaren ook risico's om contact en communicatie met cliënt kwijt te raken of een verkeerde beslissing te nemen en houden vooral vast aan hun eigen normen en handelen.

Er is beperkte dialoog over wat nodig is en onder welke condities of binnen welke context dit wel zou passen. Men gaat niet op zoek naar openstaande vragen en er is gezien de aard van de vraagstukken weinig contact. Het 'samen' is beperkt.

*Een vg-zorgprofessional: 'Ik heb het hier eigenlijk niet over met anderen. Zou wel moeten, alleen al omdat cliëntenstromen op den duur niet te hanteren (zullen) zijn. Anders dan 10 jaar geleden. Gesprek wordt spannend, want veel vg/ggz-aanmeldingen komen bij ons. Wij kunnen dat niet doen want we hebben bepaalde afspraken met het zorgkantoor. Uiteindelijk gaat het ook om geld. Het is ook spannend omdat ik vermoed dat het er bij de ggz-aanbieder ook niet*

*rustiger op geworden is. Of ze gaan naar ons of naar de ggz; een van de instellingen is het meest gespecialiseerd. In deze stad hebben we 80 klanten op de wachtlijst staan.'*

Op het moment dat er tussen de verschillende betrokken professionals geen onderzoek plaatsvindt van de verschillende perspectieven, ontstaat een beperkter blikveld op de casussen, op mogelijke interventies/oplossingen en ook minder inzicht in de eigen patronen als professional; het is geen lerend proces. De bestaande situatie van een cliënt blijft dan in stand.

Als er wel uitgewisseld wordt, maar er geen nieuw handelingsperspectief aan wordt verbonden (bijvoorbeeld omdat men er niet uitkomt) blijft ook een bestaande situatie in stand en blijven zorgprofessionals, vanuit hun goede bedoelingen hetzelfde doen waardoor de situatie voor een cliënt en betrokkenen over het algemeen niet verandert en in een aantal gevallen lange tijd blijft bestaan. Op dat moment lijkt er geen regie te zijn rond de zorg voor een cliënt, behalve op deelgebieden.

### **Het leidend perspectief binnen de ggz is vooruitgang en behandelen**

Het huidige aanbod van zorg heeft sterk het accent op behandelen, leren, ontwikkelen, herstel en tijdelijkheid. Betrokkenen geven aan dat ze het systeem hierin als sturend ervaren, maar dat voor hen in de praktijk niet altijd een relevant onderscheid is. Acceptatie dat ondersteuning soms voor altijd is, is nodig. Stabiliseren is vanuit een ander perspectief ook leren en vooruitgang omdat zonder ingrijpen een situatie verslechtert.

Ook leidt het 'behandelperspectief' tot bepaalde verwachtingen van behandelen, terwijl deze soms niet reëel zijn en de te bereiken vooruitgang minimaal.

Zo geeft een ggz-zorgverlener aan:

*"Soms is het maar heel klein wat je kan bereiken. Als het hoogst haalbare lijkt stabilisering van een toestand of geen verergering dan lopen we vast. In het huidig zorglandschap wil iedereen behandelen maar er is weinig aanbod voor wonen. Gemeenten moeten dat doen maar zijn niet ingericht op dit soort problematiek, er zijn wachtlijsten van 4 tot 5 jaar. Het is afwachten of de afdeling in kwestie dan nog bestaat. Zelfs RIBW's zeggen waar ben je over drie jaar. Er moeten doelen zijn overal."*

*Plaatsingscoördinator van een VG aanbieder: "Op dit moment zou deze persoon een afwijzing krijgen want er is geen VG-indicatie. Dat is een harde eis. Als de poort toch opengaat kijken we inhoudelijk of dit past. We zijn een behandelsetting, wat voegt dat nog toe? Aan de ene kant snap ik dat je hem niet blootstelt aan meerdere dagen onderzoek, maar aan de andere kant heb je dan wel indicatie en onderzoek je: Bij ons net als in de ggz geldt er moet ontwikkelperspectief zijn. Wij hebben geen levenslange plekken meer. Vroeger wel. Langdurig verblijf in de ggz bestaat niet meer, al die cliënten verdwijnen in het niets. Dat zie je ook in de*

*vg; wij kunnen niet behandelen wat er op ons afkomt. Er zijn veel meer vg-ers, het wordt beter herkend.....Ook met financiering zou deze cliënt ook niet bij ons opgenomen kunnen worden. We kunnen uiteindelijk niet bieden wat hij nodig heeft. Misschien voor 4 of 5 jaar. Voor nu is het wel een plek die passender is. Hij hoort gewoon niet op een klinische plek te zitten."*

### **Niet weten en onmacht leidt tot polarisatie**

In een aantal van de reconstructies is uitgewisseld wat het voor betrokken zorgverlener betekent als betrokkenen niet tot een goede oplossing kunnen komen of eigenlijk niet weten wat ze moeten doen. Het blijkt voor betrokkenen lastig om 'niet weten' met elkaar te bespreken en vervolgens hoe ze zich daartoe moeten verhouden. Betrokkenen geven aan dat ze onmacht ervaren en deze onmacht leidt tot polarisatie van de relaties onderling. Formele verantwoordelijkheden, aansprakelijkheid en regels worden belangrijker en het samenwerken wordt minder mogelijk. De ander krijgt de schuld van vastlopen.

