

Plan van aanpak Regionale Taskforce Wachttijden GGZ regio Zwolle

Rik Meliesie namens RT Zwolle, 26-06-2019

I. Inleiding

Opdracht aan Regionale Taskforce

Uit: Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ 2018-2019

Landelijke lessen vanuit de aanpak tot nu toe

Zoals ook door de NZa geconcludeerd in de Marktscan GGZ 2016, kennen de wachttijden meerdere oorzaken op verschillende niveaus. Wachttijden zijn mede een gevolg van onvoldoende communicatie en samenwerking, tekortschietende organisatie, onvoldoende specifieke behandelcapaciteit en onvoldoende zorg op de juiste plek. Wachttijden kunnen ook niet los gezien worden van (problemen in) de samenhang met huisartsenzorg en het sociale domein.

Wat zijn de aandachtspunten van de RT's

De RT's hebben bij de start van hun RT een knelpuntenanalyse gemaakt en op basis daarvan de 3 belangrijkste punten (voor die regio) er uitgelicht waar de focus op gelegd wordt om gezamenlijk aan te werken. In de knelpuntenanalyse is steeds dieper ingezoomd op de knelpunten die liggen op instellingsniveau, op regionaal niveau en op landelijk niveau. Bij het inzoomen komen (soms per regio verschillende) knelpunten naar boven: onvoldoende integraliteit in het aanbod, capaciteitsproblemen, onvoldoende kennis van elkaars aanbod, stokkende uitstroom, langere wachttijden voor mensen met een complexe zorgvraag in de G-GGZ, geen afspraken over wachttijdoverbrugging, suboptimale inzet van wijkteams en problemen in de aansluiting tussen klinische faciliteiten en woonvormen. De RT komt met de knelpuntenanalyse tot de kern van het probleem, dat ze individueel of gezamenlijk op moeten lossen.

De knelpunten per regio zijn te clusteren naar:

- *Signaleringsfunctie en preventie* onvoldoende belegd bij huisartsen/POH GGZ, soms onvoldoende capaciteit bij de POH GGZ.
- Problemen in de verwijzing naar de juiste plek (*triage en intake*).
- Problemen in het *behandelaanbod en uitstroom*.

Binnen de RT's maakt men samen afspraken over oplossingen voor deze knelpunten. Thema's die de RT's over hun eigen functioneren bespreken (in relatie tot de cijfers over de wachttijden) zijn:

- Stabiliteit van de RT (continuïteit afspraken, concrete acties)
- Samenstelling van de RT (juiste partijen, juiste mensen)
- Mandaat van de (leden binnen de) RT
- Resultaten van de RT
- Succesfactoren/belemmeringen in samenwerking binnen de regio

II. Regionale Taskforce Wachttijden GGZ Zwolle e.o. (hierna RT Zwolle)

De RT Zwolle bestaat uit de volgende partijen:

Zilveren Kruis, VGZ, Dimence, HSK, Prisma Psychologie (vrij gevestigden), Eleos, Pro Juventus, PsyQ Zwolle, Tactus, GGZ Centraal, Ermeloesche Psychologenpraktijk, Gemeente Zwolle, Gemeente Harderwijk, RIBWGO, HRZ (huisartsen vereniging), Focus Zwolle, GGz Beraad Overijssel,

Deze partijen zijn in wisselende samenstelling onder leiding van Arjan Ogink van KMPM Health bijeen gekomen in oktober 2018 en maart 2019 voor de eerste verkenningen van de knelpunten in de regio. Na de 2^e bijeenkomst is geconstateerd dat het vanuit pragmatisch oogpunt verstandig is om de partijen te verdelen in kerngroepleden en agendaleden. De agendaleden zijn meelezers en ontvangen alle stukken. De kerngroepleden komen regelmatig bijeen en zetten acties uit.

Samenstelling Kerngroep RT Zwolle:

Zilveren Kruis, Dimence, Eleos, HSK, Prisma Psychologie, Pro Juventus, Tactus, Gemeente Zwolle, VGZ, HRZ en RIBWGO.

