



Uitwerking vervolgbijeenkomst wachttijden GGZ - Regio Rotterdam

21 mei 2019



Actieplan: Inrichting van triage in de keten

1. Achtergrond: waarom heeft dit probleem prioriteit?

Huisartsen ervaren verschillende problemen rondom verwijzen naar de GGZ.

2. Huidige situatie: hoe staan de zaken er nu voor?

Inzicht in de wachttijden voor specifieke expertise/labels is er niet altijd en de verwijzing dient zeer specifiek te zijn, terwijl dat niet altijd mogelijk is.

3. Analyse: wat zijn de oorzaken van het probleem?

De verwijzing dient specifiek te zijn, terwijl vaak sprake is van meervoudige “diffuse” problematiek. Hierdoor kan per moment verschillen welke stoornissen voorliggend is, en is zo’n specifieke verwijzing eigenlijk niet mogelijk.

4. Doelstelling: wat zijn de te verwachte verbeteringen?

Voor patiënten waarbij sprake is van meervoudige diffuse problematiek:

- xx% direct op de “juiste plek”
- Binnen 78 uur of een week na verwijzing vindt de eerste afspraak plaats voor generieke intake met oog voor sociaal domein (met wijkteam) voor xx patiënten per maand (afhankelijk van de grootte van de instelling). Zie hiervoor ook het stroomschema in bijlage I.
- Overbruggingszorg wordt aangeboden tijdens de wachttijd (in volgorde van voorkeur, maar afhankelijk van de mogelijkheden van de patiënt): middels eHealth, groepsbegeleiding of face-to-face contact.

5. Opdrachtformulering aan projectteam

- De opdracht aan het projectteam is het plan van de huisartsen (zie bijlage I) verder te concretiseren om te kunnen implementeren.

6. Actieplan: hoe gaan we aan de slag?

Denk bij het verder concretiseren van het plan van aanpak aan de volgende zaken:

- De financiering.
- Organisatorische inrichting van de generieke intake: vindt er centrale triage plaats waarna naar instelling X, Y of Z verwezen wordt, of hebben instelling X, Y en Z ieder hun eigen triage?
- Welke expertise en competenties zijn benodigd in het team dat de generieke intake afneemt?
- Vorm: bij een (grote) instelling, of juist in een 1,5^e lijnscentrum?

De te betrekken partijen zijn VGZ, Zilveren Kruis, gemeente (zowel beleid als uitvoering), huisartsen, Parnassia Groep, CaleidoZorg, FortaGroep, Mentaal Beter en ZorgImpuls. GGZ Delfland kan als agendalid deelnemen, om hun ervaring te delen.

ZorgImpuls coördineert en faciliteert het vervolg, gezamenlijk met alle partijen wordt het plan verder vormgegeven.

7. Monitoring: hoe draag je zorg voor voortdurende PDCA?

ZorgImpuls bewaakt de voortgang, welke tevens besproken wordt in de taksforce bijeenkomsten.

Actieplan: Gezamenlijke aanpak chronische aandoeningen / FACT

1. Achtergrond: waarom heeft dit probleem prioriteit?

Samenwerking tussen GB-GGz, S-GGz, huisartsen en wijkteams is nog onvoldoende.

2. Huidige situatie: hoe staan de zaken er nu voor?

Doordat de samenwerking nog onvoldoende is wordt de capaciteit niet optimaal benut, wat impact heeft op de wachttijden. Wanneer bijvoorbeeld niet op tijd afgeschaald wordt, kan deze capaciteit niet ingezet worden om nieuwe patiënten in te laten stromen.

3. Analyse: wat zijn de oorzaken van het probleem?

Het ontbreekt momenteel aan duidelijke inhoudelijke en procesafspraken omtrent overdracht van patiënten tussen de verschillende zorgverleners. Welke informatie is nodig om goed terug te verwijzen, maar ook welke afspraken zijn er over kortdurend weer opschalen indien nodig.