*Huisarts: "De BW kwam bij mij toen het niet goed ging, er moet wat gebeuren. Ik dacht ja, maar hoe dan?" Ik wil wel helpen maar weet niet wat ik moet doen. Moet ik nou doorsturen naar basis ggz of specialistische ggz of moet ik iets zelf doen? En iedereen zegt het is niet voor mij en nu? Ik weet het niet meer."*

*Psychiater ggz-zorgaanbieder: "Ik ervaar ook een moreel dilemma. Ze krijgt niet de zorg die ze nodig heeft omdat er geen indicatie is, de zorg die wij geven heeft geen effect dus dat moeten wij niet doen, het helpt ook niet. Maar als wij stoppen is er niks meer en staan de cliënt en de BW er alleen voor."*

*De woonbegeleider van de BW: "Ik wil de verantwoordelijkheid regelen. Nu ben ik verantwoordelijk, maar ik weet niet goed hoe ik dit moet benaderen. Straks klapt ze eruit, als er iets gebeurt gaat mijn kop eraf. Ik word terughoudender om met een cliënt in zee te gaan waarover ik twijfel, ik trek mijn grenzen eerder. Het zou me nu niet meer overkomen."*

Bovenstaande illustreert eveneens hoe een systeem als neveneffect heeft dat ongewenste 'schotten' ontstaan voor zelfbehoud.

*De beoordelaar van het CIZ: "Ik zit vast in de regelgeving, ik zie dat het lastig is maar ik begrijp dat hier geen indicatie voor is gegeven."*

*VG intake coördinator: "Ik wil wel behandelen en ik kan ook behandelen. Dat mag niet van het management, we krijgen niet betaald want er is geen indicatie."*

### **3.3 Patronen rond samenwerken**

### Ontbreken van relaties

Behandelaren en zorgprofessionals kennen elkaar niet of alleen van papier. Het lijkt alsof ze zijn 'weggeorganiseerd' en regels, protocollen, formulieren en structuren in de plaats zijn gekomen van werkzame relaties. Dit is enerzijds logisch, om redenen van controleerbaarheid, stuurbaarheid, transparantie en omvang van het aantal cliënten. De andere kant is dat hierdoor persoonlijke relaties steeds meer op de achtergrond komen te staan. Terwijl die vaak nuttig zijn wanneer het gaat om complexe vraagstukken. Wat in de praktijk wel lijkt te werken is als mensen elkaar persoonlijk kennen en vertrouwen. Dan kan er meer en ook over afdelingen en organisaties heen geregeld worden. Relaties tussen behandelaren zowel intern als tussen aanbieders zijn gering. Men kent vaak wel de (naam van de) organisatie maar veel minder de mensen.

### Wijze en inhoud van informatie-uitwisseling beïnvloedt effectiviteit van zorg

Papieren samenwerking, uitwisseling van papieren informatie, het stellen van vragen per e-mail en het opsturen van een papieren of digitaal dossier, vindt veel plaats. Het valt betrokkenen hierbij op dat de grootste ellende uitgewisseld wordt en hele dossiers van mensen over en weer gaan terwijl er soms geen vervolg is doordat een casus wordt afgewezen.

*"In elk geval kan een casus op papier anders. Beter communiceren. In een dossier staan soms dingen waar wij vragen over hebben. Als je niet actief op zoek gaat naar de antwoorden kan het beeld onvolledig zijn. Dan is het wel raar dat ons bestaansrecht van duurzaam verblijf over dit soort mensen gaat en wij dan zeggen het gaat ons niet lukken, over 2 weken moet hij terug want hij moet plaats maken voor andere patiënt. Je kunt ook contact zoeken, afspreken, videobellen, samen zoeken naar een oplossing, meer tijd nemen."*

Binnen reconstructies worden gesprekken gevoerd over of de informatie-uitwisseling tussen verschillende aanbieders in voldoende mate heeft plaatsgevonden. Er zijn verschillende perspectieven op wat benodigde informatie is en de mate waarin deze is uitgewisseld. Hierbij wordt de verantwoordelijkheid gelegd bij diegene die informatie zou moeten verstrekken. Een mogelijkheid van ophalen van gewenste ontbrekende informatie door ontvanger komt niet aan de orde. Wat zichtbaar wordt en niet helpt is dat betrokkenen niet onderzoeken wat er hierdoor misgaat, wat aan (specifieke) informatie gemist werd, bij wie en hoe dit in de toekomst mogelijk beter kan. Het leervermogen blijft onbenut. De kans is groot dat een beperkte of niet passende informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en hulpverleners blijft bestaan. 'Ik heb niet de juiste informatie dus ik kon niet adequaat handelen' wordt daarmee waar en draagt niet bij aan gezamenlijkheid, samenwerken, vertrouwen en leren.

Ook ontbreekt dan bij individuele betrokkenen (delen van) informatie waardoor de kans groter is dat beslissingen worden genomen op basis van niet volledige en verschillende interpretaties. In een deel van de casussen zijn veel (15 tot 18) verschillende zorg- en hulpverleners betrokken vanuit jeugdzorg, ziekenhuizen ggz, gespecialiseerde zorginstellingen, Ivb, indicatieorganen, justitiële ketenpartners, gemeenten, onderwijs. Het is gezien deze omstandigheden logisch dat niet iedereen alles weet of een volledig overzicht heeft. Tijdens het bespreken van de casus blijkt soms wel dat bepaalde relevante inzichten gemist worden door betrokkenen die wel zinvol zijn om te weten. Doordat informatie niet of onvoldoende wordt gedeeld, logisch door groot aantal betrokkenen, en door complexiteit van de casus worden afwegingen gemaakt over te nemen interventies op basis van niet volledige informatie of wellicht onjuiste interpretaties. Die mogelijk zelfs tegenstrijdig werken.

