

Plan van aanpak verbetering wachttijden regio Haaglanden

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 deelnemers geven aan met name wachttijden te hebben bij ADHD, Depressie, Persoonlijkheid Problematiek, Angststoornissen, Autisme. Er zijn verschillen in de wachttijden tussen de verschillende steden binnen de regio (Zoetermeer, Delft en Den Haag e.o.). De vrijgevestigden in de S-GGZ hebben vrijwel allemaal een aanmeldstop. Voor de GB-GGZ zijn minder lange wachttijden bij de vrijgevestigden, over het algemeen vier tot zes weken.

In Zoetermeer is de wachttijd bij eerstelijnspsychologen fors: gemiddeld (6 praktijken) 9 weken en idem in Leidschendam en Voorburg. Voor beschermd wonen zijn de wachttijden fors, momenteel staan er ongeveer 150 mensen op de wachtlijst (op 550 plekken). De wachttijden worden deels vertekend door een groep die wil wachten (bijvoorbeeld in verband met een grote reis of een zwangerschap), hoe groot deze groep is, is onbekend. Een verdiepende analyse is wenselijk om meer grip te krijgen op waar het probleem precies zit.

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

Om beter inzicht te krijgen in waarom de wachttijden zijn ontstaan is eerst een verdiepende analyse uitgevoerd op de wachtlijsten van drie grote instellingen: PsyQ, GGZ Rivierduinen en GGZ Delfland. Op basis hiervan kunnen in de vervolgbijeenkomst gericht acties opgezet worden om deze problemen aan te pakken. De analyse richt zich op de vier stoornissen met de langste wachttijden. Dit zijn bij GGZ Delfland persoonlijkheidsproblematiek, Angststoornissen, Stemming/Depressie. Bij GGZ Rivierduinen gaat het om persoonlijkheidsproblematiek, autisme en complex trauma. Alle gebieden binnen de regio Haaglanden (Delft, Zoetermeer etc.) zijn onderdeel van de analyse. Wel worden de verschillen tussen de steden in kaart gebracht. Voor de analyse wordt de volgende aanpak gehanteerd:

- Iedere instelling neemt ongeveer 10 cliënten per stoornis op casusniveau door en bekijkt welke elementen belangrijk zijn om mee te nemen in de analyse. Op basis hiervan wordt bepaald welke elementen onderzocht worden.
- De drie instellingen nemen de wachtlijsten door voor de vier stoornissen en hebben hun bevindingen gedeeld op 18 april.

NB: wachtlijsten van GGZ Rivierduinen in Leidschendam en in Zoetermeer, lopen iets terug

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 op beide aspecten, hetgeen blijkt uit onderstaande voorbeelden.

- Kompas & PsyQ onderzoeken op welke wijze ervaringsdeskundigen in een kleine pilot ingezet kunnen worden. Vooraf wordt bepaald met welk doel ervaringsdeskundigen het beste ingezet kunnen worden, op welke plek in het proces, en voor welke doelgroep. Er wordt voor de volgende RT (laatste week mei / eerste week juni) een voorstel opgesteld, waarbij succesverhalen als inspiratie dienen om te bepalen hoe hier het beste inrichting aan gegeven kan worden.
- De instellingen zien het meeste heil in het delen van ervaringen en kennis in de regio. Er lopen binnen de instellingen verschillende initiatieven: wat werkt wel en wat werkt niet? Ieder doet nu zijn eigen ding, terwijl veel zaken generiek zijn en er veel van elkaar geleerd kan worden. Bij voorkeur vindt de bijeenkomst van de RT drie keer per jaar plaats. Tijdens de bijeenkomst delen de aanbieders de uitkomsten van verschillende pilots die bij hen gelopen hebben. Daarnaast kunnen vertegenwoordiger(s) van de huisarts/POH/gemeente presenteren tegen welke

zaken zij aanlopen en/of welke pilots zij mee bezig zijn op dit gebied. Wat hebben zij nodig van de aanbieders? Het eerstvolgende overleg wordt nog door KPMG begeleid en zal plaatsvinden bij GGZ Delfland. Er wordt anderhalf uur ingepland.

PsyQ heeft een analyse gedaan op de wachtenden met 100 dossiers (10 voor Haaglanden en 10 voor Rotterdam voor persoonlijkheidsstoornissen, depressie, psychotrauma, angststoornissen en ADHD). Hiervan bleek dat 36 cliënten reeds uitgeschreven hadden moeten zijn. Het zijn met name de langwachtenden die ten onrechte nog op de wachtlijst staan. Zij hebben vaak reeds een uitnodiging gehad, waar geen reactie op gekomen is. Deze personen kunnen uiteindelijk nog wel in zorg komen, waardoor ook de gemiddelde wachttijd omhoog gaat. PsyQ ziet grote verschillen tussen afdelingen, bij sommige afdelingen is vrijwel geen vervuiling van de wachtlijst. Dit is afhankelijk van hoe actief een manager hierop acteert.

