



Plan van aanpak wachttijden GGZ

Regionale Taskforce Midden IJssel

mei 2019

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Inzichten in de regio	4
2.1	Inleiding	4
2.2	Wachttijden en aantallen	4
2.3	Reeds ingezette acties	5
2.4	Knelpunten bij samenwerking.....	5
3	Kansen en actiepunten.....	7
3.1	Samenwerking met sociaal domein: inzet clientondersteuning Vriendendiensten	7
3.1.1	Kans	7
3.1.2	Actie: pilot Dimence en Vriendendiensten	7
3.2	Consultatiefunctie bij de huisarts.....	10
3.2.1	Kans	10
3.2.2	Actie: verbeteren consultatiefunctie.....	10
3.3	Diagnostiek ontwikkelingsstoornissen in de Basis GGZ	10
3.3.1	Kans	10
3.3.2	Actie: ontwikkelen ASS diagnostiek model en inkoop innovatieve producten Basis GGZ	11
4	Conclusies en vervolg	12

1 Inleiding

Voor u ligt het plan van aanpak wachttijden van de regio Midden IJssel. Februari dit jaar is landelijk afgesproken dat de 21 regio's met de langste wachttijden¹ een plan van aanpak openbaar maken waarin de samenwerkende partijen aangeven welke acties er ondernomen worden om de wachttijden aan te pakken. De regio Midden IJssel (werkgebied Deventer en omgeving) stond op plaats 14 en heeft derhalve ook deze verplichting.

In de regio Midden IJssel werken de volgende partners in de Taskforce wachttijden samen aan het terugdringen van de wachttijden:

- Stichting Dimence
- Mindfit
- Tactus Verslavingszorg
- Vriendendiensten Deventer
- Huisartsen Coöperatie Deventer e.o.
- (Centrum)Gemeente Deventer
- Clientenvertegenwoordiging
- Eno zorgverzekeraar

De Taskforce is in juli 2018 opgestart onder leiding van KPMG. Nadien zijn er 2 bijeenkomsten geweest. In de Taskforce Midden-IJssel draagt de gemeente Deventer zorg voor de procesbegeleiding. Eno heeft de taak van penvoering op zich genomen.

De grootste GGZ-instellingen uit de regio zijn vertegenwoordigd in de Taskforce. Naast bovengenoemde partners hebben wij nog andere partijen uitgenodigd voor deelname aan de Taskforce. Onder andere vrijgevestigde praktijken en voor de regio kleinere GGZ-instellingen. Tot op heden hebben deze andere partijen hier geen tijd en/of prioriteit aan gegeven. De samenwerking richt zich vooral op de partijen die in de regio Deventer e.o. nauw met elkaar samenwerken. Dit is de kernregio van zorgverzekeraar Eno. Eno is echter niet de dominante verzekeraar in het totale werkgebied Midden IJssel. Zilveren Kruis heeft tijdens de eerste bijeenkomst aangegeven dat zij, onder andere vanwege de hoeveelheid regio's, zich laten vertegenwoordigen door Eno.

In voorliggend plan van aanpak geven wij vanuit de regio Midden IJssel inzicht onze opvattingen rondom de wachtlijstproblematiek en de actuele ontwikkelingen die ingezet zijn rondom dit thema. Daarnaast zien wij op drie thema's kansen om een bijdrage te leveren om de wachttijden te verminderen. Hierbij geven we per thema aan op welke wijze wij hier invulling aan geven en welke acties hiervoor nodig zijn.

¹ Het betreft de regio's waar de wachttijden voor minimaal drie van de zes hoofd diagnoses die de NZa identificeert te lang zijn.

2 Inzichten in de regio

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven wij inzicht in de wachtlijstproblematiek in de regio Midden IJssel. We gaan eerst in op de huidige wachttijden. Daarnaast geven we inzicht in de acties die er buiten de Regionale Taskforce reeds ondernomen zijn of worden en die een bijdrage leveren aan het verminderen van de wachttijden. Ook constateren we een aantal knelpunten die vragen om een landelijke aanpak.

