

EINDRAPPORT

Specifieke cliëntgroepen in de aanpak wachttijden ggz

Rapportage van het onderzoek naar factoren en oplossingsrichtingen

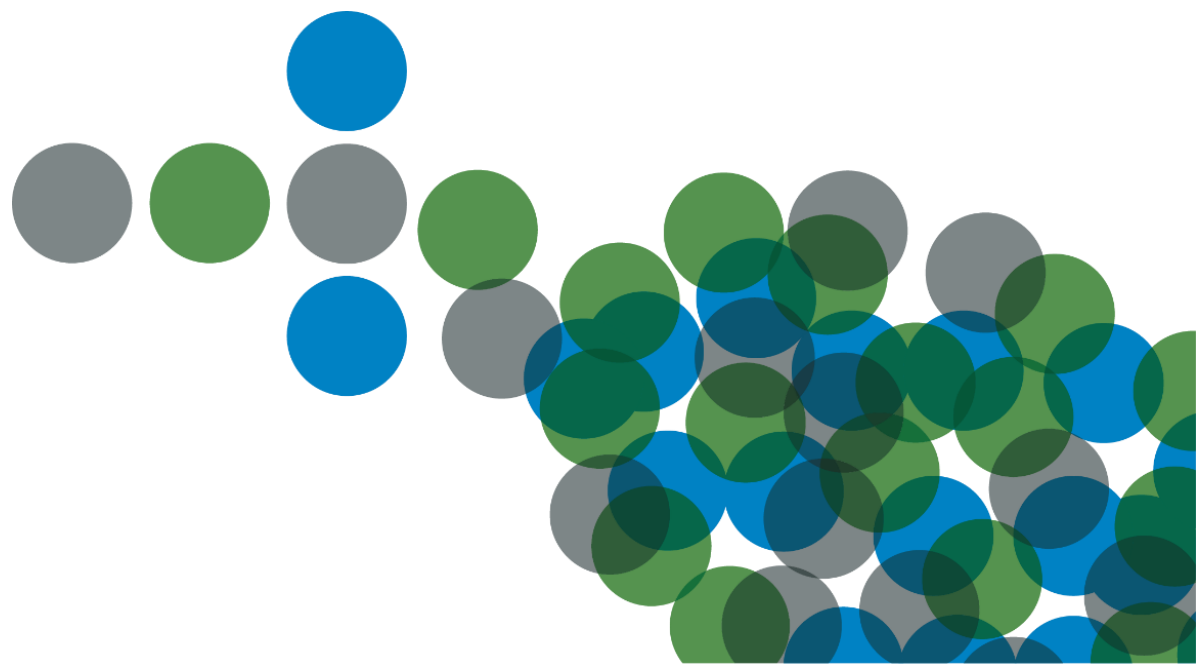
Auteur(s) Eline Lubbes MSc.
drs. Louise Pansier-Mast
drs. Sylvia Schutte

Opdrachtgever Landelijke stuurgroep wachttijden ggz

Kenmerk SS/19/0660/wsggz

Publicatiedatum 20 mei 2019

© Bureau HHM



Inhoud

1.	Inleiding.....	3
1.1	Aanleiding voor het onderzoek	3
1.2	Onze aanpak.....	3
2.	Verdieping in regio's	5
2.1	Inleiding.....	5
2.2	Aanvulling data.....	5
3.	Beschrijving cliëntgroepen in relatie tot wachttijden	7
3.1	Inleiding.....	7
3.2	Factoren die de wachttijden bepalen voor mensen met autisme....	8
3.3	Factoren die de wachttijden bepalen voor mensen met LVB en GGZ-problematiek.....	10
3.4	Factoren die de wachttijden bepalen voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen.....	12
3.5	Factoren die de wachttijden bepalen voor mensen met trauma...	14
3.6	Samenvattend beeld.....	16
4.	Oplossingsrichtingen	18
5.	Verbeteren en veranderen	20
Bijlage 1.	Overzicht deskresearch.....	23
Bijlage 2.	Overzicht respondenten en deelnemers focusgroepen	24
Bijlage 3.	Kwantitatief beeld per regio	26
Bijlage 4.	Samenvattend beeld (organisatie van) zorg in de klantreis uit zorgstandaarden.....	30
Bijlage 5.	Samenvattend beeld factoren die de wachttijd bepalen.....	33
Bijlage 6.	Oplossingsrichtingen	35



1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Binnen de ggz is sprake van wachttijden. Ondanks gemaakte afspraken¹ en gedane inspanningen, bleek in het voorjaar van 2018 dat het niet haalbaar was deze wachttijden terug te brengen binnen de hiervoor geldende Treeknormen. Ggz-partijen hebben daarom besloten tot een geïntensiveerde aanpak. Onderdeel van deze geïntensiveerde aanpak was een onderzoek naar knelpunten en oplossingen bij vier specifieke cliëntgroepen die te maken hebben met extra lange wachttijden (binnen de Zorgverzekeringswet).

De groepen waar het om gaat zijn cliënten met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking (LVB) in combinatie met ggz-problematiek.

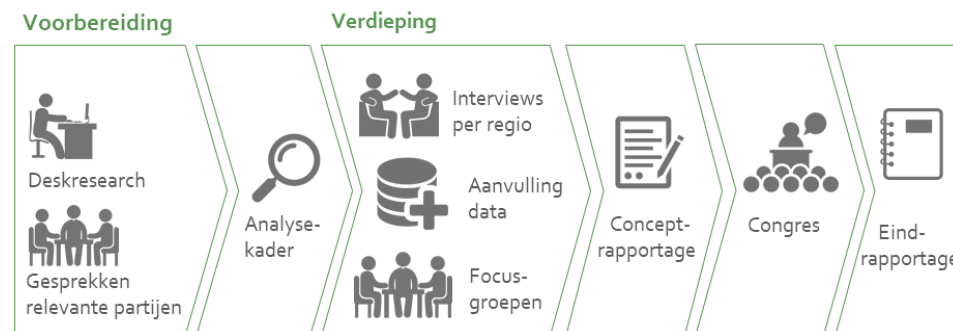
1.2 Onze aanpak

Bureau HHM heeft dit onderzoek in opdracht van de landelijke stuurgroep wachttijden uitgevoerd. Het belangrijkste doel van het onderzoek was het verdiepen van de problematiek voor de vier genoemde cliëntgroepen. Het onderzoek is als volgt uitgevoerd:

- Het onderzoek startte met deskresearch en een tiental telefonische interviews met landelijke partijen. Hierbij zochten we naar (1) relevante factoren die de wachttijden beïnvloeden, (2) eventuele kwantitatieve data en (3) diepte-informatie over de cliëntgroepen in relatie tot wachttijden en wachtlijsten.

¹ Zie onder meer: [Kamerbrief Afspraken wachttijden ggz van 13 juli 2017](#)

Zie bijlage 1 voor de stukken die we hebben bestudeerd en bijlage 2 voor de mensen met wie we hebben gesproken.



Figuur 1. Aanpak onderzoek

- Vervolgens ontwikkelden we een analysekader voor de inventarisatie van factoren, uitgaande van de route die een cliënt aflegt, namelijk van verwijzing tot aan door- of uitstroom (waarbij dit niet per sé een lineair proces is; hier komen we bij de bevindingen op terug).
- Dit analysekader hebben we voor iedere cliëntgroep concreet uitgewerkt en verdiept via interviews in vier regio's. De selectie van de regio's hebben we gemaakt in overleg met MIND en GGZ Nederland als gedelegeerd opdrachtgever. In aanvulling op de gesprekken met de partijen in de regio's hebben we over de cliëntgroepen gesproken met vertegenwoordigers van verschillende beroepsgroepen en organisaties, vaak met specifieke expertise op één van de vier groepen en werkzaam in verschillende echelons (van ervaringsdeskundige tot huisarts tot vrijgevestigd psycholoog en psychiater en van eerste- tot derdelijnsvoorziening). In totaal hebben we gesproken met een dertigtal mensen.



Ook deze respondenten zijn vermeld in bijlage 2. Zie voor resultaten hoofdstuk 3.

- Naast het verdiepende beeld van de cliëntgroepen, wilden we een kwalitatief en kwantitatief beeld schetsen van de vier regio's, om te zien of verschillen tussen regio's aanknopingspunten bevatten voor het verminderen van de wachttijden. Zie hiervoor hoofdstuk 2.
- Vervolgens hebben we focusgroepen georganiseerd met vertegenwoordigers van betrokken partijen (eveneens vermeld in bijlage 2). In deze bijeenkomsten stonden oplossingsrichtingen voor gevonden knelpunten centraal, nadat we de gevonden knelpunten hadden getoetst. De resultaten van de focusgroepen zijn verwerkt in hoofdstuk 3 en 4 en in concept nogmaals voorgelegd aan de deelnemers. De reacties die we naar aanleiding daarvan ontvingen zijn verwerkt.
- Op 11 april 2019 vond het congres 'Weg van de wachtlijst' plaats. In twee workshops hebben we onze bevindingen gepresenteerd. Met de input uit deze bijeenkomsten hebben we de resultaten nog verder aangevuld en aangescherpt.²
- Tot slot hebben we op diverse momenten onze bevindingen voorgelegd in de stuurgroep wachttijden. Reacties zijn steeds verwerkt.

Al met al hebben veel mensen op één of andere wijze bijgedragen aan het onderzoek. Naast alle genoemde personen in de bijlage geldt dat ook voor de leden van de stuurgroep en Vektis. Op deze plek willen wij hen allen van harte bedanken. Wij hopen dat het resultaat effect zal hebben op de aanpak van de wachttijden in de ggz.

² Zie: [Congres Weg van de wachtlijst](#)



2. Verdieping in regio's

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we hebben geprobeerd om vanuit de informatie over regio's meer grip te krijgen op de wachttijden voor de specifieke cliëntgroepen.

2.1 Inleiding

Ons doel was om in een beperkt aantal regio's de factoren uit het analysekader in kaart te brengen voor de vier groepen en zo te kijken of er verschillen zijn per regio. We selecteerden hiervoor (zorgkantoor) regio's met onder meer:

- variatie in omvang wachttijden;
- variatie in betrokken zorgverzekeraar;
- variatie in type regio (omvang, mate van stedelijkheid).

Dit leidde tot de volgende selectie van regio's:

- Midden Holland
- Noord-Holland Noord
- Waardenland
- Zaanstreek/Waterland

Door een combinatie van interviews aangevuld met kwantitatieve data wilden we zicht krijgen op verschillen tussen regio's en hiermee meer begrip van de problematiek van wachttijden voor de specifieke cliëntgroepen en mogelijke oplossingsrichtingen hiervoor.

2.2 Interviews per regio

In de geselecteerde regio's hebben we gesproken met vertegenwoordigers van diverse partijen (cliënten, ggz-aanbieders, verzekeraar, centrumgemeente; zie bijlage 2).