4. Doelstelling: wat zijn de te verwachte verbeteringen?

Het doel is zonder schotten te kunnen op- en afschalen met vertrouwen in elkaar en daardoor de beschikbare capaciteit beter te kunnen benutten:

- Huisartsen en GGz-instellingen weten elkaar beter te vinden en consultatie is laagdrempelig beschikbaar. GGz-instellingen ervaren comfort om tijdig af te schalen en huisartsen ervaren comfort dat wanneer nodig er kortdurend weer opgeschaald kan worden.
- Er zijn heldere afspraken over welke informatie gedeeld wordt, en relevante informatie wordt uitgewisseld.
- Betere afstemming tussen wijkteams en FACT teams door nieuwe FACT indeling.
- Elkaar beter kennen (bijvoorbeeld doordat FACT teams langsgaan bij de huisartsen) en gemakkelijk contact kunnen leggen wanneer nodig.

5. Opdrachtformulering aan projectteam

- Inventariseer de behoeften van alle partijen rondom informatievoorziening en stel procesafspraken op om in die behoefte te voorzien.
- Inventariseer welke verschillende pilots en goede ideeën er reeds bestaan rondom dit onderwerp.
- Breng de mogelijkheden van consultatie van GGz-instellingen in kaart en de wijze waarop geconsulteerd kan worden (telefonisch/digitaal/face-to-face).
- Maak dit inzichtelijk en verspreid dit vervolgens breed onder huisartsen.

6. Actieplan: hoe gaan we aan de slag?

- Er zijn heldere inhoudelijke en procesafspraken nodig over wanneer welke informatie gedeeld dient te worden, opgesteld op basis van de behoeften rondom informatievoorziening van alle partijen. Het gaat hierbij niet alleen om de informatie bij de verwijzing, maar ook bij terugverwijzing.
- Daarnaast dienen procesafspraken opgesteld te worden over wanneer en hoe kortdurend weer opgeschaald kan worden.

De te betrekken partijen zijn in ieder geval: huisartsen, POH-GGz, wijkteam, VGZ, FACT-team (Parnassia Groep), GB- en S-GGz instellingen

Anneke du Pree-van der Slik (Parnassia Groep) neemt het initiatief om deze projectgroep op te starten en te faciliteren.

7. Monitoring: hoe draag je zorg voor voortdurende PDCA?

Anneke bewaakt de voortgang, welke tevens besproken wordt in de taskforce bijeenkomsten.

Actieplan: Preventie

1. Achtergrond: waarom heeft dit probleem prioriteit?

Preventie wordt nog niet optimaal ingezet. Betere benutting van vroegtijdige preventie (voor iedere burger) kan een latere zorgvraag, en daarmee instroom in de GGz voorkomen. Preventie ingezet tijdens de wachttijd wanneer een patiënt al verwezen is kan verergering van de klachten voorkomen (en daarmee leiden tot kortere behandeltijd).

2. Huidige situatie: hoe staan de zaken er nu voor?

Zowel de vroegtijdige inzet van preventie als de inzet van preventieve maatregelen tijdens de wachttijd worden beide nog onvoldoende benut.

3. Analyse: wat zijn de oorzaken van het probleem?

Vaak zijn er wel mogelijkheden voor preventie, maar ontbreekt het overzicht van de mogelijkheden waardoor de mogelijkheden onbekend zijn. Dit geldt zowel binnen de zorg, als daarbuiten (zoals bijvoorbeeld de wijkagent en scholen). Met name het toeleiden naar het aanbod kan verbeterd worden.

4. Doelstelling: wat zijn de te verwachte verbeteringen?

Preventie tijdens wachttijd:

- Minder no-shows, snellere doorstroom en vergroten van gezondheidsvaardigheden.

Vroegtijdige preventie:

- Betere toeleiding naar het aanbod (uiteindelijk resulterend in minder zorgvraag)

5. Opdrachtformulering aan projectteam

- Inventariseer het huidige aanbod (per wijk/ subregio). Breng in kaart hoe toeleiding naar dit aanbod verbeterd kan worden.
- Inventariseer welke initiatieven reeds lopen binnen de instellingen om preventie tijdens de wachttijd in te zetten en onderzoek of dit voldoende is of waar eventueel nog mogelijkheden liggen.