2.2 Wachttijden en aantallen

In de laatste kwartaalrapportage (regionale hotspot maart 2019) van Vektis staat regio Midden IJssel op plaats 25 van de totaal 31 regio's en scoort hiermee onder het landelijk gemiddelde. Ten opzichte van vorig kwartaal scoort de regio Midden-IJssel beter dan het gemiddelde. Toen stonden wij nog op plaats 19. Daar waar in andere regio's de wachttijden fors toenemen, lijkt het beeld in de regio Midden-IJssel vooralsnog redelijk stabiel.

De wachttijden Gespecialiseerde GGZ in de regio Midden IJssel zitten gemiddeld niet ver boven de Treeknorm. De stoornissen Pervasief (16,6 weken), Persoonlijkheid (14,7 weken), Aandachtstekort (16,5 weken), Angst (15,1 weken) en Depressie (14,4 weken) scoren in de meest recente Vektis rapportage van maart 2019 boven de Treeknorm van 14 weken. Het beeld in onze regio wijkt daarmee niet af van het landelijke beeld voor de stoornissen met de langste wachttijden.

Ten opzichte van vorig kwartaal is de wachttijd op persoonlijkheidsstoornissen afgenomen van 15,7 naar 14,7 weken. De wachttijden op Pervasief en Aandachtstekort zijn daarentegen iets toegenomen. De wachttijd voor de Basis GGZ bedraagt volgens de meeste recente Vektisrapportage 10 weken. Bij Mindfit bedraagt deze op peildatum 02-05-2019 5 weken. Voor verslavingszorg worden de Treeknormen niet overschreden in onze regio.

Op basis van berekeningen van Dimence ontstaat het beeld dat er in de maand januari in de hele regio voor *intake* circa 180 cliënten en voor *behandeling* circa 140 cliënten wachtten.

De urgentie van een gezamenlijke wachttijdaanpak lijkt in deze regio minder hoog, dan in andere regio's. Toch ervaren de professionals in deze regio wel degelijk problemen. Huisartsen merken bijvoorbeeld dat patiënten met chronische GGZ-problematiek bij terugval moeilijk herplaatst kunnen worden bij de gespecialiseerde GGZ. Wel zijn in hier in een eerder stadium reeds afspraken over gemaakt in een werkgroep 'warme overdracht', maar in de praktijk werkt dit onvoldoende. Daarnaast herkennen de huisartsen en gemeente situaties waarbij door de wachttijd de veiligheid van de persoon, of diens omgeving, in het geding is. Bij Eno ziet men een toename van het aantal wachtlijstbemiddelingaanvragen. In het eerste kwartaal 2019 ging het om 16 aanvragen in de regio ten opzichte van 6 in het laatste kwartaal van 2018.

2.3 Reeds ingezette acties

In de regio zijn er reeds acties ingezet die een bijdrage leveren aan de wachtlijstproblematiek. In deze paragraaf lichten wij er twee uit.

Verbetering interne bedrijfsprocessen bij Dimence

Om meer grip te krijgen op de wachttijden is Dimence in 2017 gestart met het project “De juiste zorg op het juiste moment” voor de teams angst- en stemmingsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en complex trauma, psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen en verslavingspsychiatrie. Wachttijden zijn een zogenaamd ‘wicked problem’, een probleem waar geen directe simpele oplossing voor is, en waarvoor op verschillende dimensies interventies nodig zijn.

Dimence heeft teams en medewerkers gestimuleerd om van het begin tot het einde (gehele behandelcyclus) zelf een aanpak te bedenken en uit te voeren om de wachttijden te verminderen. In een jaar tijd zijn er door de focus op de in – door en uitstroom in dit project honderden extra patiënten in behandeling genomen. Hoewel de opbrengst van dit project positief is en er een nieuwe werkwijze is ontstaan van continu verbeteren blijkt het succes van dit project ook een van de valkuilen van het project. Op het moment dat de wachttijden korter worden zorgt dit direct voor een nieuwe toestroom van patiënten (ook van buiten de regio) waardoor de wachtlijst binnen korte tijd weer vol stroomt.