Door deze interviews konden we de factoren die de wachttijden bepalen per cliëntgroep verdiepen. De resultaten hebben we verwerkt in de schema's in hoofdstuk 3.

Waar we minder goed zicht op kregen waren de regio's zelf en welke eventuele verschillen tussen regio's wachttijden kunnen verklaren. Dit laatste had te maken met het feit dat we niet in alle regio's alle relevante partijen hebben kunnen spreken. Daarnaast liepen we er tegenaan dat de zorgkantoorregio's niet altijd als afbakening herkend worden: aanbieders werken veelal over regiogrenzen heen en hebben hun aanbod voor een specifieke groep geconcentreerd op één locatie; soms was een bepaalde cliëntgroep daardoor in de betreffende regio bij de betreffende aanbieder niet in beeld, maar wel in een andere regio die geen onderdeel vormde van de selectie. We konden daardoor geen zicht krijgen op de beschikbare capaciteit in de regio's en eventuele daarmee samenhangende problemen.

2.2 Aanvulling data

Vervolgens hebben we enkele kwantitatieve parameters per regio in beeld gebracht om te zien of hier aanknopingspunten in zitten voor het verminderen van de wachttijden. De gedachte hierbij was dat een paar globale parameters, samen met de kwalitatieve informatie, houvast

1

2

3

4

5



bieden om meer maat en getal te geven aan de knelpunten en de problematiek te kunnen duiden.

De aanvullende data wilden we deels via openbare bronnen, deels via Vektis-data en deels door middel van de interviews, in beeld brengen. Gezien voorgaande hebben we deze informatie niet ontleend aan de interviews, maar via de andere twee bronnen. Daarbij liepen we er tegenaan dat er slechts beperkt ggz-data beschikbaar zijn over de vier cliëntgroepen³.



Relevante kanttekeningen:

- Enkel de doelgroep 'persoonlijkheidsstoornissen' wordt als zodanig geregistreerd.
- 'Trauma' wordt niet als diagnosegroep geregistreerd en is onderliggend aan veel andere stoornissen; er is wel informatie over 'angststoornissen', maar dit is onzuiver voor wat betreft trauma (zeker voor de complexere problematiek; zie hiervoor hoofdstuk 3).
- 'Autisme' wordt eveneens niet apart geregistreerd; mensen met autisme vormen een (weliswaar grote) deelverzameling van de doelgroep 'pervasieve stoornissen'.
- De 'combinatie ggz en LVB' ontbreekt volledig in de registraties.
- Aantallen wachtenden worden niet geregistreerd.

In bijlage 3 staan enkele gegevens in één overzichtstabel. Onder meer gegevens over de omvang van de BGGZ en wachttijden in de BGGZ, de omvang van de SGGZ voor de diagnosegroepen waarover het hier (deels) gaat en de wachttijden. Daarnaast zijn er gegevens vermeld over het sociaal domein (kenmerkend voor alle vier cliëntgroepen is dat zij, zeker de wat zwaardere groepen, tevens gebruikmaken van ondersteuning uit het sociaal domein).

Voor zover we informatie konden vinden en/of gebruiken, konden we hier geen patronen in ontdekken⁴ waarin de regio het verschil maakt. De regio's laten onderling verschillen en overeenkomsten zien in omvang BGGZ en/of SGGZ die niet samen lijken te hangen met de omvang van de wachttijden. Dit geldt ook voor de verhouding tussen BGGZ en SGGZ en de mate waarin er wachttijden zijn.

Overall bieden de gevonden gegevens per regio voornamelijk onvoldoende verklaring voor verschillen of houvast voor eventuele oplossingsrichtingen.

1
2
3
4
5

³ De data over wachttijden in de ggz zijn in ontwikkeling. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) heeft ggz-aanbieders verplicht om vanaf 1 januari 2018 elke maand hun wachttijdgegevens aan te leveren bij Vektis. In de loop van 2018 is de levering van gegevens door zorgaanbieders verbeterd. We stapten hiermee op een 'lopende trein' en hebben in wisselwerking met Vektis gezocht naar wat er wel en niet beschikbaar en mogelijk is.

⁴ Dit is getoetst en bevestigd in de focusgroep 'persoonlijkheidsstoornissen'.



3. Beschrijving cliëntgroepen in relatie tot wachttijden

In dit hoofdstuk beschrijven we de kernfactoren die de wachttijden voor de vier specifieke cliëntgroepen bepalen en kijken we daarbij ook naar mogelijke subgroepen in relatie tot wachttijden.

3.1 Inleiding

Factoren per cliëntgroep

Het analysekader waarmee we hebben gekeken naar de vier cliëntgroepen bestaat uit vijf fases in de route die een cliënt aflegt:

- Fase 1: Verwijzing
- Fase 2: Intake/aanmeldgesprek
- Fase 3: Diagnostiek
- Fase 4: Behandeling
- Fase 5: Door- of uitstroom

We presenteren in dit hoofdstuk een overzicht per cliëntgroep met de *meest* relevante factoren die de wachttijd bepalen. We geven in het schema met kleuren aan welke fase het meest knelt:



Zwaarte van het knelpunt
 (rood is meest bepalend in wachttijd van betreffende cliëntgroep).

Voorafgaand aan het schema geven we steeds eerst een korte typering van de zorgvraag van de cliëntgroep, ontleend aan de GGZ Standaarden⁵ (voor zover aanwezig). De zorgstandaarden beschrijven de optimale (organisatie van) zorg voor een cliëntgroep en welke elementen van belang zijn in de verschillende fasen van de klantreis. Een samenvattend beeld hiervan vindt u in bijlage 4.

Daarnaast proberen we bij iedere cliëntgroep subgroepen te duiden in relatie tot de factoren die de wachtlijstproblematiek veroorzaken. Met andere woorden: gelden de factoren in gelijke mate voor de gehele cliëntgroep of zijn er subgroepen die meer of minder met bepaalde factoren te maken hebben? En wat betekent dit voor de wachttijden voor deze subgroepen (bijvoorbeeld vanwege het meermaals doorlopen van bepaalde stappen in de klantreis)? Daarbij streven we niet naar een zuiver inhoudelijk onderscheid, maar gaat het ons er vooral om te kunnen weergeven waar de kern van de wachtlijstproblematiek ligt.

De informatie over de cliëntgroepen hebben we opgehaald in de verschillende interviews uit de voorbereidings- en verdiepende fase en getoetst in de focusgroepen en in de twee workshops op het congres 'Weg van de wachtlijst'.

⁵ www.ggzstandaarden.nl (online geraadpleegd in januari 2019).



3.2 Factoren die de wachttijden bepalen voor mensen met autisme

Typering zorgbehoefte

Volgens de *zorgstandaard* is kenmerkend voor de zorgvraag van mensen met autisme de enorme diversiteit (in moment van diagnose, in ernst van de problematiek, in invloed van de omgeving) en het gegeven dat de zorgvraag levenslang is en alle levensgebieden betreft. Daarnaast is sprake van een hoge mate van comorbiditeit, waarbij soms de diagnose autisme gemist wordt en soms alle problemen worden uitgelegd als voortkomend uit autisme waardoor bijkomende problematiek niet wordt gesignaleerd en behandeld. Behandeling kan niet los worden gezien van ondersteuning of begeleiding op andere levensgebieden, met als uitgangspunt: één individueel zorgplan dat betrekking heeft op alle levensgebieden. Nazorg, een warme overdracht naar en samenwerking met ketenpartners zijn daarom ook deel van de organisatie van de zorg rondom autisme.

Duiding factoren in relatie tot subgroepen binnen de doelgroep mensen met autisme

Bovengenoemde diversiteit zien we ook terug in relatie tot wachttijden: mensen kunnen wachten op de diagnose 'autisme', mensen kunnen

wachten op behandeling bij problemen voortkomend uit hun autisme of mensen kunnen wachten op andere behandeling terwijl zij ook autisme hebben. In het laatste geval kan het een met het ander interfereren in lichte of zware mate.

Uit de interviews bleek dat overall vooral wordt gewacht op het stellen van de diagnose en dat de logistiek hieromtrent niet altijd optimaal is. Verder geldt voor mensen met relatief lichte klachten en gunstige omgevingsfactoren dat er veel spelers op de markt zijn voor de behandeling. Hier ontbreekt het aan overzicht (sociale en medische kaart) van wie wat biedt en onder welke voorwaarden. Lichte problematiek houdt in dat mensen als gevolg van autisme slechts op één leefgebied uitvallen (bijvoorbeeld alleen sociale relaties). Bij zware problematiek is sprake van disfunctioneren op alle leefgebieden: gezondheid, financiën, sociaal netwerk, tijdbesteding en wonen. De wachttijdproblematiek is het grootst bij mensen met zwaardere problematiek en zwaardere interferentie met autisme, zowel bij instroom, als bij diagnostiek, behandeling en uitstroom.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Mensen met autisme – kernfactoren die de wachttijd bepalen per fase

Fase 1 – Verwijzing	Fase 2 – Intake/aanmeldgesprek	Fase 3 – Diagnostiek	Fase 4 – Behandeling	Fase 5 – Door- of uitstroom
<ul style="list-style-type: none"> • Er is onvoldoende herkenning van de (ernst van de) problematiek en onvoldoende triage bij POH. Hierdoor wordt soms te snel en te veel verwezen naar SGGZ waar het laagdrempeliger zou kunnen (bij Jeugd geldt juist veelal het omgekeerde), met name bij lichtere problematiek. • Er is sprake van onvoldoende kennis van sociale kaart bij verwijzers en onvoldoende zicht welke organisaties wat bieden voor wie (veel organisaties bieden zorg voor lichtere problematiek). • Er is sprake van een groeivraag (naar diagnostiek bij volwassenen) vanwege toegenomen bekendheid van autisme en toegenomen complexiteit samenleving. • Autisme is blijvend en leidt in verschillende levensfasen tot een zorgvraag, waarbij steeds opnieuw moet worden gewacht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Late intake; deze wordt voor deze doelgroep vaker pas gepland als daarna ook iets kan worden geboden. Dit heeft tot effect dat het deel dat lichter (soms in BGGZ) kan worden geholpen, onnodig lang blijft wachten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiek is een arbeidsintensief proces dat vaak wordt uitgespreid over langere tijd in SGGZ, terwijl er gedurende die tijd geen behandeling is. • De capaciteit qua diagnoseplekken is beperkt; vooral voor complexe casussen in regionale of bovenregionale centra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is relatief weinig expertise en behandelcapaciteit voor zwaardere cliënten. Het is moeilijk behandelaars te vinden, mede omdat het uitputtend werk is voor hen. • De arbeidsmarktfactor speelt hierin ook een rol en er is een 'braindrain' vanuit de instellingen naar zelfstandig werkende behandelaren. Voor de grotere instellingen blijft hierdoor de relatief zware problematiek over. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voor de zwaardere cliënten geldt dat er wachttijden zijn voor FACT en voor plekken voor beschermd en begeleid wonen, waardoor mensen die zouden kunnen uitstromen, dit onvoldoende doen. • Deze groep heeft als risico dat ze te lang in SGGZ blijft vanwege de aard van de stoornis; zowel behandelaren als cliënten dragen/stappen niet graag over. Dit geeft weerstand en verslechtering bij cliënten. <ul style="list-style-type: none"> – Afschalen vraagt ook om samenwerking met en vertrouwen in BGGZ en vrijevestigden. Samenwerking moet worden georganiseerd en dat kost veel tijd. – Het zoekproces (bij uitstroom) wordt niet vergoed. – De benodigde ondersteuning uit sociaal domein is niet altijd (tijdig) beschikbaar.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



3.3 Factoren die de wachttijden bepalen voor mensen met LVB en GGZ-problematiek

Typering zorgbehoefte

Mensen met psychische stoornissen en een zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) zoeken en krijgen vaak hulp vanuit verschillende zorgsectoren zoals huisartsenzorg, zorg van ggz-instellingen en praktijken, zorg van instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, verslavingszorg, forensisch psychiatrische zorg en gespecialiseerde centra voor psychiatrie en verstandelijke beperking. Hoewel afstemming in de praktijk vaak lastig is, vereist goede zorg, aldus de *generieke module*⁶, dat bij patiënten betrokken zorgverleners en sectoren samenwerken en profiteren van elkaars kennis en expertise.