GGZ Delfland probeert op basis van de in-en uitstroom te managen. Afhankelijk van hoeveel behandelingen gemiddeld nodig zijn wordt de caseload per behandelaar bepaald. Samen met de TU Delft hebben zij naar een aantal dossiers gekeken. Behandelaars geven aan dat regelmatig veel tijd gaat zitten in andere zaken dan sec de behandeling (zoals bijvoorbeeld schulden). Daarom is GGZ Delfland nu een pilot gestart ([Fit op Weg poli/FOWP](#)) waarbij de cliënt voorafgaand aan de start van de behandeling drie gesprekken heeft met een sociaal maatschappelijk werker die eerst aandacht besteedt aan deze "randzaken". Hierbij wordt o.a. ook naar leefstijl gekeken en deelnemers krijgen een Fitbit. Voor de pilot zijn 30 patiënten geselecteerd. GGZ Delfland wacht deze eerste resultaten af en gaat dan mogelijk in gesprek met de gemeente o.b.v. de uitkomsten. De verbinding met de sociale wijkteams is al gemaakt. De pilot wordt vanuit het innovatiebudget bekostigd.

Alle instelling (h)erkennen grote verschillen in de werkwijze, en de wachttijden tussen teams. GGZ Rivierduinen vergelijkt daarom de teams ook onderling. Per stoornis wordt bijvoorbeeld gekeken hoeveel verlengde DBC's er op locatie X, Y en Z zijn. Als daar grote verschillen tussen zitten wordt het gesprek aangegaan. GGZ Rivierduinen heeft de ambitie uitgesproken om dit jaar 1500 extra nieuwe patiënten te zien. Ieder team heeft een opdracht om de uitstroom op peil te houden, om zo voldoende ruimte te creëren voor de instroom. Er zijn een aantal kaders meegegeven aan de teams, maar zij mogen zelf bepalen hoe zij het doel bereiken (bijvoorbeeld middels een outtaketeam, een interim psychiater die makkelijk afsluit etc.). Teams moeten uiteindelijk zelf de verantwoordelijkheid gaan voelen voor de teams die bij de deur staan. Verder leidt Rivierduinen zelf GGZ-psychologen op om de capaciteit te verhogen en wordt veel aandacht besteed aan klinische besluitvorming: als het geen succes is na zoveel tijd stoppen we ermee (in goed overleg met patiënt en naasten wordt dit geëvalueerd). Daarnaast heeft GGZ Rivierduinen een pre-intake vragenlijst gemaakt waarop eerder en betere triage mogelijk is, er minder no show in de intake is en eerder pt op de juiste plek komt.

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

- Contact met huisartsen over de wachtlijst problematiek / nog geen voorstel voor verbetering GGZ Delfland heeft regelmatig contact met de ZEL als vertegenwoordiger van de eerste lijn en huisartsen waarbij de huisartsen aangeven tegen welke problemen zij aanlopen als gevolg van de wachtlijsten. In dat overleg is de afspraak gemaakt dat spoed en VT tot 7 dagen naar de SEHP(sychiatrie) gaat. Tevens hebben de huisartsen de mogelijkheid een psychiater te (5x9) consulteren.

Rivierduinen heeft in Zoetermeer regulier overleg met de huisartsen en afspraken gemaakt over terugverwijzen van chronische stabiele patiënten naar de huisartsen. Bij afwijzing van een patiënt vóór de intake op grond van de informatie uit de pré-intake nemen we altijd contact op met de huisarts.

- Betrouwbaarheid van gepresenteerde cijfers / steekproef van PG, Delfland, Rivierduinen. De gepresenteerde cijfers zijn niet altijd betrouwbaar vanwege onder andere cliënten die 'dubbel' staan en/of die op verzoek wachten op het juiste moment om met de behandeling te starten.
- Inzet ervaringsdeskundigheid / initiatief PG en Kompasie. In het kader van de voorbereiding op de implementatie van de Generieke Module per 1 januari 2020 zijn we met ervaringsdeskundigen (ED) in gesprek over de wijze en het moment waarop ze ingezet gaan worden. Daarnaast willen we ED inzetten in de eerder genoemde pilot FOWP. Het gebrek aan gekwalificeerde ED maakt het lastig om dit in te vullen. Ook het feit dat ED wel mogen schrijven maar niet declarabel zijn is een beperkende factor.

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

- GGZ Delfland hoopt in de zomer de eerste resultaten te presenteren van de Fit Op Weg Poli. Uitgaande van positieve uitkomsten is GGZ Delfland voornemens deze werkwijze naar meerdere poliklinieken uit te breiden. Over andere oplossingen en verwachte invoering is nog niet verder gesproken.

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

- De verwachting is dat de wachttijden door de genomen initiatieven wel (wat) zullen teruglopen. Het is heel moeilijk om dit in te schatten omdat het terugdringen van de wachttijden niet alleen te maken heeft met slim en anders (logistiek) organiseren maar ook met de beschikbaarheid van professionals en disciplines.

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

- Die zijn er zeker maar deze zijn niet specifiek vanuit de taskforcebijeenkomst voor de regio genoemd. Een knelpunt is zeker de schaarste aan beschikbare professionals en juiste disciplines. Daarnaast is het feit dat ervaringsdeskundigen niet declarabel zijn een beperkende factor in de oplossingsmogelijkheden.