### Relaties en vertrouwen zijn noodzakelijk bij complexe en vastzittende casuïstiek

In de reconstructies blijkt dat persoonlijke relaties steeds meer op de achtergrond zijn komen te staan. Terwijl deze wel nuttig of zelfs nodig zijn, zeker in complexe vraagstukken waar 'reguliere' oplossingen niet passen. Wat in de praktijk wel lijkt te werken is als mensen elkaar persoonlijk kennen en vertrouwen. Dan kan er meer geregeld worden. Vertrouwen in elkaar als behandelaren (zowel intern als extern) is belangrijk. Dit ontstaat door een goede ervaring maar is (helaas) snel kapot. Indien het een keer misgaat, stap je er als professional niet een tweede keer in.

*Een behandelaar: "Als wij het geprobeerd hebben, hebben wij het echt geprobeerd. Dan wil ik ook gehoor hebben aan de andere kant. Dat krijg ik nog niet altijd. Een volgende casus van X zou ik zo weer binnenhalen. Ik voel betrouwbaarheid en betrokkenheid. Als zij ergens anders zou gaan werken dan zou dat (vertrouwen) met een ander opnieuw moeten ontstaan."*

*Plaatsingscoördinator: "Dat herken ik wel. Er is ook zo'n grote prestatiedruk. Hier zitten een aantal echte hulpverleners, maar bij ons moeten ze op de afdeling zijn en productie draaien. Het zou mooi zijn als een behandelaar hier zou zitten en meeluisteren."*

*"Terugpakken van cliënten: hangt af van de behandelaar. De ene kun je meer vertrouwen dan de ander." ggz-zorgaanbieder, Fact-behandelaar en regievoerder."*

*"Wat werkt is als het niet te ingewikkelde problematiek is, verwijst ik naar vrijgevestigde vrienden-behandelaren/psychiaters. Ik bel hen en zeg dat er een patiënt komt. Dan zeggen ze dat ze vol zitten maar ik zeg: ze is zo'n leuke vrouw/man en dan zijn ze welkom.' ...Vroeger was dat ook zo bij opnames. Ik belde een collega psychiater over opname van patiënt en ook al was het vol dan zette ze gewoon een bed erbij, desnoods op de gang, het is maar voor enkele dagen. Nu gaat het via intakeportalen, aanmeldformulieren etc ..... en dat werkt niet."*



## De wijze van financiering en productiviteit vormt geen helpende conditie in het zoeken naar oplossingen voor complexe of vastzittende casuïstiek

De wijze van financiering en huidige normen voor het realiseren van productiviteit helpen niet bij het gezamenlijk onderzoeken vanuit verschillende organisaties en disciplines waar een persoon in een complexe casus nu het beste tot zijn recht komt of dat een combinatie van zorgaanbod het meest passend is. Of zelfs dat een uitruil van 'casuïstiek' tussen zorgaanbieders kan leiden tot meer passend aanbod voor de caseload en ruimte voor wachtenden.

*"...Dat herken ik wel. Er is ook zo'n grote prestatiedruk. Hier zitten een aantal echte hulpverleners, maar bij ons moeten ze op de afdeling zijn en productie draaien. Het zou mooi zijn als een behandelaar hier zou zitten en meeluisteren."*

In de reconstructies geven mensen aan het fijn en waardevol te vinden om samen te zitten maar dat 'we daar in de dagelijkse praktijk geen tijd voor nemen' en dat het gezien de productienormen niet haalbaar is om deze (werk)tijd te verantwoorden.

*"Ik was niet van plan bij deze bijeenkomst aanwezig te zijn. Jij hebt me opnieuw benaderd en aangegeven dat ons perspectief van groot belang is. Ik weet niet hoe ik deze tijd moet schrijven."*

## In het samenwerken ligt de focus op uitwisseling van perspectieven

Tijdens de reconstructies merken we dat hulpverleners vanuit hun eigen perspectief vertellen, hoe zij kijken, wat zij hebben ervaren, hoe zij iets hebben beleefd en wat zij zelf of vanuit de organisatie waar zij werken kunnen doen qua begeleiding en behandeling. Deze wijze van communiceren helpt in het creëren van inzicht in en begrip voor elkaars perspectieven en handwijze. Betrokkenen geven aan dat het waardevol is om elkaars werkwijze en perspectief te horen. In een van de reconstructies verandert het CIZ bijvoorbeeld van een 'naar binnen gekeerde bureaucratische onpersoonlijke instantie' naar een mogelijke samenwerkingspartner die een waardevolle bijdrage heeft.

*"Het geeft inzicht in hoe jullie kijken en onderzoeken, dat helpt in onze aanvraag van indicatie'. 'Het gesprek met elkaar aangaan levert veel op. Doordat je contact met elkaar hebt ontstaat begrip en dat helpt, we begrijpen dan ook meer van de signalen die wij horen."*

Voor het zorgvuldig onderzoeken van de verschillende perspectieven en daar waar de perspectieven elkaar raken, wordt echter niet altijd voldoende tijd genomen of is er niet voldoende tijd. Het lijkt er dan op dat het uitwisselen van perspectieven op een cliënt de zogenoemde schotten, waarover veel wordt gesproken in de zorg, bevestigt in plaats van weghaalt. Een van de deelnemers zei daarover:

*"Ik mis het samen en gezamenlijkheid."*

Wat we minder hebben ervaren tijdens het bespreken van casuïstiek is dat knelpunten en oplossingen actief onderzocht worden. Er worden veel inzichten en perspectieven uitgewisseld, dat maakt het beeld gevarieerder, maar er wordt niet de diepte ingegaan waardoor niet tot de essentie wordt gekomen waardoor iets wel of niet goed ging.