Van beschermd wonen naar beschermd thuis

De gemeente Deventer werkt samen met aanbieders aan de beweging van beschermd wonen naar beschermd thuis. Gemeente, zorgaanbieders, de toegang (sociale teams) en verzekeraar brengen met elkaar in beeld welke mogelijkheden er zijn om de keten van zorg en ondersteuning op een goede manier op elkaar aan te laten sluiten. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot bestuurlijk draagvlak om met elkaar in gesprek te gaan over de instroom vanuit intramurale settingen (klinisch verblijf Zvw, verblijf Jeugdwet) naar beschermd wonen en de verzwaaring van de doelgroep die binnen beschermd wonen verblijft. Mogelijk dat wachtlijstproblematiek ook onderdeel is van deze beweging die binnen beschermd wonen wordt gezien. Daarnaast werkt de gemeente aan het vroegtijdig signaleren van problematiek en het voorkomen van zwaardere en daarmee duurdere zorg door in het sociaal domein de benodigde expertise goed te benutten. Allemaal potentiële ‘druppels’ op de gloeiende plaat van wachttijden in de specialistische GGZ, maar waardevol omdat iedere wachtende er één te veel is.

2.4 Knelpunten bij samenwerking

Belangrijk aandachtspunt in onze regio is dat er niet één dominante verzekeraar is. De meeste partijen in de GGZ (Zvw) maken over het algemeen afspraken met meerdere zorgverzekeraars. In deze regio zijn er vier zorgverzekeraars met ongeveer een gelijk marktaandeel. Alleen Eno participeert in de regionale Taskforce. Eno is niet op alle onderdelen van de inkoop representerend verzekeraar. Dit bemoeilijkt de regionale samenwerking.

Er is een personeelstekort in de regio. De GGZ-instellingen zitten met onvervulde vacatures voor behandelaren, zoals psychiaters, klinisch psychologen en GZ-psychologen. Enerzijds komt dit door een tekort aan behandelaren om nieuwe mensen op de leiden. Anderzijds komt dit doordat er geen universiteiten zijn in onze regio. Afgestudeerden die veelal wonen in de omgeving van de universiteit zijn veelal niet bereid deze regio te verhuizen of lang te reizen.

Samenwerking LVB-doelgroep

Specifiek voor GGZ-patiënten waarbij vermoedens zijn van zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking ervaren de partijen in onze kernregio als groot knelpunt dat diagnostiek/IQ test geen vergoeding kent. Bij volwassenen met GGZ problematiek wordt door de huisarts in eerste instantie verwezen naar de reguliere GGZ. Wanneer een behandeling dan na verloop van tijd onvoldoende aanslaat of er zijn al aan het begin van de behandeling vermoedens van verstandelijke beperkingen blijkt dat de cliënt dan uiteindelijk beter af is bij een andere (VG gespecialiseerde) instelling of dat behandeling en/of begeleiding vanuit de Wlz/Wmo een betere oplossing is. De cliënt komt vervolgens weer op een nieuwe wachtlijst.

Wanneer er geen IQ bepaling is gedaan voor het 18^e levensjaar is er feitelijk geen toegang tot de Wlz. Via een subsidieregeling Wlz kan er dan toch een beroep worden gedaan, maar dit is een lange en ingewikkelde procedure en is gericht op intramurale behandeling. Een IQ bepaling is een vereiste voorwaarde om alsnog een beroep te doen op de Wlz. Sommige gemeenten in de regio Midden-IJssel vergoeden wel de IQ test en anderen niet. De IQ-test vanuit gemeenten gefinancierd zijn veelal gericht op het inzetten van de juiste Wmo-zorg.

Deze groep vraagt daarnaast om een passend behandelaanbod en de juiste bejegening. We constateren dat er beperkt GGZ-LVB-aanbod is in onze regio. Daarnaast ontvangen zij vaak zorg vanuit andere sectoren die gefinancierd wordt vanuit andere stelsels. Afstemming hierover is in de praktijk vaak lastig.

In de regio is een werkgroep LVB gestart. De werkgroep is twee keer bij elkaar geweest. Vervolg van de werkgroep zal plaatsvinden tijdens de netwerkbijeenkomsten die 3 keer per jaar plaatsvinden en waarvan de naam is veranderd in “platform GGZ” Deventer e.o.

Daarnaast heeft Eno met ingang van 2019 een overeenkomst met Trajectum, die als 3^e lijns aanbieder fungeert voor patiënten waarbij sprake is van hoog complexe- en meervoudige GGZ-problematiek in combinatie met LVB. Hierbij wordt het mogelijk dat Dimence patiënten eenvoudiger kan doorverwijzen als er binnen Dimence geen passend behandelaanbod mogelijk is.