6. Actieplan: hoe gaan we aan de slag?

De te betrekken partijen zijn in ieder geval: gemeente, vraagwijzer, wijkteam, indigo preventie, zorgverzekeraar en huisarts.

Maja Cardzic (gemeente Rotterdam) neemt het initiatief om deze projectgroep op te starten en te faciliteren.

7. Monitoring: hoe draag je zorg voor voortdurende PDCA?

Maja bewaakt de voortgang, welke tevens besproken wordt in de taskforce bijeenkomsten.

Vervolg regionale taskforce regio Rotterdam

Voortgang

De regionale taskforce kan mogelijk voortgezet worden in de reeds bestaande regiotafel. De mogelijkheden om deze regiotafel uit te breiden worden onderzocht. Er dienen in ieder geval meer partijen uitgenodigd te worden voor dit onderdeel van het overleg, waarvoor dan mogelijk extra tijd ingepland dient te worden. De huisartsen zijn bijvoorbeeld nog niet betrokken bij de regiotafel.

Antes neemt het initiatief te onderzoeken of de regionale taskforce inderdaad op deze manier kan landen bij de regiotafel. Antes koppelt na Pinksteren terug wat de mogelijkheden zijn en wanneer het eerstvolgende overleg plaatsvindt.

Afspraken

1. KPMG werkt de actieplannen uit en deelt deze met de deelnemers.
2. Matine van Schie (ZorgImpuls) neemt het initiatief voor en coördineert de projectgroep rondom de inrichting van triage in de keten.
3. Anneke du Pree-van der Slik (Parnassia Groep) neemt het initiatief voor en coördineert de projectgroep rondom de gezamenlijke aanpak chronische aandoeningen/FACT.
4. Maja Cardzic (gemeente Rotterdam) neemt het initiatief voor en coördineert de projectgroep rondom de optimalisatie van de inzet van preventie.
5. Wim van Beek (Parnassia Groep) gaat na of de regionale taskforce in de regiotafel kan landen (door deze uit te breiden) en koppelt dit na de Pinksteren terug.



Bijlagen

Wachtlijsten voorstel van GGZ expertgroep huisartsen Rotterdam e.o.

Dd 08-05-2019

Context

De wachtlijsten voor de specialistisch GGZ zijn in de regio Rotterdam, gemiddeld gezien, hoger dan de landelijk afgesproken treetnorm van 14 weken¹. (Vektis data Rotterdam)

Voor huisartsen is het, ondanks de aanwezigheid van een POHGGZ in de huisartsenpraktijk, lastig om gericht te verwijzen naar een GGZ instelling. Dit komt, omdat GGZ problematiek vaak zeer diffuus is en de problematiek regelmatig verandert. Hierdoor komt het voortdurend patiënten terecht komen op een “verkeerde” wachtlijst.

De huisartsen geven tevens aan dat door de lange wachtlijsten, de patiënt vaak niet de juiste zorg krijgt tijdens de “wachttijd, met grote risico’s op een crisis dan wel chronische GGZ problemen.

Overbruggingszorg kan beperkt worden ingezet door POHGGZ of Basis GGZ, en heeft zijn financiële en kwalitatieve beperkingen. “

Bij de eerste TaskForce bijeenkomst gaf GGZ organisatie Antes aan, dat 25% van de aangemelde patiënten niet komt opdagen voor de eerste intake en dat ongeveer 25% van de patiënten niet meer terug komt na de intake. Oorzaken voor het niet opdagen kunnen, het afhaken van de patiënt, dan wel de reeds gestarte behandeling bij een andere organisatie, zijn. Hierdoor wordt de beschikbare capaciteit onderbenut.