In een reconstructie wordt door hulpverleners verteld over de moeder van de cliënt die zorgafspraken niet nakomt. Het wordt echter niet verder onderzocht wat er gebeurt als de moeder de zorgafspraken niet nakomt en wat dat betekent voor het handelen van de hulpverleners. Er wordt dus niet maximaal geleerd. Er is herkenning en erkenning ('ja, wij hebben dat ook ervaren') en daar stopt het (in deze casus stopt het verder onderzoeken van hoe we gezamenlijk wel of juist niet handelen, net als in de hulpverlening aan moeder zelf, deze hulp stopt ook zonder nader onderzoek of interventie).

**Hulpverleners nemen verantwoordelijkheid voor hun eigen deel en laten daarna los, in complexe casuïstiek zorgt dit onvoldoende voor gezamenlijkheid en helpt niet in creëren van passende oplossing.**

Wat betekent samenwerking in een complexe casus waarin veel hulpverleners betrokken zijn. We zien dat hulpverleners verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen deel en loslaten op het moment dat de zorg overgaat naar een andere hulpverlener. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid over wie wanneer betrokken is of is geweest, over samenhang in activiteiten, over informatie. Een onwenselijke situatie kan daardoor lang blijven bestaan.

Er is niet één persoon of één aanspreekpunt voor het geheel. De casussen terugkijkend zien we een patroon waarin betrokkenen er niet goed uit lijken te komen in de complexiteit van wat passende zorg is, verschillende betrokken instellingen, benodigde machtigingen, geldende voorwaarden, et cetera. In een reconstructie heeft de conclusie dat regievoering nodig is, niet geleid tot het benoemen van een regievoerder.

Regievoering lijkt in eerste instantie een oplossing. In een andere casus ontstaat door de aanwezigheid van regievoering wat in een andere reconstructie een heel ander beeld geeft. Bij deze casus is een fact-team continu betrokken en regievoerder geweest.

*Ggz-zorgverlener: "Fact is altijd regievoerder geweest. In dit geval hebben wij dit afgesproken. Meestal als ik een opname doe neem ik de regie over. Ik vind ook dat dit dan moet. Dan maak je 'op blauwe ogen' de afspraak dat bij einde behandeling de oude regievoerder het weer overneemt. Hier is uniek dat ook tijdens de opname Fact betrokken bleef."*

*Lvb-zorgaanbieder: "dat is toch hoe Fact hoort te werken?"*

*Ggz-zorgverlener: "Het Fact-team levert vaak zorg aan veel mensen met klein team, dus het is realistisch dat dit niet altijd kan. Het toekomstperspectief is leidend. Als je weet dat iemand niet meer teruggaat naar ambulans...je kijkt vooral op casusniveau. Wij kennen 'm het best dus ik vind het logisch dat wij betrokken blijven tot hij op de goede plek zit. Dat is tot op heden niet het geval'.*

Regie biedt echter geen oplossing als voor (complexe zorg) cliënten geen passende zorg gevonden kan worden. Wel is de regievoerder hier degene die continuïteit biedt, overzicht houdt wat er met een cliënt gebeurt en hulp zoekt wanneer de cliënt ergens weggestuurd wordt. In dit vraagstuk is het zover gekomen dat de regievoerder heeft aangegeven dat de cliënt 'dan maar op straat komt' omdat een passende plek onmogelijk blijkt te zijn.

### **Herhaling van intakes is helpend en belemmerend voor leveren van passende zorg**

Intakes, zowel het invullen van vragenlijsten en het voeren van gesprekken, vinden binnen instellingen en tussen instellingen meerdere keren plaats. Voor inschatting over al dan niet plaatsing van een cliënt worden bij zorgaanbieders nieuwe intakes gedaan. Betrokkenen geven aan dat het voordelen en nadelen kent.

Zo zegt een ggz-zorgverlener:

*"Een intake van een gespecialiseerde afdeling legt de focus op een ander gebied. Ik kijk vanuit een ander perspectief en daardoor zie ik ook iets anders, wat pleit voor een eigen intake. Echter, we sluiten niet uit dat deels dezelfde vragen worden gesteld, waarop door cliënt al eerder en mogelijk meerdere keren antwoord is gegeven."*

Het kost echter ook tijd, creëert administratieve lasten en kan extra belasting geven bij cliënten. Ook hier wordt door betrokkene geen ruimte ervaren om gezamenlijk tot een afweging te komen over wat een goede oplossing is.

*"Iedereen wilde opnieuw het wiel uitvinden'. Ook voor cliënte is het belastend 'ze moest telkens hetzelfde vertellen en dingen beloven, dat is ingewikkeld. Daar hebben wij ook aan bijgedragen, door telkens een intakegesprek te laten doen... We hebben er wel steeds voor gezorgd dat iemand van ons meeging met haar en dat ze opgehaald werd, maar het was nog steeds veel voor haar ja..."*

**Verwijzing naar 'passende zorg' kost (wacht)tijd door onvoldoende kennis/inzicht bij verwijzers en verschillende perspectieven tussen behandelaren en zorgaanbieders**

Vanuit een huisarts wordt in de meeste gevallen algemeen verwezen, dus naar een ggz-zorgaanbieder. Een huisarts beschikt doorgaans niet over de kennis om complexe vraagstukken of specialistische vragen gericht door te kunnen verwijzen. De poh-ggz kan hier een rol in spelen maar dit lukt in de praktijk wisselend.