3 Kansen en actiepunten

3.1 Samenwerking met sociaal domein: inzet clientondersteuning Vriendendiensten

3.1.1 Kans

Het team van Vriendendiensten Deventer bestaat uit 13 betaalde medewerkers die als ‘GGZ-specialisten’ fungeren binnen het sociaal domein. Ze hebben achtergrond in het maatschappelijk werk, GGZ-expertise (sommigen gebaseerd op eigen ervaringskennis) en kennis van de sociale kaart in de regio. Vriendendiensten is een cliënt gestuurde organisatie. Naast betaalde medewerkers, zetten zich ook veel vrijwilligers en ervaringsdeskundigen binnen de stichting in.

De Vriendendiensten merkt in de praktijk dat huisartsen/POH GGZ en GGZ-organisaties onvoldoende gebruik maken van Vriendendiensten en andere mogelijkheden die het sociaal domein te bieden heeft. Dat is jammer, want zij hebben ook gemerkt dat wanneer mensen met een GGZ-achtergrond gebruik maken van algemene voorzieningen (evt. naast hun behandeling), zij beter in staat zijn om zelfstandig te wonen en beter te functioneren in de maatschappij. Dat kan ook bijdragen aan het voorkomen van behandeling of opname in de Zorgverzekeringswet als ook het beter effectueren van de behandeling in de specialistische GGZ omdat andere randvoorwaarden in het dagelijks leven van de patiënt op dat moment op orde zijn.

Vanuit deze context zien wij in de Taskforce kansen om niet alleen GGZ-organisaties, maar ook huisartsen en POH'ers, meer te verbinden aan de vele mogelijkheden die in het sociaal domein liggen. Dit levert een positieve bijdrage aan de wachttijden doordat:

- Mensen minder afhankelijk worden van de hulpverlening;
- Mensen in sommige situaties minder vaak of minder intensief gebruik maken van hulpverlening;
- Behandelaars patiënten met een geruster hart “los kunnen laten” bij uitstroom;
- Onjuiste/onnodige opnames worden voorkomen.
- Persoonlijk en maatschappelijk herstel wordt bevorderd.

3.1.2 Actie: pilot Dimence en Vriendendiensten

De Vriendendiensten en Dimence verkennen de mogelijkheden voor het starten van een pilot. Er zijn nog geen afspraken gemaakt tussen de huisartsen en de Vriendendiensten. Dit is wel een wens voor de langere termijn. Gezien de beperkte omvang van de organisatie De Vriendendiensten kan dit niet tegelijk worden uitgevoerd.

Bij de teams specialistische diagnostiek en behandeling van Dimence, regio Deventer, worden regelmatig mensen aangemeld die naast psychische problematiek uiteenlopende problemen hebben op meerdere levensgebieden die interfereren met de psychiatrische problematiek. Omdat (forse) problematiek op meerdere levensgebieden kan leiden tot stagnatie van de behandeling of zelfs tot een

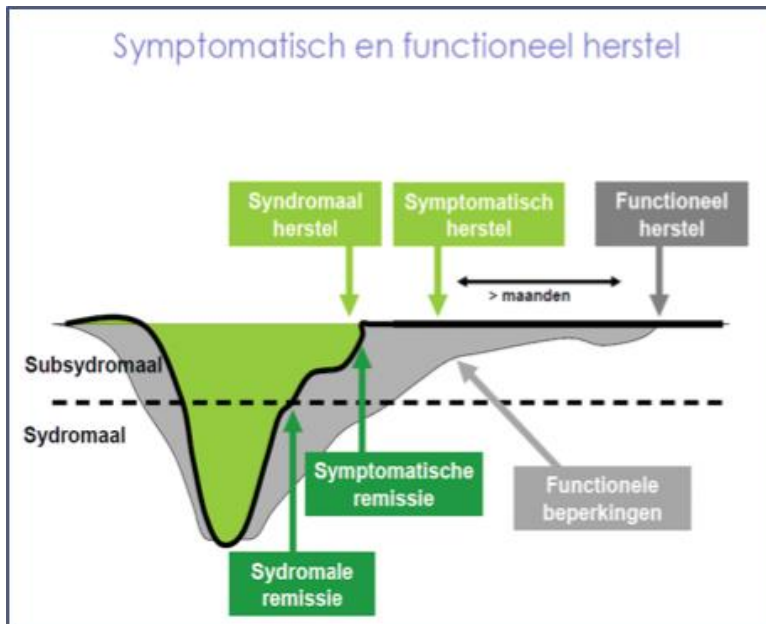
onvoldoende resultaat van de behandeling, is het belangrijk om voorafgaand of tijdens de behandeling actief te werken aan de aanwezige psychosociale problematiek. Het werken aan deze problematiek behoort primair niet tot de corebusiness van de ggz, maar wordt vaak wel opgepakt tijdens de behandeling omdat er anders niet toegewerkt kan worden naar volledig of maximaal haalbaar herstel. Ggz- medewerkers kunnen onvoldoende tijd besteden aan een goede begeleiding van patiënten bij problemen op de levensgebieden en zijn ook onvoldoende bekwaam om dit te doen.