Vanuit Proscop is Rik Meliesie beschikbaar als voorzitter en penvoerder van de RT Zwolle.

III. Knelpuntenanalyse

Uit de bijeenkomsten in oktober 2018 en maart 2019 kwamen de volgende knelpunten naar voren.

1. Overzicht hotspots wachttijden Zwolle e.o.

Voor het overzicht van de wachttijden december 2018 en maart 2019 per aandoening en per zorgaanbieder / instelling zie bijlage 1.

De leden van de RT Zwolle herkennen zich niet in de gepresenteerde wachttijden. De indruk bestaat dat daar waar hoge wachttijden staan vermeld, dit uitschieters zijn op relatief lage volumes. De overzichten bieden geen gewogen beeld.

Actie: de omvang van de problematiek beter in beeld krijgen.

2. Knelpunten (1^e analyse)

2.1 Er is onvoldoende **aandacht voor het sociaal domein en ervaringsdeskundigen**. De ondersteuning vanuit het sociaal domein in relatie tot de wachttijden kan op drie manieren worden ingezet om de druk op de S-GGZ te verlichten, namelijk:

- 1) preventief signaleren om instroom te verkleinen
- 2) parallel aan behandeling, bijvoorbeeld door het ondersteunen bij de maatschappelijke problematiek die cliënten ervaren
- 3) het ondersteunen van een warme overdracht om de uitstroom te bevorderen.

Wegens de financiële schotten en beperkte financiering voor ervaringsdeskundigen, worden deze mogelijkheden van sociale zorg nog onvoldoende benut. Oproep die de regio aan zichzelf doet: proberen te 'omschotten' en **samen op casus niveau van elkaar te leren** over de keten heen (voorbeeld Harderwijk).

Bijkomend knelpunt is de onvoldoende beschikbaarheid van onderdelen binnen het sociaal domein zoals bijv. maatschappelijk werk, ggz-coaches, e.d.

2.2 Stagnatie Instroom – Doorstroom – Uitstroom

2.2.1 Instroom:

- Onjuiste en onvolledige verwijzingen leiden in 25% tot 30% van de verwijzingen tot terugverwijzing, doorverwijzing en afwijzing.
- Beperkte gezamenlijke aanpak waardoor matched care niet goed van de grond komt.

- Inzicht sociale kaart en wachttijden intake en behandeling (Kiezen in de GGZ & GGZhuis).
- Betere benutting van de mogelijkheid tot een consultatiefunctie van de GGZ voor huisartsen. Voldoende capaciteit psychiaters?
- De regio kent veel aanbieders van zorg, maar niet iedereen bedient elke doelgroep (m.n. een knelpunt bij ASS).

2.2.2 Doorstroom:

Door de groei in ambulantisering heeft de GB-GGZ en S-GGZ te maken met complexere patiënten. Door de ambulantisering komen er meer patiënten met een complexe hulpvraag in de S-GGZ. Een groter volume gecombineerd met een complexere hulpvraag legt een groter beslag op de capaciteit van de S-GGZ.

2.2.3 Uitstroom:

Suboptimale uitstroom creëert opstopping van de doorstroom en daarmee wachttijden aan de voorkant. Belangrijke oorzaken hiervan zijn:

- De grote aantallen patiënten met complexe problematiek vergen niet alleen meer capaciteit binnen de GGZ, maar ook bij beschermd wonen. De langere behandelduur van deze patiënten verlengt de doorlooptijd van beschermd wonen. Beschermd wonen heeft daardoor een beperkte uitstroom, wat een negatieve impact heeft op de doorstroom en daarmee wachttijden geeft bij de instroom. Beschermd wonen heeft tevens een beperkte uitstroom omdat er onvoldoende vervolgvoorzieningen beschikbaar zijn.
- Verwachtingsmanagement bij aanvang en tijdens de behandeling, bijvoorbeeld met behulp van zorgpaden, kan het loslaten bevorderen.
- Onvoldoende warme overdracht van GGZ-aanbieder naar de huisarts. Een warme overdracht is nodig, zodat een huisarts zijn POH GGZ goed kan uitrusten om de patiënt (met complexe problematiek) op te vangen. De verschillende schakels in de keten zoeken elkaar niet genoeg op om te zorgen dat cliënt om een vloeiende manier kan uitstromen.
- Onvoldoende passende nazorg. Een afgestemde begeleiding vanuit het sociaal domein en de huisarts en/of met behulp van een ervaringsdeskundige ontbreekt veelal.