Op grond van de normaalverdeling van het IQ in de Nederlandse bevolking heeft 13,6% van de Nederlanders een IQ van 70-85 (ZB) en 2,1% een IQ van 50-70 (LVB). Vrijwel alle psychische stoornissen komen vaker voor mensen met ZB/LVB dan bij de algemene populatie. Uit recent screeningsonderzoek blijkt dat ongeveer 1 op de 5 nieuwe patiënten in de ggz vermoedelijk een IQ heeft onder de 85, maar dat behandelaren het lagere IQ bij hun patiënten vaak niet herkennen. Screenend onderzoek bij acuut opgenomen patiënten laat zien dat dit percentage bij deze groep vermoedelijk nog veel hoger ligt: 43,8%.⁶

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Duiding factoren in relatie tot subgroepen binnen de doelgroep mensen met LVB en ggz problematiek

Bij deze cliëntgroep zien we op basis van de interviews en focusgroep een aantal dimensies die 'lichte' en 'zware' subgroepen aanduiden, namelijk de ernst van de ggz-problematiek, het niveau van de sociaal-emotionele ontwikkeling en de zelfredzaamheid (voortkomend uit de ZB/LVB) en met name de interferentie tussen deze factoren. Wanneer we uitgaan van uitersten op een continuüm verstaan we onder 'licht' mensen waarbij de interferentie tussen de ZB/LVB niet complex is en tevens de psychiatrische problematiek enkelvoudig. Onder 'zwaar' verstaan we mensen waarbij de interferentie en de psychiatrische problematiek complex is en mensen met ZB/LVB bij wie de psychiatrie complex is. De hoogte van het IQ is dus niet primair het onderscheid tussen licht en zwaar in de doelgroep ZB/LVB met psychische problemen. Wanneer we in het vervolg van deze rapportage over LVB spreken, bedoelen we ook mensen met ZB en ernstige aanpassingsproblemen⁷. Wanneer we ZB expliciet noemen, bedoelen we een IQ tussen 70 en 85 zonder ernstige aanpassingsproblemen.

Voor de lichte groep zijn de belangrijkste knelpunten dat ZB/LVB onvoldoende wordt herkend (waardoor behandeling stagneert en/of mensen steeds terug in zorg komen) én dat niet alle behandelaren de behandeling van mensen met ZB/LVB aandurven (bijvoorbeeld omdat ze niet op de hoogte zijn van aangepaste protocollen). De wachttijden zijn in het bijzonder een probleem bij de zwaardere groep, omdat hier (naast het punt van tijdige herkenning van ZB/LVB) de combinatie van kennis van LVB en psychiatrie nodig is en zorg uit verschillende domeinen bij elkaar moet worden gebracht.

⁶ (Ontleend aan:) Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB); www.ggzstandaarden.nl (d.d. januari 2019).

⁷ Conform de praktijkdefinitie van LVB: mensen met een IQ tussen 50 en 85 met significante beperkingen in adaptief gedrag (bron: VOBC/Landelijk Kenniscentrum LVB)



Mensen met LVB en ggz problematiek – kernfactoren die de wachttijd bepalen per fase

Fase 1 – Verwijzing	Fase 2 – Intake/aanmeldgesprek	Fase 3 – Diagnostiek	Fase 4 – Behandeling	Fase 5 – Door- of uitstroom
<ul style="list-style-type: none"> • Een LVB wordt heel vaak niet herkend; een vermoeden van LVB ontstaat ergens in de cliëntreis in de ggz; vaak pas als behandeling vastloopt. Dan ontstaat behoefte aan een IQ-test; deze wordt in BGGZ niet standaard vergoed. • Er zijn meerdere verantwoordelijke domeinen, namelijk Zvw, Wlz en Wmo, die voor deze doelgroep niet goed op elkaar aansluiten. Bijvoorbeeld: voor toegang tot de Wlz moet worden aangetoond dat de verstandelijke beperking al voor het 18^e jaar aanwezig was. Als in de jeugd geen IQ-onderzoek is gedaan, is het lastig om een Wlz-indicatie te krijgen. • Outreachend/innovatief werken wordt niet vergoed. 				
<ul style="list-style-type: none"> • Toenemende vraag vanwege ontwikkelingen afgelopen jaren: individualisering, complexer wordende maatschappij en mensen moeten meer zelfstandig. Deze groep heeft hier meer dan gemiddeld last van: door overvraging ontstaat psychiatrische problematiek. • Het ontbreekt aan (kennis over!) goede verwijsmogelijkheden, waardoor sociale wijkteams en huisartsen met deze groep worstelen en problemen verergeren. Zie ook ad behandeling. • Door domein-overschrijdende problematiek is onvoldoende duidelijk wie waar hoort, wie waarvoor partners zijn en wie wat financiert. • Er is onvoldoende eenduidigheid over of de reguliere ggz dit moet opvangen (en tot welke mate van ZB/LVB-problematiek). Moet de reguliere ggz zich veel sensitiever, meer betrokken en inclusiever opstellen of vraagt dit juist om specialisme? De triage naar BGGZ, SGGZ en HSGGZ verloopt niet goed. 	<ul style="list-style-type: none"> • ZB en LVB is vaak een contra-indicatie, ook in richtlijnen (vanwege ontbreken evidence). • GGZ kent hoge drempels voor deze doelgroep (digitale aanmelding, veel vragenlijsten, wisselende personen). Hierdoor vertraging in het proces (bijvoorbeeld als iemand niet op afspraak komt of de vragenlijst niet heeft ingevuld omdat hij de brief niet heeft begrepen). 	<ul style="list-style-type: none"> • IQ-meting is complex als ook sprake is van psychische problematiek en er zijn wachttijden voor IQ-onderzoek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij ZB en lichte problematiek: kan in reguliere ggz met aangepaste protocollen, maar niet iedere behandelaar durft het of kan aansluiten bij ZB/LVB-niveau (ook door ontbreken van/ onbekendheid met aangepaste protocollen). • Bij zwaardere problematiek: Er is zowel kennis van LVB als kennis van psychiatrie op een goed niveau nodig. <ul style="list-style-type: none"> - Wie is verantwoordelijk of heeft de ruimte om dit bijeen te brengen? Zorg en sociaal domein zijn te veel gescheiden. - Het vraagt om samenwerking tussen sectoren. - Financiering is hier een factor. • Bij zwaardere problematiek: gebrek aan capaciteit (bij decentralisaties afgebouwd). Er zijn weinig partijen die specialistische zorg leveren. Het gaat dan om plekken tussen ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg en/of voor mensen met LVB die gedecompenseerd zijn en ernstige gedragsproblemen vertonen door overvraging of om specialistische zorg (behandelaar/psychiater psycholoog) in de thuissituatie/ambulant aanbod. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitstroom voor deel van de zware groep is lastig te realiseren vanwege wachtlijsten of indicatiecriteria (ZB/LVB is vaak contra-indicatie). Onder meer naar specialistische behandeling voor LVB met autisme of verslaving, naar besloten settingen of naar verblijf in Wmo. Wlz is lastig omdat PSY geen toegang heeft (openstelling Wlz voor PSY gaat mogelijk helpen, maar alleen als blijvend behoefte is aan 24-uurszorg). • Time-voorzieningen zijn niet in alle regio's aanwezig. • Uitstroom wordt ook bemoeilijkt doordat ambulante Wmo-begeleiding onvoldoende beschikbaar is.



3.4 Factoren die de wachttijden bepalen voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen

Typering zorgbehoefte

De *zorgstandaard* stelt dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis die behandeling zoeken, vaak last hebben van lichamelijke gezondheidsproblemen of van andere psychische problemen. De relatie tussen de persoonlijkheidsstoornis en de comorbide stoornis(sen) is veelal complex. Vanwege de vaak complexe, samengestelde problemen geldt dat behandelaars deel moeten uitmaken van een netwerk, waarin deskundigheid, crisisinterventies en intercollegiale toetsing en waarneming aanwezig zijn. Ten behoeve van het herstel moet bovendien geïnvesteerd worden in de samenwerking met externe partners (niet alleen binnen de ggz maar ook maatschappelijke dienstverlening, UWV, politie/wijkagent).

Duiding factoren in relatie tot subgroepen binnen de doelgroep mensen met persoonlijkheidsstoornissen

Als in de fase van verwijzing of intake een vermoeden is van een persoonlijkheidsstoornis, worden cliënten standaard verwezen naar de SGGZ. Voor het merendeel van de mensen is dit ook de juiste route, omdat - zoals de zorgstandaard al beschrijft - vaak sprake is van

comorbiditeit waarvoor een netwerk van behandelaars nodig is. Als sprake is van ernstige comorbiditeit (bijvoorbeeld met verslaving, depressie en/of trauma) is altijd multidisciplinaire behandeling noodzakelijk.

De wachttijdproblematiek voor zware cliënten zit vooral in de fase van behandeling en uitstroom. Hierin speelt een gebrek aan behandelcapaciteit met de benodigde expertise. Daarnaast ervaren deze cliënten problemen op diverse leefgebieden, waardoor voor herstel ook ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren nodig is (vanuit de ggz en het sociaal domein). De verbinding tussen ggz en sociaal domein zou al vanaf de intake gemaakt moeten worden, maar komt nog te weinig tot stand.