In de pilot kiezen we er voor om ons te richten op de groep patiënten die een intake heeft gehad bij Dimence en waar de behandeling (nog) niet kan starten vanwege de aanwezige psychosociale problematiek. In de pilot willen we deze groep patiënten aanbieden om eerst met een cliëntondersteuner van De Vriendendiensten aan de slag te gaan om te zoeken naar oplossingen die bijdragen aan de psychosociale problematiek. Als de randvoorwaarden in het dagelijks leven op orde zijn, kan zo nodig alsnog de specialistische behandeling worden ingezet. Ook kan de Vriendendiensten parallel aan de start van de behandeling ingezet worden. Daarmee richt de pilot zich op het mogelijk maken van klinisch herstel.



We zien ook een groep mensen die na de klinische behandeling veel baat kan hebben bij de inzet van De Vriendendiensten. Dit betreft de mensen die aan het einde van de klinische behandeling zijn en waar gewerkt moet worden aan maatschappelijk herstel. Deze groep nemen we in eerste instantie niet mee in de pilot. Dit doen we om de pilot overzichtelijk en behapbaar te houden. Dit zou een volgende stap in de samenwerking kunnen zijn. Maar kan ook een (onbedoeld) neveneffect van de pilot zijn, immers meer bekendheid van Dimence en Vriendendiensten met elkaar kan leiden tot snellere doorverwijzing. We zullen hier in de pilot oog voor hebben omdat een toenemend beroep op Vriendendiensten een risico kan betekenen voor de ondersteuning die zij kunnen bieden vanwege de beperkte capaciteit.

Grafisch gezien ziet de pilot er daarmee als volgt uit:



Uitgaande van bovenstaand overzicht zou gezegd kunnen worden dat de behandeling van Dimence zich richt op het bereiken van syndromale- en symptomatische remissie, inclusief het herstellen van een deel van de functionele beperkingen. De inzet van De Vriendendiensten richt zich in veel gevallen op het leren omgaan met de aanwezig functionele beperkingen zodat uiteindelijk de fase van functioneel herstel bereikt kan worden.

In de pilot gaat de Vriendendienst zich richten op de groep patiënten die functionele beperkingen en psychosociale problemen ervaren en tevens symptomen hebben van een psychiatrische stoornis. Door vroegtijdig in te zetten op persoonlijk en maatschappelijk herstel is de verwachting dat de behandeling met een beter resultaat afgerond kan worden of zelfs helemaal niet ingezet hoeft te worden.

De pilot kent de volgende stappen:

1. Verkennen van de mogelijkheden en wensen van de verschillende teams binnen specialistische diagnostiek behandeling (psychose, persoonlijkheidsstoornissen, angst en stemming, ontwikkelingsstoornissen) met de Vriendendiensten. Dit doen we tijdens een startbijeenkomst.
2. Werkafspraken maken tussen deelnemende teams en de Vriendendiensten
3. Doorverwijzen patiënten gedurende een periode van 1 jaar, gewenste looptijd vanaf 1 juni 2019. Streven is om 30 tot 40 patiënten mee te nemen in de pilot.
4. Monitoren en evalueren, 3 momenten in het jaar

Ten aanzien van de monitoring zullen we een aantal kwantitatieve gegevens in kaart brengen, zoals de aantallen verwezen patiënten en tijdsbesteding vanuit Dimence en Vriendendiensten. Daarnaast zullen we aan de hand van een aantal interviews met patiënten en betrokken professionals (behandelaren Dimence en medewerkers Vriendendiensten) in beeld brengen welke maatschappelijke effecten we zien voor de patiënten.