2.3 Overige knelpunten

2.3.1 VG en GGZ problematiek

Veel GGZ aanbieders in de regio hebben moeite met het leveren van matched care voor cliënten met een combinatie van VG en GGZ problematiek. Vaak ontbreekt de expertise hiervoor. Daarbij neemt de doelgroep veel capaciteit in beslag, die dan niet kan worden gebruikt voor het oplossen van wachttijden bij andere doelgroepen. Daarnaast lijken er regionaal maar ook landelijk beperkt plekken beschikbaar te zijn voor SGLVGZ.

2.3.2 Meer aanmeldingen zwerfjongeren

Als één van de overige knelpunten is te noemen dat er meer aanmeldingen zijn van zwerfjongeren (18-23 jaar). Soms zijn verlengde jeugdhulpplekken een oplossing. Tegelijk neemt problematiek toe en is te zien dat er omstreeks decentralisatie (2014/2015) geen aanmeldingen waren en dat de missende groep nu opkomt.

2.3.3 Aanbod BW plekken knelt

Er komen meer burgers met complexe vragen in de wijk. Dit vraagt om veel begeleiding en plekken BW (beschermd en begeleid wonen). Ook vraagt het om een passende benadering/

aanpak voor mensen met verward gedrag in de wijk. Beschermd wonen heeft een beperkte uitstroom omdat er onvoldoende vervolgvorzieningen beschikbaar zijn.

2.3.4 Cliëntenperspectief

Cliënten willen graag meer informatie en meegenomen worden

Het is opvallend dat sommige cliënten lang lijken te wachten terwijl andere instellingen tijd hebben. Mogelijk gewenst wachten door cliënt.

2.3.5 E-health is meer in te zetten

Dimence, Eleos en HSK hebben ervaring met consulten op afstand. In de praktijk zijn er bij meerdere instellingen goede resultaten. Ook niet raar, gegeven dat in andere landen het al meer gemeengoed is en werkzaam blijkt.

IV. Oplossingsrichtingen

3.1 Capaciteit en wachttijden

In kaart brengen waar en op welke diagnosegroepen lange wachttijden zijn.

Vervolgens onderzoeken waardoor de ene aanbieder capaciteit heeft en de andere wachttijden.

Vervolgens patiënten in samenspraak met de zorgverzekeraars via zorgbemiddeling een korte wachttijd aan te bieden bij een collega instelling.

Planning: augustus 2019

3.2 Volume wachtende verzekerden

Nader onderzoeken op welke wijze het volume van het aantal wachtende verzekerden per hoofddiagnosegroep bepaald kan worden.

Planning: augustus/september 2019

3.3 Preventief signaleren om instroom te verkleinen

3.3.1 Matched care

Meer specialistische kennis aan de voorkant om de hulp vraag scherper te stellen (sociaal domein, huisarts, POH GGZ,?).

Terugdringen van onjuiste en onvolledige verwijzingen. Focus op in één keer juist verwijzen, waarbij de verwijfsbrief volledig is en direct naar de juiste partij wordt verwezen.

Optimalisatie van de zorglogistiek door digitalisering van het aanmeldproces. Hiermee neemt naar verwachting de gepercipieerde wachttijd af en de capaciteit wordt doelmatiger ingezet, met als gevolg daadwerkelijk daling van de wachttijden.

Verbetering van de benutting van de hulpmogelijkheden in het sociaal domein door huisartsen.