Afhankelijk van de zorgaanbieder waar de cliënt terecht komt, vindt een algemene intake plaats of wordt cliënt op papier doorverwezen naar een specialistische afdeling. Bij complexe vraagstukken is verwijzing en passende zorg niet eenduidig. Zoals eerder geschetst, ontstaat er discussie over diagnoses en behandeling en bestaat de kans dat verwijzing naar andere afdelingen, behandelingen en zelfs organisaties plaatsvindt.

Doorverwijzing naar specifieke behandeling of onderdeel van ggz blijkt moeilijk te zijn. Een deel van de doorverwijzingen naar specifieke onderdelen blijkt in de praktijk weer doorverwezen te worden naar andere behandelingen. Een zorgaanbieder geeft aan dat dit minder moet worden in de samenwerking met huisartsen.

*"Een cliënt weet vaak niet wat er is en een huisarts kan dit lastig zien dus een verkeerde verwijzing is niet raar."*

Goed verwijzen is lastig, zeker omdat in de praktijk blijkt dat een voorgeschiedenis van cliënten niet compleet is. In de voorgeschiedenis blijkt vaak dat doorverwijzingen wel zijn opgenomen alleen dat de effectiviteit en resultaten van eerder plaatsgevonden behandelingen ontbreken. Juist deze informatie is voor zowel huisartsen als voor vervolgbehandelingen en -intakes van essentieel belang. Een zorgaanbieder geeft aan dat dit minder moet worden in de samenwerking met huisartsen.

*"Vaak ontbreken delen uit een dossier. Dossiers bestaan uit brieven die gestuurd zijn. Onderzoekresultaten bijvoorbeeld worden of mogen niet verstuurd worden. Soms is de voorgeschiedenis lastig om inzichtelijk te krijgen. We bellen wel met de vorige hulpverlener of met de huisarts om een compleet beeld te hebben. Kernvragen zijn: wat heeft er aan behandeling plaatsgevonden en wat was hiervan het effect?"*

*"Ik ben altijd wel een half uur bezig om inzichtelijk te krijgen wat heeft plaatsgevonden en hoe lang, dat helpt enorm in het verloop en behandeling."*

Een cliënt geeft aan de indruk te hebben dat de verwijzende huisarts zelf onvoldoende kennis had van de behandelingen. Een zorgverzekeraar vraagt zich af of een huisarts weet welke mogelijkheden er zijn en waar die zijn. De huisarts geeft aan dat het zorgdomein hierin niet altijd helpend is. 'Het is logisch dat een huisarts blijft verwijzen naar een aanbieder waar hij/zij ervaring mee heeft. De tools om de juiste keuze te maken ontbreken vaak.'

## Zorgaanbieders neigen cliënten binnen te houden als zij het benodigde aanbod in huis hebben

In de praktijk lijkt het erop dat niet of nauwelijks wordt doorverwezen door zorgaanbieders naar andere zorgaanbieders, het is in ieder geval geen standaard procedure. De zorgaanbieder is vooral intern gericht: wat kunnen wij bieden en behandelen en welke wachttijd hoort daar dan bij?

De optie om naar een andere zorgaanbieder te gaan wordt niet of nauwelijks besproken noch aangeboden aan cliënten die na intake te maken hebben/krijgen met een lange wachttijd. Zorgaanbieders kunnen over deze informatie beschikken net als de zorgverzekeraar. Een zorgaanbieder kan de cliënt ook verwijzen naar de verzekeraar aangezien deze op de hoogte is van wachttijden in het hele land en zicht heeft op de sociale kaart in de betreffende regio.

*Zorgverzekeraar: "heeft iemand tegen cliënt gezegd dat ze ergens anders hetzelfde kunnen bieden?"*

*Cliënt: "Onderdeel 1 van zorgaanbieder A gaf aan dat een bepaalde behandeling het meest passend leek. Die bieden wij beperkt aan, en kan je beter bij een ander onderdeel doen. Daar zal de intake ook veel sneller zijn."*

*Zorgverzekeraar: "er is een behandeling uitgekozen en daarvoor werd gezegd dat cliënt voor deze behandeling het beste terecht kon bij zorgaanbieder A. Is het eerder genoemd dat cliënt sneller terecht zou kunnen bij een andere aanbieder? Cliënt: Bij onderdeel 1 kwamen bepaalde behandelingen voorbij die bij het adviesgesprek bij onderdeel 2 werden afgeraden. Er werd een andere behandeling aangeboden: deeltijd behandeling X. En deze heeft een wachttijd van 1 jaar. Zorgaanbieder A: kreeg cliënt een keuze?"*

*Cliënt: "ik kreeg geen keuze. Alleen de ene behandeling die aangeraden werd. Geen meerdere opties of keuzes met verschillende wachttijden. Ben een leek dus neem aan wat mij verteld wordt."*

*"....zorgbemiddeling is niet verantwoordelijk voor de ernst van de casus maar weet wat waar het snelst geleverd wordt en dus waar de cliënt het snelst terecht kan."*

## Termen als 'wachttijdbemiddeling' of 'wachtljstbemiddeling' kunnen een verwachting oproepen die niet helpend is bij de wachttijdbeleving

Naar voren komt dat de term 'wachttijdbemiddeling' of 'wachtljstbemiddeling' verwarrend is. Bij cliënten die wachten geeft het hoop dat ze hulp krijgen en de wachttijd korter wordt. Ze horen dan dat dit niet het geval is en zijn teleurgesteld omdat ze vertrokken zijn vanuit andere verwachtingen.