Het starten van de pilot hangt samen met de mogelijkheden die er zijn om voldoende financiële middelen te verkrijgen voor dit project.

3.2 Consultatiefunctie bij de huisarts

3.2.1 Kans

De leden van de Taskforce zien kansen voor versterking van de samenwerking tussen de huisartsen en de GGZ aanbieders. Het gaat dan onder andere om vragen rondom medicatie, diagnostiek en gericht verwijzen. Wanneer er gericht wordt verwezen zitten patiënten meteen op de juiste plek. Daarnaast kan er ook met gerichte ondersteuning bij de huisarts in sommige situaties worden voorkomen dat een patiënt wordt doorverwezen.

Op dit moment is er al een mogelijkheid tot consultatie. Echter zowel voor huisartsen als voor aanbieders is het niet altijd duidelijk dat deze er is. Er wordt geconcludeerd dat men elkaar nog onvoldoende kent in de regio. Daarnaast ervaren de GGZ-aanbieders een administratieve last bij onderlinge facturering. Iedere consultatie dient als factuur opgestuurd te worden aan de HCDO, welke dan vervolgens uitbetaald. Dit werpt een drempel op om er gebruik van te maken.

3.2.2 Actie: verbeteren consultatiefunctie

HCDO schrijft een voorstel (voor eind juli 2019) waarin wordt gekeken hoe we op structurele basis consultatie vorm gaan geven in onze regio.

De GGZ-instellingen investeren in overleg met de huisartsen in het aanbieden van consultatie en deskundigheidsbevordering aan huisartsen om een behandeling /behandelaanbod tijdig in te kunnen zetten en daarmee inzet van meer gespecialiseerde hulp te voorkomen.

In samenspraak wordt gezocht naar een methode om de bekendheid bij huisartsen op een goede manier voor het voetlicht te brengen.

3.3 Diagnostiek ontwikkelingsstoornissen in de Basis GGZ

3.3.1 Kans

Het diagnosticeren en behandelen van een deel van de doelgroep Ontwikkelingsstoornissen in de basis GGZ kan in de regio Midden IJssel leiden tot minder DBC's in de Gespecialiseerde GGZ waarmee het een positieve bijdrage levert aan de wachttijden.

In de huidige productstructuur kunnen cliënten met vermoedens van ADHD/ASS niet gediagnostiseerd worden in de Basis GGZ. In tegenstelling tot andere stoornissen vraagt het vaststellen van een ontwikkelingsstoornis om uitgebreide diagnostiek, die volgens specifieke kwaliteitsstandaarden en richtlijnen moet worden uitgevoerd.

Deze vorm van diagnostiek kan niet bekostigd worden in de huidige Basis GGZ. In de Basis GGZ is diagnostiek alleen ook niet toegestaan (bijvoorbeeld als een cliënt alleen wil weten of hij daadwerkelijk een ontwikkelingsstoornis heeft). Diagnostiek is alleen toegestaan in het kader van een behandeling.

Cliënten komen pas in aanmerking voor diagnostiek en eventuele behandeling in de Gespecialiseerde GGZ mits zij voldoen aan de toelatingscriteria. Dat betekent in de praktijk dat pas wanneer de klachten voldoende complex en/of risicovol zijn, men toegang heeft tot de Gespecialiseerde GGZ. Waar vervolgens dan een lange wachttijd is, voor diagnostiek. Een deel van deze doelgroep, matig complex en niet risicovol, valt nu tussen de wal en het schip.

In onze regio vindt Mindfit dat deze groep kwalitatief goed en tegen aanzienlijk minder kosten gediagnosticeerd én behandeld worden binnen de Basis GGZ. Ook Tactus ziet kansen om de wachttijden te verminderen door te voorzien in de mogelijkheid om binnen de BGGZ diagnostiek in te mogen zetten om de inzet van passende (en lichtere) vervolghulp in meer brede zin mogelijk te maken.