GGZ-specialisten detacheren naar andere segmenten van de zorg om hier hun kennis in te zetten ten behoeve van het scherpstellen van de hulpvraag.

Gezamenlijk zorg te verlenen door meerdere instellingen. Bijvoorbeeld bij groepstherapie is het soms moeilijk een groep snel vol te krijgen. Stel dat Eleos en Dimence samen een MBT groep zouden vormgeven. Dan kan waarschijnlijk iedere 4 maanden een groep starten. Dat verkort de instroom enorm.

Inzet van WIJZ vrijwilligerswerk om op basis van de domeinen van Machteld Huber positieve psychologie in te zetten op psychosociale problematiek. Hiervoor kan Stichting WIJZ indien gewenst een PVA aanleveren (onderdeel Dimence Groep)

Verruiming van het GB-GGZ aanbod / anderhalve-lijns-aanbod.

Naar het voorbeeld van Krachtige basiszorg de onnodige verwijzingen naar specialistische zorg voorkomen. De huisarts kan hiertoe vaste wijkspecialisten - psychiater en medisch specialistische disciplines van het ziekenhuis - consulteren en gericht inzetten. Er zijn korte en persoonlijke lijnen door werkafspraken over door- en terugverwijzen, het inzetten van consultatiemogelijkheden, zoals het meekijkconsult, en gezamenlijk multidisciplinair overleg. Deze lijnen zorgen voor een beter gebruik van elkaars expertise. De huisarts kan zo meer patiënten onder hoofdbehandeling houden.”

Planning: bespreking/keuze aanpak augustus 2019

3.3.2 Inzicht sociale kaart en wachttijden intake en behandeling

Het GGZhuis Zwolle functioneert in de regio als sociale kaart voor ggz gerelateerde problematiek. Enkele jaren geleden ontstaan vanuit de behoefte van de huisartsen om meer inzicht in verwijsmogelijkheden, is het GGZhuis Zwolle inmiddels een volwaardig, besloten digitaal platform waaraan nagenoeg alle huisartsen en ggz-aanbieders in de regio deelnemen (totaal 462 individuele zorgaanbieders). GGZ-aanbieders kunnen in hun profiel aangeven wat hun wachttijden zijn voor intake en behandeling. Daarnaast kunnen zij vermelden welke behandelingen zij bieden. Binnenkort komt het GGZhuis-platform ook beschikbaar als mobile device (app), wat de gebruikersvriendelijkheid ten goede zal komen. Wachttijden zijn ook inzichtelijk via Zorgdomein.

Planning: doorlopende ontwikkeling en uitbreiding GGZhuis digitaal platform

3.3.3 Consultatiefunctie huisarts - S-GGZ

Betere benutting van de mogelijkheid tot een consultatiefunctie van de GGZ voor huisartsen. De consultatiefunctie van de GGZ voor huisartsen wordt in de regio relatief weinig benut. Vermoedelijk is dit het gevolg van enerzijds onbekendheid met en schroom bij de toepassing van de consultatiefunctie bij huisartsen en anderzijds onvoldoende capaciteit van psychiaters. De consultatie kan tevens behulpzaam zijn bij de juiste verwijzing en volledige verwijsbrief.

Planning: Q3 2019 aanpak in afstemming met huisartsen en S-GGZ

3.4 Clientondersteuning

Ondersteuning aan cliënten bij de maatschappelijke problematiek die zij ervaren, parallel lopend aan de behandeling

Hoe kunnen GGZ-aanbieders goede afspraken maken met regionale samenwerkingspartners die (mede) herstel en maatschappelijke participatie van cliënten kunnen ondersteunen? Het is vaak moeilijk om deze netwerk- en omgevingsgerichte manier van werken goed vorm te

geven. Er dient ook gezorgd te worden voor passende vormen van bekostiging voor de rol van medeleverancier (twee kanten op).