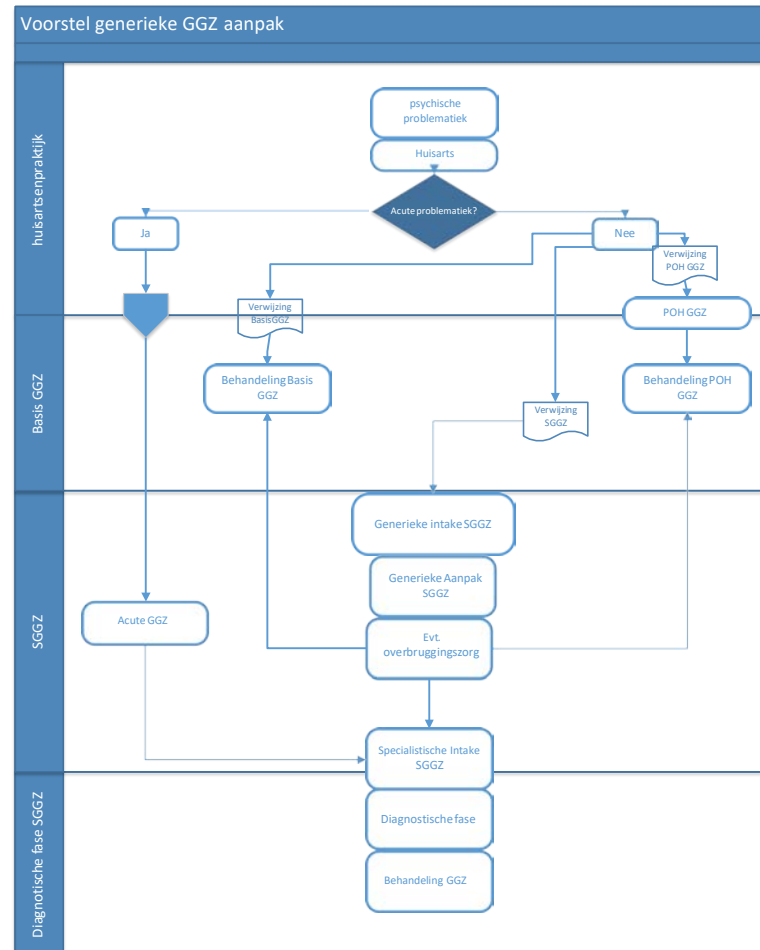
De SGGZ, start meestal pas met behandeling, nadat de diagnostische fase is afgerond en de “diagnose” is vastgesteld. Dit komt omdat een SGGZ aanbieder pas kan starten met behandeling, als er een hoofdbehandelaar aan de cliënt is toegekend. (financieringsvoorwaarde) Overbruggingszorg gedurende de “wachterperiode” is op dit moment beperkt beschikbaar dan wel inzetbaar. Verder ligt het zwaartepunt in de SGGZ op diagnoses, interventies en behandelactiviteiten. De persoon, de context en het systeem waarin de cliënt functioneert zijn daarbij minder in beeld. Bij complexe casuïstiek (meerdere diagnoses) zijn naast de persoon het systeem en de context van belang om te komen tot een effectieve behandeling. (uit “Anders kijken naar de GGZ” van Significant en Un2ravel)

Aanleiding

De huisartsen van de expertgroep GGZ geven aan dat zij graag afspraken maken met regionale GGZ aanbieders over het verwijzingsproces naar de GGZ, waardoor er beter gerichter verwezen kan worden. De huisartsenzorg hanteert hiervoor het uitgangspunt, dat er verwezen wordt naar SGGZ als het nodig is. En stellen daarom voor om in samenwerking met GGZ aanbieders, sociaal domein en verzekeraars een gericht proces uit te werken, voor patiënten die door de huisarts verwezen worden naar de SGGZ zorg. Onderdeel van dit proces is, dat er na een generieke/brede (contextuele) intake, overbruggingszorg wordt ontwikkeld voor patiënten, waarmee zij aan de slag kunnen gedurende de “wachttijd” voorspecialistische (vervolg)behandeling.

¹ Informatiepakket knelpuntenanalyse wachttijden GGZ - regio Rotterdam, KPMG, februari 2019

Het voorstel is uitgewerkt in de volgende flowchart.