*Zorgverzekeraar: "paadjes zijn erg uitgesleten en erg lastig om anders te gaan bewandelen."*

*Zorgaanbieder: "wie is er verantwoordelijk voor de informatievergeving?"*

*Zorgverzekeraar: "zorgbemiddeling is niet verantwoordelijk voor de ernst van de casus, maar weet waar wat wordt geleverd, en waar de cliënt dan het snelst terecht kan en wil."*

*Cliënt: "telefonisch gevraagd of hij hoger op de wachtljst kwam te staan. Ik wist niet goed wat wachttijd bemiddeling inhield."*

*Zorgverzekeraar: "het is heel herkenbaar dat men denkt dat als je de verzekering belt en je klacht erg genoeg is dat je dan hoger op de wachtljst kan komen te staan."*

*Huisarts: "staat dat op de site?"*

*Zorgverzekeraar: "ja het staat er wel, maar mensen krijgen wel die hoop. De logische gedachte bij de benaming wachttijdbemiddeling is dat de wachttijd korter kan. Maar het is juist dat ze dezelfde behandeling ergens anders voor jou kunnen verzorgen waar je sneller terecht kan. Maar wij kunnen niet verwijzen."*

*Zorgaanbieder: "jullie checken wel bij de instelling of de informatie klopt en of de cliënt dan inderdaad daadwerkelijk terecht kan?"*

*Zorgverzekeraar: "ja, dat checken we, we bellen de instelling. Maar wij mogen geen daadwerkelijke verwijzing geven"*

*Zorgaanbieder: "naam klopt niet echt. Het is niet bemiddelen maar meer informeren en breder kijken."*

*Zorgaanbieder: "wij hebben vele casussen die wij doorverwijzen (12-15%) omdat ze eigenlijk toch niet bij (punt-p) hen terecht kunnen of op hun plek zijn. Dit moet eigenlijk minder worden in samenwerking met de huisartsen. Maar de cliënt weet vaak nog niet wat er is en de huisarts kan dit lastig zien dus een verkeerde verwijzing is niet raar."*

*P: "het is logisch als er eerst een aanbodgesprek is en daarna pas een intake. Een aanbodgesprek zou de wachttijd kunnen ondervangen."*

*S: "bijna alle cliënten worden gebeld. Om wat extra uit te vragen om de triage completer te maken om te kijken of cliënt op zijn plek is. Het lastige is om in te schatten hoeveel tijd je kwijt bent om deze gesprekken te voeren. Te lang dan wordt er al een band op gebouwd voor de intake wat voor teleurstelling kan zorgen."*

### **Ontbrekende alternatieven waardoor geen terugverwijzing**

Niet alleen doorverwijzing naar ook terugverwijzing komt als onderwerp in de reconstructies naar voren. Vanuit de specialistische ggz wordt aangegeven dat zij lang doorbehandelen omdat "we geen doorstroom hebben naar werkende alternatieven". De nabehandeling zou goed elders kunnen gebeuren. Echter de basis ggz is te smal aan mogelijkheden qua tijd. En richting poh-ggz is niet direct een gangbare route, maar waarom eigenlijk niet. Zij kunnen vaak heel veel, qua kwaliteit en tijd.

Zo komen behandelaren in een reconstructie tot een volgende analyse:

*"Nabehandeling vindt veel plaats binnen de specialistische ggz omdat de basis ggz te weinig uren heeft. Het is moeilijk om mensen kwijt te kunnen in de basis ggz. Misschien is de poh-ggz een mogelijkheid, deze kan soms veel meer. Heeft geen beperking qua uren en is flexibeler. Daar moeten we dan aan denken. Het model werkt niet uit zoals het bedacht is. De basis ggz heeft te weinig uren."*

## 4. Beschouwing en opbrengsten

### 4.1 Het wachttijdvraagstuk is divers

Het wachttijdvraagstuk is divers en we kunnen eigenlijk niet over praten over 'het wachttijdvraagstuk'. Niet alleen simplificeren we dan een complex vraagstuk, maar ook wekken we de suggestie dat oorzaak en gevolg terug te voeren zijn naar een enkel proces. En de praktijk is - zoals zo vaak - een stuk weerbarstiger.

In het werken aan de reconstructies van complexe vastgelopen casussen rond wachttijden in de ggz merkten we hoe gevarieerd dit vraagstuk is. Wachttijden kunnen refereren aan de wachttijd voor intake, voor diagnose, voor behandeling, voor passende behandeling, voor doorverwijzing of - in sommige gevallen - voor langdurige zorg. Soms bestaat een wachttijd omdat simpelweg geen passende zorgverlener of zorgplek beschikbaar is door een volle agenda, tekort aan personeel of onvoldoende financiële ruimte binnen de instelling die de zorg verleent. Ook treffen we casuïstiek aan waar wel een zorgplek beschikbaar is, maar waar de familie of naasten zich niet in kunnen vinden. Óf - zoals in de door ons onderzochte casuïstiek - wachttijden die worden veroorzaakt door de lange weg die afgelegd wordt bij cliënten met een combinatie van kwetsbaarheden zoals bijvoorbeeld trauma/persoonlijkheids- en angststoornis met daarbij middelengebruik. Of een combinatie met lvb, somatische klachten of mensen die naast een ggz-diagnose lastig gedrag vertonen of de zorg liever mijden.