Het is binnen de beschikbare tijd van de huidige pakketten basis GGZ niet mogelijk om kwalitatief goede diagnostiek en behandeling te bieden. Diagnostiek en behandeling ADHD en ASS leiden binnen de huidige pakketten structureel tot forse tijdsoverschrijding en dientengevolge tot financieel verlies (overschrijding tijd komt voor rekening van de zorgaanbieder). Seriële prestaties (meerdere opeenvolgende pakketten op dezelfde classificatie binnen 1 jaar) zijn in de basis GGZ niet toegestaan.

Voor dit knelpunt zijn door de NZa twee innovatieve zorgprestaties goedgekeurd. Het Umami pakket (tot Max 1300 minuten) biedt meer mogelijkheden voor onder andere ADHD, maar staat behandelen van de doelgroep ASS niet toe. Het nieuwe innovatieproduct pakket Eleo (tot Max 1300 minuten), biedt wel mogelijkheden voor ASS.

3.3.2 Actie: ontwikkelen ASS diagnostiek model en inkoop innovatieve producten Basis GGZ

De behandelvisie van Mindfit is nadrukkelijk gebaseerd op de positieve psychologie en het aanwenden van eigen kracht van de klant. Dat vindt plaats door generalistisch en oplossingsgericht te werken én vanuit het KOP-model. Op dit moment is er geen ASS diagnostiekmodel dat op deze principes gestoeld is en toegepast kan worden in de basis GGZ. Mindfit wil dat dit, in afstemming met andere partijen landelijk en ook Dimence, onderzoeken en ontwikkelen. Dit passend binnen een Dimence Groep breed gedragen visie op het diagnosticeren van de doelgroep ASS.

Onderzocht wordt door Dimence en Mindfit of innovatiepakketten Umami en/of Eleo breder ingekocht kunnen worden bij de verschillende verzekeraars die opereren in deze regio. Medio zomer starten de inkoopgesprekken voor het inkoopjaar 2020. Verzekeraars en aanbieders streven erna om half november de inkoop 2020 te hebben afgerond.

Dit biedt de mogelijkheid om in de basis GGZ kwalitatief goede diagnostiek én behandeling bij vraagstelling/vermoeden ADHD en ASS te doen.

- Tegen lagere kosten
- Wachttijd voor deze doelgroep in de Gespecialiseerde GGZ zal daardoor afnemen
- Opschaling vanuit de Basis- naar de Gespecialiseerde GGZ voor deze doelgroep zal afnemen

4 Conclusies en vervolg

We hebben geconstateerd dat er in de regio Midden IJssel sprake is van wachtlijstproblematiek. Ondanks dat de wachttijden minder lang zijn dan in andere regio's voelen de partijen in de regio de gezamenlijke verantwoordelijkheid om hier een actieve bijdrage aan te leveren.

Met de voorgenomen acties in dit plan van aanpak is de opvatting dat we een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de wachttijden. Hiervoor worden de komende periode een drietal kansen nader uitgewerkt.

Echter er is niet de illusie dat we door de samenwerking de wachttijden in zijn geheel kunnen wegnemen. Zoals benoemd in hoofdstuk 2 zijn er (landelijke) knelpunten die we niet in de regio kunnen oplossen.

Een van de aandachtspunten voor de landelijke Stuurgroep vindt de Taskforce om daadwerkelijk grip krijgen op de omvang van het probleem, hoeveel mensen wachten er daadwerkelijk op een behandeling? Zitten er geen dubbelingen tussen instellingen? Is de bronregistratie op orde? Daarnaast heeft de GGZ net als andere zorgsectoren te maken met forse personeelstekorten en is er sprake van krapte bij zowel in -en externe ketenpartners wat de druk op het systeem verhoogt.

De komende periode (mei-september 2019) zal opvolging gegeven worden aan de acties zoals beschreven in dit plan van aanpak. De gemeente Deventer en Eno zorgverzekeraar monitoren vanuit hun rol binnen de Taskforce actief de opvolging. De Taskforce komt ieder kwartaal bijeen. Waar mogelijk zal geprobeerd worden om andere partijen aan te haken en de samenwerking te zoeken met regionale werkgroepen in de GGZ-keten.