In onze interviews en focusgroep is door verschillende mensen aangegeven dat er ook mensen zijn met lichtere persoonlijkheidsproblematiek, die geen multidisciplinaire behandeling nodig hebben. Deze mensen kunnen nu niet goed in de BGGZ worden behandeld, omdat de bekostiging ontoereikend is.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Mensen met persoonlijkheidsstoornissen (PS) – kernfactoren die de wachttijd bepalen per fase

Fase 1 – Verwijzing	Fase 2 – Intake/aanmeldgesprek	Fase 3 – Diagnostiek	Fase 4 – Behandeling	Fase 5 – Door- of uitstroom
<ul style="list-style-type: none"> • Maatschappelijke ontwikkelingen (individualisering, minder hechte sociale structuren, druk werkgevers) vragen meer van mensen waardoor ze sneller vastlopen. • Het taboe op (hulp bij) psychische problemen neemt af (toename aantal cliënten). • Bij (vermoeden van) PS wordt nu standaard verwezen naar SGGZ, terwijl lichtere problematiek ook in BGGZ geholpen kan worden (na diagnostiek in SGGZ). <ul style="list-style-type: none"> – Voordeel: routing duidelijk. Nadeel: mensen wachten op zware zorg terwijl ze met lichtere zorg ook geholpen kunnen worden. – Kanttekening: ook voor lichtere problematiek is het zwaarste product in BGGZ ontoereikend voor bekostiging van een volledige behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is flinke instroom voorbij de voordeur vanuit andere zorgprogramma's (depressie et cetera). • Als iemand zich aanmeldt, is er probleemmerkenning bij de persoon; het is belangrijk om hier snel op in te spelen zodat mensen gemotiveerd blijven voor behandeling, minder uitvallen en sneller doorstromen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiek is niet complex maar wordt soms met een lange doorlooptijd uitgevoerd. • Diagnostiek wordt vaak weer 'over' gedaan. • Er is veel comorbiditeit en mensen met complexe problematiek worden heen en weer geschoven (vooral bij suicidaliteit). Zowel binnen als tussen organisaties. • Er is te weinig aandacht voor context van cliënt (sociaal, huisvesting, werk et cetera) • Te weinig aandacht voor in stand houdende factoren (hier is ook verschil in visie over) zoals traumatisering, dissociëren, LVB en verslaving, zowel bij diagnosestelling als bij behandelplanvorming en behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het indicatiegebied voor intensieve psychotherapeutische behandeling is ruimer geworden (vraag naar deze behandeling neemt daardoor toe). • Zware PS wordt door behandelaren als moeilijk en uitputtend ervaren. • Er is specifieke expertise nodig: <ul style="list-style-type: none"> – Er is tekort aan behandelaren. De arbeidsmarktfactor speelt hierin ook een rol en er is een 'braindrain' van (vaak de best) gekwalificeerde mensen uit de instellingen naar 'zelfstandig werken'. Voor de grotere instellingen blijft hierdoor de relatief zware problematiek over (en die is moeilijker efficiënt te organiseren). – Er is te weinig zicht op wie wat kan, ook onder vrijgevestigden zijn gekwalificeerde mensen (hoewel zij moeilijker multidisciplinaire kunnen zorg realiseren). • Er wordt veel (beperkt adequate) overbruggingszorg ingezet vanwege wachttijden (inefficiënt gebruik ggz). • Er zijn behandelafdelingen gesloten (en daarmee is expertise verloren gegaan) in de ontwikkelingen van afgelopen jaren; hierbij zijn vooral persoonlijkheid en trauma geraakt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaling lukt maar beperkt vanwege: <ul style="list-style-type: none"> – Ontbreken van financiering voor lichtere alternatieven (zie ook fase 1). – Angst om los te laten (bij zowel behandelaar als cliënt) zolang er nog sprake is van klachten (ook vanwege de wachttijd bij terugval). – Opbouwen vertrouwen en samenwerking tussen basis, -specialistische en hoog-specialistische GGZ kost tijd. – Vrijgevestigden hebben voldoende instroom en daardoor geen noodzaak om 'achterdeur' te zijn; BGGZ heeft tekort aan verpleegkundig specialisten voor chronische prestaties. • Verbinding met sociaal domein wordt te weinig gelegd; als de randvoorwaarden in sociale context niet zijn geregeld (structuur, relaties, huisvesting, inkomen et cetera) bestaat het risico van langer behandelen of meer terugval. Bij gemeente, werkgevers en UWV vaak onbegrip over wat cliënten nodig hebben.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



3.5 Factoren die de wachttijden bepalen voor mensen met trauma

Typering zorgbehoefte, ontleend aan zorgstandaard

De Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen is nog in ontwikkeling en konden wij niet raadplegen.

Specifieke beelden over subgroepen binnen de doelgroep in relatie tot wachttijden

In de uitvoering van het onderzoek liepen we ertegen aan dat 'trauma' een breed begrip is, dat veel verschillende (diagnosticerende) termen worden gebruikt en dat er verschil van inzicht is over de juiste behandeling en behandelduur (bijvoorbeeld over stabiliseren versus behandelen en relatie tussen trauma en persoonlijkheidsstoornis).

In de gesprekken zagen we dat, net als bij de andere cliëntgroepen, vooral de complexere problematiek met lange wachttijden te maken heeft.

Een complex trauma kenmerkt zich door 'herhaling, langdurigheid, interpersoonlijke context en verstoring van ontwikkelingsfasen'⁸.

Een enkelvoudig trauma is goed te behandelen met relatief kortdurende interventies (EMDR, Exposure) en dit kan buiten de gespecialiseerde traumacentra en -teams. Hier zijn meer alternatieven denkbaar (online, groepen) en is (potentieel) meer behandelcapaciteit dan voor complexe problematiek. De wachttijdproblematiek lijkt vooral te spelen bij mensen met complexe PTSS en bij mensen met vroegkinderlijke chronische traumatisering die als gevolg daarvan complexe PTSS, complexe dissociatieve stoornissen (in het bijzonder de dissociatieve identiteitsstoornis) gecombineerd met hechtingsstoornissen hebben ontwikkeld. Deze problematiek gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en vraagt om langdurige multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerd team. Het knelpunt wat wachttijden betreft zit met name in de fase van diagnostiek en behandeling: onvoldoende kennis voor juiste diagnose en onvoldoende capaciteit met de benodigde expertise.



⁸ Ter Heide, Kleber en Mooren (2014). Complex trauma en complexe PTSS. Tijdschrift voor Psychotherapie 2014 [40] 05. Online geraadpleegd op 17-4-2019 via [Centrum 45](#)



Mensen met trauma – kernfactoren die de wachttijd bepalen per fase

Fase 1 – Verwijzing	Fase 2 – Intake/aanmeldgesprek	Fase 3 – Diagnostiek	Fase 4 – Behandeling	Fase 5 – Door- of uitstroom
<ul style="list-style-type: none"> • Trauma is vaak onderliggend aan andere problematiek en wordt vaak onvoldoende herkend/gesignaleerd. Dit speelt met name bij mensen met vroegkinderlijke chronische traumatisering. • Mensen worden hierdoor onjuist verwezen en/of hebben al een lange geschiedenis van behandelingen die onvoldoende resultaat hebben gehad (NB. Niet direct een verhogende factor voor de wachttijd voor de groep trauma, maar wel voor een individu om passende zorg te vinden). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mensen met complexe problematiek (met name vroegkinderlijke chronische traumatisering) worden vaak al bij de voordeur afgewezen vanwege ontbrekende expertise. • Vaak sprake van comorbiditeit met onder meer verslaving, depressie, persoonlijkheidsstoornis, hierdoor wordt trauma vaak niet herkend. • Comorbiditeit leidt ook tot discussie over welke problematiek als eerste behandeld moet worden. Organisaties of afdelingen wijzen naar elkaar, vooral als er risico is op suicidaliteit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is onvoldoende kennis bij diagnostisch medewerkers, met name over complexe PTSS (met meermovattende dissociatie) en complexe dissociatieve stoornissen (in bijzonder dissociatieve identiteitsstoornis) (NB. Niet direct een verhogende factor voor de wachttijd voor de groep trauma, maar wel voor een individu om passende zorg te vinden.) • Het is lastig om expertise uit een andere instelling in te schakelen (bijvoorbeeld specifieke trauma-expertise bieden tijdens diagnostiek in verslavingskliniek). • Als meermovattende dissociatie wordt vastgesteld of een dissociatieve identiteitsstoornis wordt vermoed, wordt dit vaak gezien als contra-indicatie voor behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn weinig behandelaren/ behandelplekken voor vroegkinderlijke chronische traumatisering. • Door tekort behandelaren trauma wordt vaak gestart met behandeling van andere stoornissen (in geval van comorbiditeit), terwijl dit averechts effect kan hebben. • Complexe PTSS en complexe dissociatieve stoornissen met hechtingsproblemen vragen langdurige, intensieve traumabehandeling. • Aanbieders hebben (onder druk van wachttijden en gemiddeld tarief) neiging om vooral kortdurend te behandelen; voor mensen met complexe problematiek heeft dit averechts effect. • Er zijn behandelafdelingen gesloten (en daarmee is expertise verloren gegaan); vooral persoonlijkheid en trauma zijn hierdoor geraakt. • Er is onbekendheid bij behandelaren over vroegkinderlijke chronische traumatisering; ook in opleiding onvoldoende aandacht voor behandelen oorzaken trauma. • Behandeling wordt soms uitgevoerd door behandelaren zonder specifieke expertise op complexe PTSS of vroegkinderlijke chronische traumatisering. Hierdoor komen mensen steeds terug in zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaling lukt maar beperkt vanwege angst om los te laten zolang nog sprake is van klachten (ook vanwege de wachttijd bij terugval). • Verbinding met sociaal domein wordt te weinig gelegd; bij mensen met complexe PTSS en vroegkinderlijke chronische traumatisering spelen vaak ook forse problemen op bijvoorbeeld huisvesting, sociale relaties en inkomen. Begeleiding bij deze leefgebieden en behandeling van trauma moet meer samen oplopen (en niet volgtijdig).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



3.6 Samenvattend beeld

Hierboven hebben we per cliëntgroep de factoren benoemd die wachttijden bepalen. In bijlage 5 zijn deze in één overzicht geplaatst. Meer algemeen en samenvattend zagen we het volgende.

Grote diversiteit in de cliëntgroepen

- Elk van de vier onderzochte cliëntgroepen is heel divers samengesteld. Mensen kunnen vanwege hun autisme, LVB, persoonlijkheidsstoornis of trauma ggz-zorg nodig hebben, maar er kan ook sprake zijn van andere ggz-problematiek waarmee genoemde aandoeningen interfereren. Dit geldt zeker bij autisme en LVB vanwege het feit dat het hier zonder meer om blijvende problematiek gaat.