Zie voorbeelden als Herstelwerkplaatsen, Krachtige Basiszorg (o.a. Utrecht), Humanitas Maatjes GGZ, Vriendendiensten Deventer, inzet ervaringsdeskundigen,

Planning: bespreken opties Q3 2019

3.5 Het ondersteunen van een warme overdracht om de uitstroom te bevorderen

Binnen het kader van het GGZhuis Zwolle wordt momenteel de laatste hand gelegd aan de Overeenkomst Warme Overdracht tussen S-GGZ – GB-GGZ – huisarts. Het betreft een set van (proces)afspraken bij terugverwijzing van patiënten met een chronische psychiatrische problematiek in een stabiele fase van de Specialistische GGZ (SGGZ) naar de huisartsenpraktijk/POH GGZ en/of de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ). Terugverwijzen naar de GB-GGZ geschiedt in afstemming met de huisartsenpraktijk.

Planning: afronding overeenkomst en procesafspraken Q3 2019

3.6 Op- en afschalen beter organiseren: ‘SGGZ inzet binnen BGGZ traject’

De samenloop van BGGZ en SGGZ kan beter. Soms is er in een BGGZ traject noodzaak om een aantal sessie met psychiater te werken. Dan is er wisseling van regiebehandelaar nodig, afsluiting van BGGZ traject en start SGGZ traject. Dat terwijl kwaliteit, kosten en wachttijden (capaciteit) gebaat zijn om iemand in BGGZ te houden en een ‘plus’ van enkele sessies in te kunnen zetten. Dat is nu niet mogelijk, ook niet binnen Umami. Consultatie kan wel, dat gebeurt volop (eigen investering / gratis). Dit gaat echter om situaties waarin 4 tot 5 sessies met psychiater behulpzaam zijn.

Onderzoek door zorgverzekeraars naar verruiming van het Umamiproduct en Eleoproduct met aanvullende, tijdelijke behandeling door S-GGZ.

Versterking samenwerking S-GGZ en GB-GGZ. Door nauwer samen te werken kan eerder worden afgeschaald naar GB-GGZ waardoor er weer capaciteit beschikbaar komt bij de SGGZ (met daar wachttijdreductie als gevolg)

Door nauwer contact tussen GBGGZ en praktijkondersteuner huisarts GGZ versoepelen van route naar het sociale domein.

In-door-en uitstroom heeft ook aandacht binnen de taskforce EPA dat ook in de nieuwe pilots ‘proeftuin EPA in de wijk’ in Zwolle terugkomt.

Volgen en leren van de ontwikkeling van de EPA-proeftuinen Zwolle met betrekking tot in-door-en uitstroom.

3.7 Verruiming van het GB-GGZ aanbod / anderhalve-lijns-aanbod

Bij vrijgevestigden bestaat ook interesse voor Umamiproduct als kans om te helpen bij het ontlasten van S-GGZ. Als er ketenafspraken komen met S-GGZ is dat voor de vrijgevestigden mogelijk.

3.8 Nazorg en inzet ervaringsdeskundigen

Goede begeleiding vanuit het sociaal domein en de huisarts en/of met behulp van een ervaringsdeskundige zorgt voor een goede landing in de maatschappij en kan in sommige gevallen terugval voorkomen. Een voorbeeld van een oplossingsrichting is de

herstelwerkplaats, dat op verschillende plekken in Nederland is opgericht. Hiermee wordt uitstroom bevorderd door behandeling en ondersteuning te verbinden en voorkomt tevens dat cliënten bij de ene instelling uit zorg gaan en bij de andere instelling weer in zorg komen.

Het GGZ Beraad Overijssel hecht er aan om van onderop te werken bij de ontwikkeling en implementatie van lokale zelfregiecentra, herstelacademies en vrije ruimtes. Dit zou een verlichting kunnen brengen voor alle fases van een zorgtraject.

Ervaringsdeskundig is overstijgend, ook vanuit eigen waarden en visie van het vak zoals 'empowerment', 'herstel-ondersteunend' en de kracht van gelijkwaardig delen, herkennen en erkennen (peer-support). Veel (nieuwe) organisaties willen wel iets met ervaringsdeskundigheid / ervaringswerkers. Het zou mooi zijn als er een regionaal uitzendbureau voor ED-ers zou komen.