Randvoorwaarden:

- De optimalisatie van het proces richt zich op patiënten zonder acute SGGZ problematiek.
- Bij verwijzing naar de SGGZ vindt er een generieke intake plaats door de SGGZ instelling en wordt de medisch inhoudelijke zorg overgedragen aan de SGGZ instelling. (hoofdbehandelaar SGGZ)
- Om te komen tot een betere afweging voor de beoordeling, diagnostiek en verwijzing wordt zowel in de huisartsenpraktijk als in de generieke intake SGGZ de context van patiënten betrokken.
- De verbinding met het sociale domein is nog niet opgenomen in bovenstaande flowchart en dient nog toegevoegd te worden.
- De SGGZ instelling ontwikkelt gezamenlijk met huisartsen, Basis ggz en wijkpartners een generieke intake en aanbod, wat kan worden aangeboden tijdens de wachttijd.
- Er worden afspraken gemaakt met financiers over “overbruggingszorg”.

Randvoorwaarden

Er dienen afspraken gemaakt te worden over financiering en over zowel regie als de hoofdbehandelaar.

Daarnaast moet er ruimte blijven om via de huidige reguliere weg, ook op te kunnen schalen.

Te verwachten opbrengsten

- Gerichtere verwijzingen SGGZ
- Betere benutting van capaciteit van SGGZ instellingen
- Starten van generieke behandeling tijdens de “wachttijd”
- Minder crisissen van GGZ cliënten
- Meer werkplezier voor de betrokkenen o.a. doorgedeelde verantwoordelijkheid
- De juiste zorg op de juiste plek
- Mindervroegtijdige beëindiging van behandeling
- Vermindering van de lijdensdruk bij patiënt
- Mindersomatische zorg (oneigenlijke zorg) en waar nodig betere somatische zorg
- Bevorderen van gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

De generieke aanpak kan gebaseerd zijn op de volgende bouwstenen:

- KOPmodel
- Gericht op normalisatie
- Oplossingsgerichte therapie
- “positieve zorg” volgens IPHmodel
- De fit op weg poli van GGZ Delfland is een inspirerend voorbeeld (CGT en e Health)

Deelnemers

Organisatie	Naam	Functie	Mail
Gemeente Rotterdam	Maja Cardzic	Beleidsadviseur	m.cardzic@rotterdam.nl
Zilveren Kruis	Frederique van Duuren	Zorginkoper	frederique.van.duuren@zilverenkruis.nl
VGZ	Erwin Hol	Zorginkoper	E.Hol@vgz.nl
Parnassia Groep (Antes)	Wim van Beek	Bestuurder zorg	W.vanbeek@parnassiagroep.nl
ZorgImpuls	Matine van Schie	Senior adviseur	m.van.schie@zorgimpuls.nl
Zorggroep IZER	Noor Pelger	Huisarts/ Kaderarts GGZ	n.pelger@izer.nl
Psychologengroep Centrum-West	Ingrid de Vries	Psycholoog / Bestuurslid Aleanza	psycw@xs4all.nl
Huisartsenpraktijk Smit-Smouter en Van der Wereld	Joke Smit-Smouter	Huisarts/ acute GGZ zorg/coalitied	joke.smit@filternet.nl
Platform Cliëntenraden Rijnmond	Bert Feikens	Voorzitter	b.feikens.wz@gmail.com
LHV	Coleta Verheij	Huisarts/ bestuurslid LHV/coalitied	coleta.verheij@gmail.com
FortaGroep	Dory Touw	GZ psycholoog / Supervisor VGCT	d.touw@fortagroep.nl
GGZ Delfland	Ed Bouwens	Manager	E.Bouwens@ggz-delfland.nl
CaleidoZorg	Him Vishnudatt	Voorzitter RvB	him@caleidozorg.nl
Parnassia Groep (Antes)	Anneke de Pree	Senior Strategisch Bestuursadviseur	A.Pree@antesgroep.nl
Parnassia Groep (Indigo)	Marike van Horik	Accountmanager verwijzers	M.VanHorik@parnassiagroep.nl