Vooral knelpunten bij de zwaarste subgroepen

- We zien vooral overlap in wachtlijstproblematiek van de 'zwaarste' subgroepen van de vier cliëntgroepen. Deze overlap is groter dan de overeenkomsten binnen de cliëntgroepen. Daarbij horen ook de groepen waarbij de interferentie complex is.
- Deze zwaardere groepen ervaren relatief gezien de meeste hinder van wachtlijstproblematiek, vanwege:
 - Specialisatie versus comorbiditeit. Bij verwijzing, intake en diagnostiek worden onderliggende problemen vaak niet goed onderkend of ontstaat discussie over wat bovenliggend is. Dit leidt tot verkeerde en/of heen-en-weer verwijzingen, terwijl juist deze groep gebaat is bij een meer integrale aanpak (met behoud van specialistische kennis). Hierdoor doorlopen zwaardere cliënten sommige stappen in de klantreis meerdere keren.

Soms leidt het zelfs tot exclusie (vanwege onvoldoende kennis of capaciteit). Overall lijken in- en exclusiecriteria onvoldoende aan te sluiten.

- Keten- en samenwerkingsvraagstukken in diffuse regio's. Voor de zware subgroepen is samenwerking nodig, zowel tussen ggz-aanbieders als met het sociaal domein. Grenzen van zorgkantoorregio's en regio's voor bijvoorbeeld beschermd wonen lopen niet synchroon en ook door de manier waarop aanbieders zijn georganiseerd is er weinig herkenning van regio's. Dit bemoeilijkt het vinden van de juiste partners. Samenwerking komt nu dan ook vaak neer op 'jantje en pietje' die elkaar kennen.
- De veelgenoemde 'braindrain' uit de grotere instellingen (waarbij behandelaren een eigen praktijk starten). Dit heeft op verschillende manieren een negatief effect voor de zware subgroepen:
 - 1) Er lekt veel ervaring en expertise weg, waardoor nieuwe en nog onervaren medewerkers hier niet op kunnen terugvallen.
 - 2) Vrijgevestigden kunnen zich niet altijd richten op de zwaardere cliënten (geen 24*7 of crisiszorg mogelijk), maar ervaren ook geen noodzaak (zij hebben voldoende instroom). Het effect is dat de populatie van de instellingen relatief zwaarder wordt (met meer onvoorspelbaarheid in de zorgvraag en minder mogelijkheid tot efficiency (denk bijvoorbeeld aan de organisatie van crisiszorg) en nog meer braindrain als gevolg).

1

2

3

4

5



3) Bovendien betekent dit voor behandelaren in de instellingen dat ze geen afwisseling hebben tussen lichtere en zwaardere cliënten, wat overbelasting met zich mee kan brengen en opnieuw nog meer mensen doet besluiten om te vertrekken.⁹

- Ook heeft de huidige bekostiging prikkels in zich die verkeerd kunnen uitpakken voor de zware subgroepen (bijvoorbeeld de focus op de gemiddelde prijs per cliënt).

Gebrek aan overzicht van mogelijkheden voor lichte subgroepen

- Bij de lichtere subgroepen binnen de cliëntgroepen speelt vaker gebrek aan overzicht over en kennis van het juiste aanbod; hierdoor wordt bijvoorbeeld te zwaar doorverwezen.
- Dit wordt versterkt door de bekostiging in de basis-ggz; men ervaart deze als niet toereikend voor zowel diagnostiek als behandeling van de lichtere subgroepen.

Overig

- Er zijn veel partijen betrokken bij de vier doelgroepen en deze redeneren vaak vanuit hun 'eigen' cliëntenpopulatie en hun eigen werkwijze en hebben vandaaruit eigen opvattingen over wat nodig is (zowel op cliëntniveau als in de organisatie van de zorg).
- Voor alle groepen (ook de lichte en zware subgroepen) geldt dat de 'sociale en medische kaart' lastig scherp is te krijgen.

Welke capaciteit is voor wie beschikbaar en/of noodzakelijk? Welke methode is voor wie het best passend en vanuit welk echelon?

- We constateren uit de gesprekken met de diverse partijen dat er weinig grip is op het vraagstuk van de wachttijden en nog onvoldoende duidelijkheid over wie de regie heeft of zou moeten nemen. Om wachttijden op te lossen is een totaalbeeld nodig van wie waarop wacht bij welke aanbieder. Dit beeld is er nog onvoldoende waardoor de mogelijkheden in zorgbemiddeling (en daarmee eventuele wachttijdverkortingen) ook beperkt zijn.
- Partijen hebben ook niet altijd voldoende zicht op de mogelijkheden en speelruimte die er is om aan de slag te gaan. We bemerkten bijvoorbeeld onduidelijkheden over hoe en wanneer op te schalen (sinds april 2017 is een verwijzing door de huisarts niet meer nodig bij op- en afschalen tussen BGGZ en SGGZ; in het veld lijkt dit onvoldoende bekend); of je medebehandelaars mag inschakelen; et cetera.
- Een laatste aandachtspunt dat veel is genoemd, zijn de administratieve lasten. Het geldt zowel op cliëntniveau (bijvoorbeeld om risico's af te dekken bij suïcidaliteit) als op bedrijfsmatig vlak (bijvoorbeeld de registraties die vrijgevestigden per zorgverzekeraar moeten aanleveren).



⁹ Zie ter illustratie het recente bericht dat [30% van de psychiaters in instellingen overweegt om voor zichzelf te beginnen](#).



4. Oplossingsrichtingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de oplossingsrichtingen voor gevonden knelpunten zoals die aan de orde kwamen in de diverse interviews, in de focusgroepen en tijdens het congres.

In de interviews en in de focusgroepen hebben we gevraagd aan de deelnemers om, gegeven de knelpunten die er zijn, per fase ook te komen met concrete oplossingen. Vervolgens zijn deze oplossingen ook aan de orde gekomen tijdens twee workshops op het congres 'Weg van de wachtlijst' van 11 april 2019.

Alle voorbeelden van werkwijzen die kunnen bijdragen aan het verminderen van wachttijden hebben we, met onderscheid naar de vier cliëntgroepen, opgenomen in bijlage 6.

In onderstaand overzicht zijn de oplossingen geaggregeerd weergegeven. We hebben daarbij weer onderscheid gemaakt naar fases in de cliëntreis, maar de fase van intake en diagnostiek samengevoegd. Reden hiervoor is dat het om vergelijkbare oplossingen gaat.

Van belang is dat van meet af aan goed wordt bepaald wie waar terecht dient te komen. Dat is niet alleen afhankelijk van de ggz-vraag zelf in de fase van verwijzing tot aan diagnostiek. Vervolgens maken we bij behandeling en uitstroom onderscheid naar de lichte en zware subgroepen.



	VERWIJZING	INTAKE/DIAGNOSE	BEHANDELING	DOOR- OF UITSTROOM	
OPLOSSINGEN	<p>In deze fases is het van belang zicht te krijgen op de mate van complexiteit van de problematiek en de vraag.</p> <p>Goede triage, door:</p> <ul style="list-style-type: none"> Juiste deskundigheid POH en BGGZ, via: <ul style="list-style-type: none"> Consultatie vanuit SGGZ Casulistiek bespreking met SGGZ Terugkoppeling onjuiste verwijzingen Juiste screeningsinstrumenten (trauma, LVB). Juist bepalen van licht/zwaar door meewegen: <ul style="list-style-type: none"> Ggz-geschiedenis Sociale context Opleidingsgeschiedenis bij vermoeden LVB Hulpvraag (vraag is soms anders dan behandeling van stoornis; motivatie). Afspraken met huisartsen over inhoud verwijsbrief en warme overdracht door POH, zodat info over bovenstaande bij aanmelding aanwezig is. Juiste regionale medische en sociale kaart. Alternatief: Instellen regionaal verwijscentrum als vervanging van verwijsfunctie huisarts. 		<ul style="list-style-type: none"> Juiste deskundigheid naar voren (liever kunnen afschalen dan moeten opschalen). Goede interne logistiek en routing (ook bij interne verwijzing) <ul style="list-style-type: none"> Centrale intake Herstelgerichte intake Kort/lang/mate van zwaarte onderscheiden Eventueel toch BGGZ? Algemene richtlijn voor diagnostiek ontwikkelen. Juiste instrumenten gebruiken voor screening en diagnostiek. Verwachtingenmanagement bij de cliënt over intensiteit behandeling; <ul style="list-style-type: none"> Motivatietraject in BGGZ. Inzet ervaringsdeskundigen. 	<p>In deze fase zijn oplossingen voor wachttijden verschillend voor lichte en zware groepen.</p> <p><i>Lichtere groepen van SGGZ naar BGGZ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Efficiëntere inzet capaciteit via <ul style="list-style-type: none"> meer online consulten en e-health; meer ruimte in bekostiging in BGGZ (bijvoorbeeld via specifieke vernieuwings- of pilotprestaties in BGGZ als Eleo en Umami) meer gebruik maken van groepsbehandeling (ook door combi BGGZ en SGGZ). <p><i>Zwaardere groepen binnen SGGZ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Capaciteit behouden en vergroten, onder meer door: voorkomen braindrain goed gekwalificeerde professionals (goed werkgeverschap, andere bekostigingsprikkel). Interne logistiek: deskundigheid organiseren rondom comorbiditeit (ook gebruik maken van de speelruimte die er is). Meer modulair werken in plaats van met vaste zorgprogramma's (beter aansluiten bij behoefte van cliënt). Afspraken over aansluitende in- en exclusiecriteria (geen mensen tussen 'wal en schip'¹⁰). Tijdige verbinding met sociaal domein (zie ook Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf). 	<p><i>Zwaardere groepen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gerichte aandacht (in organisatie) voor 'einde behandeling'. Mogelijkheid tot behoud contact behandelaar (strippenkaart, waakvlamcontacten). Verbinding met sociaal domein (vanwege andere leefgebieden waar ondersteuning nodig is) ook door maatschappelijk werk binnen ggz. Warme overdracht in aanwezigheid van cliënt.
	EFFECT	<ul style="list-style-type: none"> Minder (en betere) verwijzingen naar SGGZ 	<ul style="list-style-type: none"> Sneller op de juiste plek 	<ul style="list-style-type: none"> Beter gebruik capaciteit Bouwen aan uitstroom 	<ul style="list-style-type: none"> Snellere uitstroom, vertrouwen in uitstroom en minder terugval

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

¹⁰ Zie ook: *Casusaanpak complexe casuïstiek wachttijden ggz* (Arteria, 2019).



5. Verbeteren en veranderen

De vraag aan bureau HHM bij start van het onderzoek was: *Geef inzage in de knelpunten en oplossingsrichtingen voor vier specifieke cliëntgroepen in de wachttijden ggz.* De groepen waar het om gaat zijn mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en een licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek.