Zo geeft een behandelaar uit de verslavingszorg over een dergelijke casus aan: *"Vanuit onze organisatie zouden we daar graag bij ondersteunen maar het risico bestaat dat een vervolgplek dusdanig lastig te vinden is dat er sprake is van oneigenlijk lange opname in onze kliniek".*

Zo lang de cliënt geen passende zorg heeft, is er sprake van wachttijd.

Om recht te doen aan de variëteit binnen het wachttijstenlandschap moet je eigenlijk spreken van 'vraagstukken'. Meervoud dus, want samen vormen deze vraagstukken de lange-wachttijden-puzzel. Voorwaarde voor het vinden van een oplossing is het erkennen én inzichtelijk hebben van alle stukjes. Maatwerk dus. Dit hebben wij getracht te doen samen met betrokkenen tijdens de reconstructies.

### 4.2 De oogsten van de reconstructies

#### Nieuwe perspectieven en nieuwe initiatieven

Door betrokkenen is aangegeven dat het met elkaar delen hoe andere professionals naar de cliënt en zijn vraagstuk kijken en hoe deze andere professionals kijken naar

hun eigen en elkaars bijdrage erg waardevol zijn. Het creëert begrip, inzicht en heeft een positief effect op het samenwerken rond een cliënt.

In een aantal casussen is door de reconstructie een nieuw perspectief ontstaan op het vraagstuk rond een cliënt en zijn door betrokkenen vervolgspraken gemaakt hoe ze dit nieuwe perspectief samen kunnen gaan realiseren. Zo is in een van de casussen waar meerdere professionals betrokken zijn geweest het systeem van de cliënt nader onderzocht en is een andere behandelrichting tot stand gekomen.

Ook zijn nieuwe initiatieven ontstaan en ideeën om tot een oplossing te komen. Zo wordt rond een casus waarbij sprake is van lvb en psychiatrie en overeenstemming is over de nodige zorg nu samengewerkt. In dit vraagstuk kwam de benodigde indicatie niet tot stand. De betrokken zorgverleners gaan over de organisaties heen samenwerken aan een nieuwe aanvraag en een passende onderbouwing. Hierbij wordt ieders perspectief en inzicht meegenomen en degene bij wie de cliënt in zorg zit staat er niet meer alleen voor, zo geeft een betrokkene aan.

### Relaties en andere beeldvorming

Tijdens de reconstructies hebben mensen elkaar leren kennen. Er zijn relaties ontstaan die er eerst niet waren. Er zijn vervolgspraken gemaakt en betrokken zorgverleners weten elkaar nu makkelijker te vinden. Ook is de beeldvorming veranderd en is er meer begrip gekomen voor elkaars positie en belang. Waar in een van de reconstructies er veel onbegrip en frustratie was, ontstond bij de reconstructie begrip en nieuwe ruimte om samen naar nieuwe oplossingen te zoeken.

### Herkenning en erkenning

Het bespreken en delen van de frustraties en onmacht gaf herkenning en erkenning en soms ook de energie om door te gaan. Door het bespreken van de casuïstiek en wat daarin niet lukt of lastig is ontstond bij hulpverleners het gevoel meer gesteund te zijn, samen te kunnen werken en er niet alleen voor te staan.

#### 4.3 Hoe verder?

Op basis van de ervaringen tijdens de reconstructies en het gesprek erna over de patronen die we hebben aangetroffen hebben wij twee aanbevelingen voor onze opdrachtgevers voor een vervolg:

1. Faciliteer de ontwikkeling van een toekomstperspectief op een toekomstige en duurzame ggz;
2. Faciliteer de betrokkenen in de regio (creëer condities) in het zoeken naar oplossingen en het samenwerken rond complexe en vastzittende casuïstiek.



## Ad 1. Faciliteer de ontwikkeling van een toekomstperspectief op een toekomstige en duurzame ggz

Door de inzet van vele ggz-professionals en hulpverleners worden veel mensen met een psychisch kwetsbaarheid geholpen. Daarnaast zien we dat de huidige ggz voor een deel van de mensen die psychisch kwetsbaar is, geen antwoord heeft en waar dit antwoord ook niet snel te vinden is.

Zowel tijdens reconstructies als in de oogstbijeenkomst is aangegeven dat het wenselijk zou zijn dat we stilstaan bij de ingeslagen weg van de ggz en met elkaar vaststellen of we de goede kant op gaan. Ofwel: wat is het perspectief op een toekomstige en duurzame ggz en hoe ziet dit toekomstbeeld eruit? Hoe willen we dat de zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheid er uitziet voor epa patiënten, mensen met een combinatie van ggz en vg problematiek, ggz en somatiek zoals ouderen met psychische problematiek, zorgmijders, personen met verward gedrag, mensen die uitvallen omdat de eisen in onze samenleving steeds hoger worden.

De verwachting is, door maatschappelijke veranderingen en politieke keuzes (hogere eisen, individualisering, ambulantisering in ggz, mensen zo lang mogelijk zelfstandig wonen), dat deze groep groter wordt. Hoe gaan we hier een antwoord op bieden en hoe ziet dit antwoord eruit? Daarbij zijn tijdens de reconstructies en de oogstbijeenkomst diverse onderwerpen langs gekomen die hierbij van belang geacht worden. Deze onderwerpen zijn hieronder weergegeven. De volgende bewegingen en dominante patronen moeten worden tegengegaan en daarop moet een nieuw perspectief worden ontwikkeld.