Onderzoeken van de mogelijkheid van het vormgeven van een regionale herstelwerkplaats met inzet van verschillende instellingen. Dit kan ook de onderlinge samenwerking en afstemming bevorderen.

Planning: Q3 2019

3.9 Cliëntenperspectief

Cliënten beter informeren over opties naast zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar.

Triage van grote instellingen ook uitbreiden met beeld van opties die er breder zijn, zo is er meer capaciteit uit te wisselen. Dat kan bijvoorbeeld in centrale triage Dimence, bij de screening van herstelcentrum 'de Ruimte' van de RIBW (ook POH aanwezig) en Tactus.

3.10 Aanbod BW plekken

Gemeente Zwolle laat weten dat er vaker/beter gebruik kan worden gemaakt van beschikbare urgente woningen. Blijkbaar is deze informatie ook niet bekend of beschikbaar bij de GGZ. Hoe krijgen we dit inzicht bij de juiste mensen?

In "*proeftuin EPA in de wijk*" krijgt dit ook aandacht. Het helpt om capaciteit in beeld te brengen en samen beleidsrijke scenario's te maken. Geen plekken tellen, maar dieper inzicht op type/soort plek en perspectief.

3.11 Inzet E-health vergroten

Inzetten van e-health bij ondersteuning en begeleiding vanuit Beschermd Wonen naar 'beschermd thuis', middels frequente en korte beeldbel-contacten.

Aandacht voor het wegnemen van de schroom bij cliënten voor gebruik van consulten via nieuwe technologische middelen.

V. Vragen vanuit landelijke stuurgroep:

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

Antwoord: nog te bepalen.

4.2 Op welke van deze diagnosegroep(en) richt de TF Zwolle zich met name?

Antwoord: nog te bepalen.

- 4.3 Richt de TF Zwolle zich op het verbeteren van de regionale samenwerking of op individuele initiatieven van en afspraken met zorgverleners en verwijzers? Of beiden?
Antwoord: op beide.
- 4.4 Welke knelpunten zijn onderkend, en welke oplossing(en) zijn/worden hiervoor bedacht om de wachttijden terug te brengen?
Antwoord: deels nog te bepalen en deels als aangegeven in bovenstaande paragraaf 3.
- 4.5 Wanneer heb je c.q. verwacht je dat deze oplossingen zijn/worden ingevoerd?
Antwoord: deels nog te bepalen en deels als aangegeven in bovenstaande paragraaf 3.
- 4.6 Vanaf welke periode verwacht je (verdere) verbetering in het terugdringen van de betreffende wachttijden?
Antwoord: lastig te schatten, eerst focussen op oplossingen, daarna monitoring effecten.
- 4.7 Zijn er knelpunten die volgens jou niet lokaal c.q. regionaal dan wel met betrokken zorgverleners, verwijzers en eventueel gemeenten kunnen worden opgelost?
Antwoord:
- tekort psychiaters;
 - op- en afschalen behandelingen tussen S-GGZ en GB-GGZ door verplichte wisseling regiebehandelaar en financiering;
 - gescheiden financiering sociaal domein, ggz en eerstelijns zorg;
 - beperkte inkoop door zorgverzekeraars. (Budgetbeperkingen en soms ook onvoldoende inkoop van zorg, als er geen voldoende alternatief beschikbaar is, leiden ook tot langere wachttijden voor patiënten horende bij een specifieke zorgverzekeraar;
 - administratieve belasting die fors vermeerderd is met de invoering van de GB-GGZ en de afgelopen jaren alleen maar is toegenomen (contractering zorgverzekeraars, ROM, aanleveren wachttijden, kwaliteitsstatuut, audits, visitaties en kwaliteitseisen vanuit verschillende beroepsverenigingen, etc.), waardoor er ook echt minder tijd is voor de patiënt en de wachttijden langer worden.