Wat we in het onderzoek zagen, is dat deze vier cliëntgroepen niet zonder meer van elkaar te scheiden zijn. Juist in de specialistische ggz komen veel mensen voor met comorbide psychische stoornissen.

Daardoor zijn de knelpunten die wachttijden veroorzaken en de oplossingsrichtingen ook niet altijd één op één te relateren aan deze vier groepen. Zie hiervoor ook paragraaf 3.6.

Er is meer overlap in de wachttijstproblematiek van de 'zwaarste' subgroepen van de vier cliëntgroepen dan overeenkomsten binnen de cliëntgroepen. Dat geldt ook voor de lichtere subgroepen.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Wat daarin precies moet worden verstaan onder 'licht' en 'zwaar' is niet zwart-wit. Het gaat meer om uitersten op een continuüm. 'Licht' is ook relatief, gezien het feit dat we het hebben over de specialistische ggz. Grofweg gaat het om mensen met enkelvoudige ggz-problematiek die geen of weinig bijkomende problemen hebben. Bij 'zwaar' gaat het om mensen die op meer leefgebieden uitvallen, mensen met complexe psychiatrische problematiek, mensen met forse comorbiditeit of mensen waarbij de interferentie tussen verschillende problematieken

complex is. In hoofdstuk 3 hebben we dit per cliëntgroep wat preciezer geduid.

Met name de zwaardere subgroepen ondervinden hinder van wachttijstproblematiek. Hier is sprake van 'heen en weer' verwijzingen (zowel binnen als tussen ggz-instellingen), mensen die 'niet passen in het zorgaanbod' vanwege exclusiecriteria waardoor vooral de complexere problematiek niet wordt bediend. Ook speelt gebrek aan capaciteit en afnemende expertise een rol (vanwege vertrek van professionals (braindrain) uit de ggz-instellingen). Ten slotte zijn er mensen die te lang in de ggz blijven omdat de verbinding met het sociaal domein onvoldoende tot stand komt.

Binnen de lichte subgroepen zien we dat mensen te zwaar worden doorverwezen vanwege inhoudelijk onvoldoende triage (gebrek aan kennis bij huisarts/POH en te weinig gebruik van de mogelijkheid tot consultatie van de SGGZ). Dit vraagt nadere aandacht. Ook spelen prikkels in de bekostiging mee (tarief voor het zwaarste product in de BGGZ is ontoereikend).

Er zijn ook (nuance)verschillen tussen de cliëntgroepen ook als het gaat om de oplossingen voor wachttijden.

Zie hiervoor de schema's in hoofdstuk 3. Bij autisme en LVB gaat het zonder meer om blijvende problematiek, waarbij de ggz nodig is voor diagnostiek en de behandeling van bijkomende psychiatrische problemen. Persoonlijkheidsstoornissen en trauma zijn (tot op zekere hoogte) 'behandelbaar' en gaan vaak samen (ook met andere stoornissen), waardoor intensieve, langdurige behandeling nodig is. Zowel bij LVB als bij trauma zien we kennistekorten bij de zware



groepen, maar waar die bij LVB wel beschikbaar is vanuit de VG-sector en hiermee verbinding nodig is, vraagt dit bij trauma juist om specifieke opleiding binnen de ggz. Bij persoonlijkheidsstoornissen zien we oplossingen meer in het verbinden met het sociaal domein en het herstel- en contextgericht werken. Bij autisme zien we die in verbetering van diagnostiek en logistiek. Als het gaat om behandelmethodieken zien we bij persoonlijkheidsstoornissen en trauma verschil in visie over wat inhoudelijk nodig is, waar dit bij de andere cliëntgroepen minder speelt.

Dit alles werkt door in oplossingen voor wachttijden. Ondanks de overeenkomsten in de lichte en zware groepen is het dus van belang bij oplossingen ook rekening te houden met het specifieke karakter van de cliëntgroepen.

Wat betekent dit nu voor de aanpak van de wachttijden?

Naar ons idee zijn er verschillende mogelijkheden om te 'verbeteren'.

1
2
3
4
5

De mogelijkheden om te verbeteren (de 'knoppen waar aan gedraaid kan worden' om de wachttijden te verminderen zoals ontleend aan de vele voorbeelden die zijn genoemd) voor partijen:

- Voor huisartsen/POH: investeer in kwaliteit en deskundigheidsbevordering van de POH voor verwijzing en zoek het overleg hierover met de GGZ-instellingen; zoek het overleg met de zorgverzekeraar (of verwijs de cliënt daarnaar) indien de cliënt tussen de wal en het schip dreigt te vallen.
- Voor de GGZ-instellingen: wees beschikbaar voor huisarts/POH door consultatie of cliëntbesprekingen en door terugkoppeling van onjuiste verwijzingen; zorg voor optimale interne logistiek (ook

rekening houdend met zijnstroom vanuit eigen/andere paden en crisisdienst); bespreek de wachtlijst met de zorgverzekeraar; versterk het vraag- en herstel (en op einde behandeling) gericht werken.

- Voor de zorgverzekeraar: zorg voor overzicht van het aanbod voor deze vier specifieke cliëntgroepen (zowel de lichte als de zware subgroepen), enerzijds ten behoeve van de eigen zorginkoop, -contractering en -bemiddeling en anderzijds voor verwijzers, instellingen en cliënten. Zorg daarnaast voor inzicht in het aantal wachtenden per cliëntgroep, zodat beter gematcht kan worden. Kijk ten slotte naar mogelijkheden voor centrale verwijzing.
- Voor cliënten: zoek het contact met de verzekeraar als er geen zorg kan worden gevonden die passend is..

Anderzijds zien we ook dat de problematiek van wachttijden complex is; het is ook nodig te 'veranderen'.

Dit geldt zeker ten aanzien van de zwaardere subgroepen die wat ons betreft vragen om focus bij de aanpak van wachttijden. Onder meer denken wij aan:

- Ordening van het aanbod: Het organiseren van het aanbod in diagnosegroepen werkt niet goed voor de zwaarste groepen. Deze groepen hebben vaak een integrale benadering nodig qua leefgebieden, maar ook specialisme qua stoornis of aandoening. Dit vraagt om organisatie van zorg rondom comorbiditeit, bijvoorbeeld door middel van pilots, afspraken tussen verzekeraars en ggz-instellingen of alternatieve bekostiging (bijvoorbeeld verschillende zwaartes van integrale groepen).
- Mensen worden nu soms niet geholpen omdat de problematiek te complex is. Uitgangspunt moet zijn dat cliënten niet tussen wal en



schip vallen en dat in- en exclusiecriteria op elkaar aansluiten. Dit vraagt om de juiste signalen op de juiste plek, bijvoorbeeld via een meldpunt of regionale casusbesprekingen¹⁰ en het zo nodig creëren van aanbod. Van instellingen vraagt dit om actief het contact te zoeken met verzekeraars. Als cliënten niet bij de ene instelling in een regio kunnen worden geholpen, dan moet er elders wel aanbod zijn; er kan ook aanbod worden gecreëerd rondom een cliënt door expertise van de ene organisatie in te brengen in de behandeling door de andere organisatie; de voorwaarden en financiering voor onderlinge dienstverlening moeten dit optimaal faciliteren.

- Verbetering van data: Er is nu onvoldoende inzage in aantallen wachtenden. Er zijn rekenkundige benaderingen mogelijk, maar voor een goede aanpak is het nodig om te weten hoeveel mensen daadwerkelijk wachten. We kunnen bijvoorbeeld nu geen inzage geven in de verhouding tussen de lichte en zware subgroepen. Ook is niet duidelijk wat de cumulatieve wachttijd voor mensen is na heen- en weer verwijzing. Daarmee dekken de wachttijden de (gevoelde) problematiek niet voldoende.
- Bekostiging: de huidige prikkels werken op dit moment niet ten gunste van de zware subgroepen (zie bijvoorbeeld de genoemde braindrain) en leiden er toe dat lichtere subgroepen te vaak in de SGGZ komen, terwijl zij met een uitbreiding binnen de BGGZ goed

kunnen worden behandeld of begeleid. Ook hier zijn aangrijpingspunten voor het oplossen van wachttijden.

- Samenwerking: Er is samenwerking nodig, zowel binnen de sector als met het sociaal domein. Binnen de sector gaat het om het kunnen op- en afschalen, met het sociaal domein gaat het om samen optrekken in behandeling en begeleiding/ondersteuning, goede afstemming rond individuele cliënten en op overstijgend niveau (begrijpen wat de ander doet). Tegelijkertijd is dit makkelijker gezegd dan gedaan. De praktijk is dat het opbouwen van vertrouwen en samenwerkingsrelaties tijd kost. Veel wordt in dit verband verwacht van 'de regio'. In ons onderzoek zagen we dat dit, zeker voor instellingen, niet altijd een herkenbare organisatorische eenheid is, omdat de werkgebieden van de diverse partijen niet altijd met elkaar overeenkomen.
- Zorgverzekeraars kunnen in hun inkoopvoorwaarden meenemen dat de instelling aantoonbaar werk maakt van verbinding met sociaal domein (bijvoorbeeld door een maatschappelijk werker in te zetten).
- Arbeidsmarktproblematiek: Dit is een versturende factor. Hier is goed werkgeverschap nodig en oplossingen om mensen te behouden binnen de instellingen (carrièreperspectief, minder sturing op geld en tijd en meer op professionele autonomie).