- De (te) ver gaande wijze van specialisatie en diagnostiek en effecten daarvan voor alle betrokkenen;
- De daarmee gepaard gaande verzuiling in het zorglandschap zowel intern (depressie, angst, persoonlijkheidsproblematiek, trauma, verslaving) als extern (vg, lvb, ggz, pg, somatiek et cetera) en het ontbreken van gemeenschappelijkheid;
- Het zwaartepunt op diagnose, behandeling en verbetering;
- De toegenomen juridificering en angst voor veiligheid, fouten en vergissingen en grotere risico's bij bedrijfsvoering;
- De (te hoge) verwachting van en de realiteitszin over de ggz vanuit de samenleving dat zij problemen rond mensen met een psychische kwetsbaarheid op kunnen/zullen lossen.

Het ministerie van VWS en andere landelijke partijen kunnen initiator en facilitator zijn om een debat over de ggz en mogelijke toekomstperspectieven te laten plaatsvinden. Van belang is om in dit debat verschillende mensen te betrekken en ook niet voor de hand liggende partijen rond de tafel te krijgen. We denken bijvoorbeeld aan

beleidsmakers, bestuurders, zorgverzekeraars, managers, ggz-professionals, cliënten, gemeenten, huisartsen en justitiële ketenpartners, ggd-en, woningbouw, werkgevers, ziekenhuizen, onderwijsinstellingen en wetenschappers op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.

## **Ad 2. Faciliteer het tot stand komen van gemeenschappelijkheid in de regio vanuit een begeleidingskundig perspectief**

Samenwerken in de regio rond complexe en vastzittende casuïstiek gaat niet overal vanzelf ontstaan (zoals de geschetste patronen laten zien) De condities om samen te werken rond complexe casuïstiek ontbreken veelal. Het accent op diagnostiek en professionele behandelrichtlijnen, de productiegerichtheid, de volle agenda's, de aandoeningsgerichte organisatiestructuren, de tijd die samenwerken en bij elkaar komen vraagt, de onbekendheid met elkaar en de ingewikkeldheid van de regels belemmeren samenwerking. Terwijl juist de complexiteit van de casuïstiek erom vraagt dat partijen met elkaar aan de slag gaan.

Bij het plannen van de reconstructies merkten wij dat het veel tijd kostte om relevante spelers bij elkaar te krijgen. We ontdekten dat mensen elkaar vaak niet persoonlijk kennen. Betrokkenen moeten worden 'opgespoord', gegoogeld, nagezocht en verleid om mee te doen, hetgeen tijd vraagt. Tijd die nu simpelweg ontbreekt in de agenda van zorgverleners.

Landelijke partijen zijn met regionale taskforces wachttijden gestart met het faciliteren van samenwerken en het creëren van gemeenschappelijkheid rond wachttijdvraagstukken. Wij zijn van mening dat dit helpt en dat het goed is dit te continueren. Wel pleiten we voor een aanvulling door naast het bedenken van inhoudelijke oplossingen binnen deze taskforces, de taskforces meer casusgestuurd en (zelf)lerend te maken. De taskforces kunnen zich tot een zichzelf uitbreidend werkend netwerk (deelnemers uit taskforces wisselen op basis van vragen of beginnen nieuwe casusgestuurde regionale overleggen) in een regio ontwikkelen.

Dat betekent kort gezegd dat in deze taskforces mensen met elkaar in leersituaties worden gebracht waarbij ze gezamenlijk met hun eigen vraagstukken aan de slag gaan. Het werken aan eigen vraagstukken creëert urgentie en betrokkenheid. Voor deze vraagstukken gaan betrokkenen samen oplossingen ontdekken, experimenteren en proberen wat daarin werkt en waar ze zelf tegenaanlopen. Hierbij passen interventies als actieonderzoek, of lerend onderzoeken, gaming, coaching, training on the job, ontwikkelen van leerplaatsen en reflectie. Deze vorm vraagt om kundige procesbegeleiding (inhoud wordt geleverd door de deelnemers aan de taskforces) die de totstandkoming van de geschetste acties faciliteert, mensen steunt maar ook bewaakt dat er voldoende actie ontstaat en blijft ontstaan.

Voorbeelden van experimenten waarvan we weten dat betrokkenen uit onze reconstructies mee aan de slag willen gaan zijn:

- Voor de groep mensen die niet onder één diagnose of label te rubriceren is, gaat een locatie van een zorgaanbieder grondslagvrij werken, met personeel en expertise op verschillende gebieden. Je kijkt en behandelt niet vanuit diagnoses en financiering, maar je gaat werken vanuit wat nodig is en werkt voor de betreffende cliënt (Midden IJssel/Zwolle).
- Op te zetten samenwerkingscollectief over complexe casuïstiek. Midden IJssel, waarin men samen kijkt bij wie welke complexe casus het beste past en vanuit daaruit gaat werken en elkaar helpt, ondersteunt en wisselt uit.
- Vanuit het samenwerkingscollectief Midden IJssel bij elkaar komen en minimaal één keer per halfjaar gezamenlijk onderzoeken of cliënten niet uitgewisseld kunnen worden.
- Vanuit gemeente Gouda casuïstiek platform creëren in samenwerking met lokale ggz-instellingen om hen te leren complexe vraagstukken te reconstrueren.
- Experiment met CIZ en een ggz-zorgaanbieder om te onderzoeken hoe ze sneller een indicatie kunnen krijgen voor ouderen die met een onjuiste diagnose binnen zitten, niet terug naar huis kunnen en een kostbare specialistische ggz-plek bezet houden.