

Regioplan Flevoland obv vragen en antwoorden stuurgroep wachttijden GGZ

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

De informatiekaart wachttijd van NZA laat zien dat het gaat om de diagnosegroepen Pervasief, Aandacht en Persoonlijkheidsproblematiek. Aantallen cliënten waar het om draait zijn bij ons niet bekend.

Bij GGZ Centraal zijn verschillen in wachttijden te zien tussen ziekenhuispsychiatrie, ouderen en gebiedsteams. GGZ Centraal doet ongeveer 50% in deze regio.

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

De taskforce in Flevoland richt zich niet specifiek op een bepaalde diagnose groep.

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

De taskforce richt zich met name op het verbeteren van de regionale samenwerking. Ontwikkelingen bij individuele partijen die invloed hebben op de wachttijden worden wel besproken (bijv wijziging intakeproces GGZ Centraal heeft de wachttijden in betreffende organisatie verlaagd)

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

De knelpunten die zijn besproken, zijn niet anders dan de knelpunten die in de landelijke analyse naar voren zijn gekomen. Aanvullend hierop is dat een regio-specifiek knelpunt is de moeite om personeel te vinden en te behouden.

De oplossingsrichtingen waarvoor gekozen is, zijn de volgende:

1) Samenwerkingsafspraken:

Afgesproken is dat alle aangesloten tweedelijsorganisaties (MoleMann, Therapeutisch centrum Flevoland, Pi-groep, Indigo basis GGZ, GGZ Centraal, Dokter Bosman, Mentaal Beter, HSK, Eleos) per 1 maart 2019 maximaal twee weken nemen voor de screening van cliënten (de beoordeling 'hoort deze cliënt bij mij'). Terugverwijzing naar de huisarts kan alleen in die twee weken wanneer het oordeel is 'deze cliënt hoort niet bij mij'.

Per 1 maart 2019 gebruiken alle huisartsen de NHG-standaarden voor het invullen van de verwijsbrief, ook op het moment dat de verwijsbrief niet via Zorgdomein wordt verstuurd.

Afgesproken is dat alle aangesloten tweedelijsorganisaties (MoleMann, Therapeutisch centrum Flevoland, Pi-groep, Indigo basis GGZ, GGZ Centraal, Dokter Bosman, Mentaal Beter, HSK, Eleos) naar elkaar verwijzen met behoud van diagnostiek en wachttijd. Concrete afspraken zijn gemaakt met betrokken partijen. Verwachting is dat dit medio mei gaat starten.

Voor bovenstaande afspraken is een pilotperiode afgesproken tot het volgende geplande overleg. Daarbij spreken we af elkaar direct aan te spreken op het moment dat zaken niet voldoen aan hetgeen we hebben afgesproken met elkaar.

2) Inzetten van e-health en e-consult en het gebruik hiervan stimuleren. Een toenemende groep van huisartsen in de regio maakt gebruik van het systeem Ksyos waarbinnen de mogelijkheid voor Consultatie wordt geboden. Inmiddels zijn er ook een aantal GGZ-instellingen/praktijken die hier ook gebruik van maken om de consultatie meer body te geven. Laagdrempelige consultatie vergroot de kans op in één keer goed verwijzen en versterkt de onderlinge samenwerking.

- 3) Verlagen van de administratieve lasten door het maken van afspraken met de gemeenten. Vooralsnog is de oproep gedaan dat elke organisatie voor zichzelf kritisch kijkt naar de efficiëntie en effectiviteit van eigen administratieve processen.
- 4) Vergroten van de samenwerking met het sociale domein. Een van de mogelijkheden is het aansluiten van de wijkteams bij de intakegesprekken. Het lastige element hierbij is dat het sociaal domein anders georganiseerd is vanuit de verschillende gemeenten. Een belangrijk onderdeel hiervan is dat het aanbod van de verschillende gemeenten inzichtelijk wordt gemaakt. Vanuit de gemeenten wordt een kort schrijven opgesteld met daarin: 1) een overzicht van wat gemeenten hebben ingekocht en wat ondersteunend/ aanvullend/ volgend is op de eerste-en tweedelijns GGZ, en 2) route van contact met welzijnswerkers per gemeente. De handreiking VNG (medisch noodzakelijk verblijf - <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2018/08/31/werkwijzer-medisch-noodzakelijk-verblijf-ggz/werkwijzer-medisch-noodzakelijk-verblijf-ggz.pdf>) biedt hier een goed startpunt voor. Ook de gemeenten worden betrokken die niet aan tafel zitten. De verwachting is dat dit schrijven in conceptvorm medio mei gedeeld wordt met betrokken partijen.
- 5) Gezamenlijk behandelen van complexe, crisisgevoelige cliënten door het maken van werkafspraken. Op het moment dat er afspraken gemaakt worden over het gebruik van de crisisdienst en de mogelijkheid tot opschalen, kan een behandeling (of een deel van de behandeling) eerder uitgevoerd worden door de kleinere aanbieders of vrijgevestigden. Er zijn verschillende vervolgstappen voor het gebruik van de crisisteams van GGZ Centraal (bezoeken van aanbieders, vervolgbijeenkomst samenwerkingsafspraken etc.). Verwachting per juni: goede afspraken over inzet van crisisdienst, huisarts zoveel mogelijk buiten proces houden en meer behandelen door andere aanbieders i.g.v. randgevallen.

Overig genoemde oplossingsrichtingen maar waar vooralsnog niet voor gekozen is:

- 6) Capaciteitsverdeling binnen de regio. Termen die hierbij horen zijn gezamenlijk opleiden (zowel voor de basis GGZ als de specialistische GGZ) en gentlement-agreements (afspraken maken rondom het 'overnemen' van elkaar behandelen).
- 7) Periodiek overleg tussen de verschillende behandelaren, waarbij de inhoud centraal staat en ervaringen worden gedeeld i.r.t. verschillende zorglijnen/ diagnosegroepen.
- 8) Regionale afspraken over de inzet van regiebehandelaren (NB. Dit wordt ook besproken op de landelijke tafel)
- 9) Gebruik maken van de steun- en informatiepunten. Hier zijn onder andere ervaringsdeskundigen beschikbaar voor problematiek rondom angst en depressie. De punten kunnen ondersteuning bieden voorafgaand aan het behandeltraject of tijdens en na het behandeltraject.

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

ad1 Samenwerkingsafspraken zijn ingegaan in een pilotfase per maart 2019. Het onderling doorverwijzen met behoud van wachttijd start per medio mei.

ad2 Er worden regionale bijeenkomsten georganiseerd (vanuit Medrie voor huisartsen) om e-health te stimuleren. Gepland begin mei.

ad3 Vooralsnog is de oproep gedaan dat elke organisatie voor zichzelf kritisch kijkt naar de efficiëntie en effectiviteit van eigen administratieve processen. Er lijkt nog geen actie op te zijn ondernomen om in contact te komen met de gemeentes om hier afspraken over te maken.

ad4 Medio mei

ad5 Doelstelling Q2

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

GGZ Centraal bedient ongeveer 50% van de GGZ in de regio en de huidige wachttijden van betreffende instelling zijn flink lager dus de verwachting is dat dit in de retrospectieve cijfers snel terug te zien zal zijn.

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

Sommige administratieve lasten

Arbeidsmarktproblematiek, vooral voor psychiaters, klinisch psychologen en SPV, speciaal voor deze regio: moeilijk om personeel binnen te krijgen en te houden ivm locatie.