1
2
3
4
5



Bijlage 1. Overzicht deskresearch

We hebben gebruikgemaakt van de volgende bronnen:

1. Actieplan vervolgaanpak wachttijden
2. Anders kijken naar wachttijden (Significant/2Unravel)
3. Bewerkbare slides; dia Resultaten knelpuntenanalyse
4. Dossier wachttijden Mind
5. Gegevens wachttijden Vektis mei-juni 2018
6. Marktscan ggz 2016 (NZa)
7. Samenvatting offerte complexe casuïstiek wachttijden ggz - Arteria Consulting
8. Updates regionale taskforces (KPMG)
9. Zorgprisma publiek; cijfers 2016 (nb niet volledig)
10. Informatiekaart Nza, 3 april 2018
11. Marktverkenning HHM voor een GGZ-poli in 2012 (SS/13/0187/mapvg);
12. Schatting van het aantal mensen op de ggz wachtlijsten, aanvullende cijfers per cliëntgroep Vektis
13. WoonzorgWijzer



Bijlage 2. Overzicht respondenten en deelnemers focusgroepen

Gesprekken voor ontwikkeling analysekader

- Caleidoscoop, Stefanie Terpstra
- Centiv, Wouter Hoge
- NvVP, Cisca Joldersma
- NIP, Susan Möller
- NZa, Carlijn Ritzen
- CCE, Didier Rammers
- NVA, Maria Hibma en Julie Wevers
- Zorginstituut Nederland, Lise Reinierse
- KPMG, Karin Vernooij
- Enkele psychologenpraktijken (contact per mail)

Gesprekken voor invullen en toetsen analysekader

GGZ-aanbieder (of namens -)

- Parnassia groep, Nolly Borsboom en Laurens Hendriks (tevens werkzaam bij PsyQ)
- Eleos, Els de Bruin
- Yulius, Bob Smits
- Yulius, Debbie van Kuijk
- Antes groep, Henriette Cuperus
- HSK groep, Ton Wintels
- GGZ Noord-Holland Noord, Ynstke Zijlstra
- Reinier van Arkel, Vera van Stiphout (expertise LVB)
- Trajectum, Maarten Otter (psychiater, expertise LVB)
- Parnassia groep, Joop de Jong (psychiater, expertise trauma)
- Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering & STRAKX Traumacentra, Martijne Rensen (expertise trauma)
- Viersprong, Marieke Kavelaars (expertise PS)

- Lentis, Anita de Vries
- PsyQ, Annemiek van Dijke
- LVVP, Judith Veenendaal en Michiel Schiffers (namens vrijgevestigde psychologen/psychotherapeuten)

Cliëntenorganisatie en ervaringsdeskundige

- RCO De Hoofdzaak, Margreet Kingma
- Dimence, Gerson Stroot (ervaringswerker, expertise autisme)
- Ernst Pansier (ervaringswerker, expertise PS)

Zorgverzekeraar

- VGZ, Erwin Hol
- VGZ, Marjon Diepenhorst
- Zilveren Kruis, Marieke Boele van Hensbroek
- Menzis, Kirsten van Steenbergen en Arnoud van der Gijs
- CZ, Sjaak Verduijn

Centrumgemeente

- Zaanstad, Cees van der Geer
- Alkmaar, Jim Ligthart

Overig

- Jeroen Brendeke en Lishia Oei (huisartsen)
- Piet Overduin (voorzitter Taskforce regio Midden Holland)

1

2

3

4

5



Deelnemers focusgroepen

Er zijn focusgroepen georganiseerd over de cliëntgroepen persoonlijkheidsstoornissen, trauma en LVB (via conference call). De focusgroep over autisme is vanwege te weinig aanmeldingen komen te vervallen.

Autisme

- GGZ Eindhoven, Jeanine van der Meijden (telefonisch in plaats van bijeenkomst)

Persoonlijkheidsstoornissen

- Parnassiagroep/kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen, Ellen Willemsen
- Antes, Marije van Werkhoven
- Centiv, Wouter Hoge
- CZ, Sjaak Verduijn
- GGZ Nederland, Marloes van Es

Trauma

- Centiv, Wouter Hoge
- CELEVT & STRAKX Traumacentra, Martijne Rensen
- Caleidoscoop, Stefanie Terpstra
- Zorginstituut Nederland, Lise Reinierse
- Zorginstituut Nederland, Marleen Hermens
- VGZ, Janneke Lenders-Goossens
- GGZ Oost Brabant, Mienieke Blom (per mail)

GGZ in combinatie met Lvb (telefonische conferentie)

- Reinier van Arkel, Vera van Stiphout
- Poli+ en Cordaan, Jannelien Wieland
- Platform psychiatrie en LVB NVvP, Mascha ten Doesschate
- GGZ Oost Brabant, Hoog specialistisch Centrum LVB & Psychiatrie, Lisa Behrendt
- GGZ Oost Brabant, Hoog specialistisch Centrum LVB & Psychiatrie, Margriet Laar



Bijlage 3. Kwantitatief beeld per regio

Deze bijlage toont enkele van de kwantitatieve data die we in beeld hebben gebracht.

Binnen de GGZ

In hst 2 zijn al enkele kanttekeningen bij de data genoemd. Aanvullende kanttekeningen zijn:

- Diagnosegroepen worden wel in de Specialistische GGZ geregistreerd, maar niet in de Generalistische Basis GGZ. Vrijgevestigden en sommige derdelijnsvoorzieningen hebben bovendien een productieplafond per zorgverzekeraar, waardoor de wachttijd per verzekeraar kan verschillen.
- Met betrekking tot de regio's: de wachttijd data per regio zijn in ontwikkeling. Niet alle aanbieders leveren deze volledig of op het niveau van de zorgkantorregio's.
- Idealiter zouden we informatie willen over aantal wachtenden per cliëntgroep en per regio. Dit wordt echter niet als zodanig bijgehouden. Vektis heeft in het najaar van 2017 een berekening gemaakt op landelijk niveau door instroom (initiële DBC's 2016) te relateren aan de gemiddelde wachttijd totaal. Het regionale niveau is te klein om dit betrouwbaar te kunnen doen.

De volgende informatie is wel (nagenoeg) compleet:

- Aantal verzekerden per zorgkantorregio.
- Informatie over aantallen en ontwikkeling patiënten BGGZ per regio. NB. hierin hebben we tevens de innovatieve GGZ (vanuit de

huisartsen) betrokken omdat daar met name in de regio Noord-Holland Noord veel gebruik van is gemaakt; het weglaten van deze gegevens zou een onvolledig beeld geven¹¹.

- Informatie over aantallen en ontwikkeling DBC's per regio.

In tabel 1 worden de gegevens gepresenteerd in één overzichtstabel.

Deze tabel laat per regio zien:

- Aantal verzekerden 18+ in 2016
- Kerngetallen BGGZ:
 - Aantal patiënten in 2017 per 1.000 verzekerden
 - Ontwikkeling in aantal patiënten 2015-2017
 - Gemiddelde wachttijd
- Kerngetallen SGGZ voor drie hoofddiagnosegroepen (Angst-, Persoonlijkheid- en Pervasieve stoornissen):
 - Gemiddeld aantal DBC's (2016) per 1.000 verzekerden
 - Gemiddeld aantal minuten per DBC (2016; initieel en vervolg; frequentietabel niet mogelijk)
 - Ontwikkeling DBC's 2014-2017
 - Ontwikkeling instroom (initiële DBC's) 2014-2016
- Gemiddelde wachttijd

In de vergelijking van de regio's valt een aantal zaken op:

- De wachttijden in regio Noord-Holland Noord zijn zowel in de BGGZ als in de SGGZ onder de Treeknormen en onder het landelijk gemiddelde. Opvallend is dat het aandeel verzekerden in de BGGZ in Noord-Holland Noord veel hoger is dan gemiddeld. Het aandeel DBC's in de SGGZ ligt relatief gezien lager voor twee van de drie stoornissen.

¹¹ In de regio Noord-Holland Noord werken huisartsen, psychologen en specialistische instellingen samen onder de naam Vicino. Praktijkondersteuners van een huisartsenpraktijk begeleiden mensen met psychische klachten of sociale problemen. Hierdoor is zorgverlening door een specialistische instelling minder snel of minder lang nodig.



- De wachttijden in de regio Midden Holland zijn zowel in de BGGZ als in de SGGZ boven de Treeknormen en boven of rond het landelijk gemiddelde. In vergelijking met Noord-Holland Noord heeft Midden Holland evenveel DBC's in de SGGZ en een veel lager aantal patiënten in BGGZ.
- Zaanstreek/Waterland is qua aantal patiënten enigszins vergelijkbaar met Midden Holland en heeft geen wachttijden boven de Treeknorm. Waardenland heeft deels wel en deels niet te maken met wachttijden buiten de Treeknorm. De forse wachttijd voor pervasieve stoornissen zou te maken kunnen hebben met het feit dat slecht een beperkt aantal mensen onder die noemer is behandeld.

In relatie tot het Sociaal Domein

Tabel 2 toont de volgende gegevens.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

- een overzicht van welke gemeenten zijn betrokken in de regio's en welke centrumgemeenten (voor beschermd wonen en opvang),
- hoe gemiddeld het bedrag is per inwoner dat omgaat in de Wmo 2015 (het betreft het objectieve budget Wmo 2015 exclusief middelen voor huishoudelijke hulp) en gerelateerd aan het totaal aantal inwoners,
- hoe gemiddeld het bedrag is dat omgaat in Beschermd Wonen (het betreft het objectieve budget Beschermd Wonen). Dit biedt een, weliswaar grove, potentiële maat van de mogelijkheden van uitstroom van de zwaardere doelgroepen,
- de sociaal economische status uitgedrukt in een kleur. We hebben daarbij de hoogste 33% scores van Nederland groen weergegeven, de middelste 33% van de scores in blauw en de laagste 33% scores in rood.



Omvang en wachttijden GGZ

Omvang en wachttijden GGZ		Basis GGZ (inclusief innovatieve ggz)			Specialistische GGZ					
		Regio	Aantal verzekerden 18+ 2016 (1)	Aantal patiënten in 2017 per 1.000 verzekerden (1)	Ontwikkeling aantal patiënten 2015-2017 (1)	Gemiddelde wachttijd (2) (rood: > Treeknorm)	Per groep	Gemiddeld aantal DBC's (2016) per 1.000 verzekerden (3)	Gemiddeld aantal minuten per DBC (2016; initieel en vervolg) (1)	Ontwikkeling aantal DBC's 2014-2017 (3)
Midden Holland	180.119	15,9	-9%	14,6 weken	Angst	4,1	2.169	+9%	+20%	14,5 weken
					Persoonlijkh.	3,4	2.648	+8%	-17%	17,3 weken
					Pervasief	1,2	3.053	+32%	+10%	28,4 weken
Noord-Holland Noord	492.262	22,2	+7%	7,0 weken	Angst	4,2	2.339	+26%	+15%	11 weken
					Persoonlijkh.	3,3	3.258	+5%	-5%	10,2 weken
					Pervasief	1,6	3.059	+29%	+40%	10,2 weken
Waardenland	317.571	15,5	-5%	7,9 weken	Angst	4,7	2.088	+14%	+6%	12,0 weken
					Persoonlijkh.	3,6	2.789	-10%	-29%	13,6 weken
					Pervasief	1,1	2.761	+23%	-5%	23,2 weken
Zaanstreek / Waterland	267.020	14,0	-9%	9,6 weken	Angst	5,9	1.885	+25%	+22%	5,4 weken
					Persoonlijkh.	4,2	2.918	-14%	-41%	10,4 weken
					Pervasief	1,0	2.477	+30%	+8%	4,0 weken
Nederland totaal	13.607.561	16,0	+2%	8,8 weken	Angst	5,8	2.107	+16%	+13%	13,9 weken
					Persoonlijkh.	4,8	2.870	+0%	-20%	18,7 weken
					Pervasief	1,5	2.855	+23%	+20%	17,6 weken

Tabel 1: Gegevens BGGZ en SGGZ (afwijking 25% naar boven t.o.v. landelijk gemiddelde is geel; afwijking naar beneden is blauw).

Bronnen:

- (1) Vektis, Nazending HHM 5 februari (op basis van: DWH Vektis / Cognos, 2019-02-05)
- (2) Kwartaalrapportage wachttijden ggz januari 2019 (Vektis; regionale hotspot december);
- (3) GGZ_HHM gegevens wachttijden_20181213 (Vektis)



Regio	Betrokken gemeenten	Gemiddeld bedrag per inwoner Wmo 2015 (4)	Gemiddeld bedrag per inwoner BW centrum-gemeenteregio (4)	SES (5)
Midden Holland	5 gemeenten waaronder 1 centrumgemeente, namelijk: Bodegraven-Reeuwijk, Gouda (centrumgemeente), Krimpenerwaard, Waddinxveen, Zuidplas.	Bovengemiddeld	Lager dan gemiddeld	<ul style="list-style-type: none"> • 3 gemeenten • 2 gemeenten • 0 gemeenten regio gemiddeld
Noord-Holland Noord	16 gemeenten waaronder 3 centrumgemeenten, namelijk: Alkmaar (centrumgemeente), Bergen, Den Helder (centrumgemeente), Drechterland, Enkhuizen, Heerhugowaard, Heiloo, Hollands Kroon, Hoorn (centrumgemeente), Koggenland, Langedijk, Medemblik, Opmeer, Schagen, Stede Broec, Texel.	Bovengemiddeld	Lager dan gemiddeld	<ul style="list-style-type: none"> • 10 gemeenten • 3 gemeenten • 3 gemeenten regio gemiddeld
Waardenland	10 gemeenten waaronder 1 centrumgemeente, namelijk: Alblasterdam, Dordrecht (centrumgemeente), Gorinchem, Hardinxveld-Giessendam, Hendrik-Ido-Ambacht, Molenlanden, Papendrecht, Sliedrecht, Vijfheerenlanden, Zwijndrecht.	Bovengemiddeld	Gemiddeld	<ul style="list-style-type: none"> • 4 gemeenten • 3 gemeenten • 3 gemeenten regio gemiddeld
Zaanstreek / Waterland	8 gemeenten waaronder 2 centrumgemeenten, namelijk: Beemster, Edam-Volendam, Landsmeer, Oostzaan, Purmerend (centrumgemeente), Waterland, Wormerland, Zaanstad (centrumgemeente).	Bovengemiddeld	Lager dan gemiddeld	<ul style="list-style-type: none"> • 0 gemeenten • 6 gemeenten • 2 gemeenten regio gemiddeld
Nederland		Gemiddeld	Gemiddeld	

Tabel 2. Gegevens sociaal domein

Bronnen:

(4) [Maart circulaire 2018](#); en Regioatlas voor aantal inwoners (januari 2019).

(5) [Statusscores SCP 2017](#); Bewerking bureau HHM.



Bijlage 4. Samenvattend beeld (organisatie van) zorg in de klantreis uit zorgstandaarden

Toelichting

In deze bijlage geven we weer wat de zorgstandaarden¹² zeggen over de (organisatie van) zorg aan de hand van de klantreis met vijf fasen. We hebben hiervoor gebruikgemaakt van de zorgstandaard autisme, de zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen en de generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB). De zorgstandaard Trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen is nog in ontwikkeling en konden wij niet raadplegen.

Omdat de standaarden een andere opbouw kennen, zijn voor deze samenvatting teksten uit verschillende onderdelen van de standaarden bij elkaar gebracht. Omwille van leesbaarheid zijn soms zinnen ingekort of aangepast. Het is dus geen letterlijke weergave, maar inhoudelijk is het in overeenstemming met de zorgstandaard of generieke module.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Uit de zorgstandaard Autisme

Verwijzing

Scholing op het gebied van autisme van zorgprofessionals in het sociale domein is nodig om signalen van autisme adequaat en bijtijds te onderkennen.

Aanmelding/Diagnostiek

Indien sprake is van een vermoeden van autisme worden patiënten vanuit de eerste lijn of vanuit de jeugdgezondheidszorg verwezen voor nader onderzoek naar de gespecialiseerde ggz, vanwege de complexiteit van het diagnosetraject. Bij voorkeur vindt verwijzing plaats naar een in autisme gespecialiseerde zorgaanbieder. Op basis van een inventarisatie onder ervaren diagnostici wordt de benodigde tijdsduur van het diagnosetraject geschat op gemiddeld 12-14 uur om uitsluitel te geven of sprake is van autisme en daarnaast nog minimaal 8 uur voor aanvullende diagnostiek om inzicht te krijgen in het functioneren van de patiënt op de diverse levensgebieden.

Behandeling

Bij de zorg voor mensen met autisme is het belangrijk dat behandelaren uitgebreide specialistische kennis en ervaring hebben op het gebied van behandeling van autisme. Behandeling van mensen met autisme vindt plaats in de gespecialiseerde ggz of in de generalistische basis ggz. De regiebehandelaar dient beschikbaar te zijn voor consultatie en advies aan professionals die betrokken zijn bij de begeleiding van de patiënt met autisme in het sociale domein (zoals de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) of in een werksituatie). Er dient sprake te zijn van matched care (zorg op maat): afstemming van de interventies op hulpvragen en behoeften, probleemernst, psychologische capaciteiten, sociale rollen en wensen in relatie tot kwaliteit van leven.

Door/uitstroom

Als een behandeling succesvol is kan deze op een bepaald moment worden afgerond. De regiebehandelaar is er voor verantwoordelijk dat de regie wordt overgedragen aan een andere regisseur (de patiënt zelf,

¹² www.ggzstandaarden.nl (online geraadpleegd in januari 2019).



een familielid of naaste, een andere behandelaar, ondersteuner of begeleider). Het bieden van continuïteit betekent eveneens dat een patiënt altijd opnieuw in zorg kan worden genomen als sprake is van een terugval bijvoorbeeld door veranderde omstandigheden of een ingrijpende gebeurtenis.

Uit de generieke module ZB/LVB

Verwijzing

Huisartsen, POH-GGZ, hulpverleners binnen de ggz, jeugdhulp- en werkers in de wijkteams hebben behoefte aan specifieke vaardigheden en kennis voor het herkennen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden van (jonge) mensen met een ZB/LVB. Andersom hebben zorgverleners in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking kennis en vaardigheden nodig voor het screenen van patiënten met een psychische stoornis.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Aanmelding/Diagnostiek

Diagnostiek (en behandeling) van psychische stoornissen is een belangrijke taak van de ggz, ook als het gaat om mensen met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB). Dit vraagt om aanpassingen binnen deze sector. Patiënten met ZB/LVB hebben namelijk een multidimensionale benadering nodig die rekening houdt met de sociaal-emotionele ontwikkeling en de conceptuele en praktische vaardigheden van de patiënt. Hoe complexer de psychische stoornis, de ZB/LVB en de interactie tussen beide, des te meer is een dergelijke multidimensionale blik nodig.

Behandeling

Voor patiënten met ZB/LVB gelden in principe dezelfde zorgstandaarden en richtlijnen als voor patiënten met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Wel moet rekening worden gehouden met de ZB/LVB. Dit betekent aanpassing van behandelprotocollen aan de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt met ZB/LVB, vaak via geprotocolleerd maatwerk. Om goede curatieve zorg te kunnen bieden aan patiënten met een psychische stoornis en ZB/LVB hebben behandelaars zowel kennis en ervaring met mensen met ZB/LVB nodig als kennis en ervaring op het gebied van het diagnosticeren en behandelen van psychische stoornissen. Ook moeten behandelaars oog hebben voor de manier waarop ZB/LVB en psychische stoornissen interacteren. Een goede behandelrelatie vergt daarnaast een bij de groep ZB/LVB passende communicatie en bejegening.

Patiënten in de ggz met ZB/LVB krijgen niet altijd begeleiding vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of vanuit hun sociale netwerk (familie, vrijwilligers). Deze begeleiding is echter van cruciaal belang bij de behandeling van psychische stoornissen. De eerste stap bij de behandeling van psychische stoornissen is dan ook ervoor zorgen dat deze begeleiding er komt (praktische en/of agogische begeleiding).

Door/uitstroom

Continuïteit van zorg is bij deze patiëntengroep van groot belang. Bij verwijzingen geldt altijd het principe van 'warme' overdracht, dat wil zeggen doelgerichte, efficiënte informatieoverdracht waarbij ook de relatie met de patiënt stap voor stap wordt overgedragen.

Uit de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen

Verwijzing

Bij het vermoeden van een psychische stoornis kan verwezen worden naar de BGGZ of de SGGZ. In de BGGZ kunnen screeningsvragenlijsten ingezet worden om het vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis enigszins te objectiveren.

Aanmelding/diagnostiek

De verantwoordelijkheid voor het diagnostisch proces ligt bij de bevoegde (BIG-geregistreerde) en daartoe bekwame behandelaar. Het kan nodig zijn dat meerdere professionals betrokken zijn (bijvoorbeeld een psychiater, een psycholoog en een regiebehandelaar). Er is nog te weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar indicatiestelling om op basis van specifieke patiëntkenmerken tot een eenduidig evidence-based advies te komen. Indiciestelling is (mede daardoor) een complex maatwerkproces. Het bieden van bedenk- en verwerkingstijd aan de patiënt over grote keuzes is aan te raden.

Behandeling

Gezien de complexiteit van persoonlijkheidsstoornissen is in beginsel gespecialiseerde behandeling nodig. Psychotherapie is de behandeling van eerste keus en moet worden uitgevoerd door specifiek getrainde en dus bekwame en bevoegde behandelaren. De behandeling vindt bij voorkeur ambulant plaats. Naarmate de problemen ernstiger en complexer zijn, ligt het meer voor de hand om de behandeling in teamverband uit te voeren. In het algemeen behoeven patiënten met persoonlijkheidsstoornissen een psychotherapie met een relatief hoge dosering. Groepspsychotherapie is een optie voor mensen met minder ernstige problematiek. Onderzoek laat zien dat effecten veelal

zichtbaar worden na een jaar behandeling; stabiele verandering bij ernstige problematiek vaak pas na twee tot drie jaar.

Door/uitstroom

Er wordt aanbevolen om, afhankelijk van de duur en intensiteit van de behandeling, minstens eens per drie tot zes maanden te evalueren met de patiënt (voor bevorderen van doelgerichtheid en tijdig stoppen bij voldoende of juist te weinig resultaat).

1

2

3

4

5



Bijlage 5. Samenvattend beeld factoren die de wachttijd bepalen

Kernfactoren per fase	Autisme	LVB met ggz	Persoonlijkheidsstoornis	Trauma
1. Verwijzing	Orange	Red	Orange	Yellow
Onvoldoende herkenning en/of onjuiste triage				
Domeinoverstijgend; onvoldoende kennis van medische/sociale kaart				
Groeiende vraag (o.a. door maatschappelijke ontwikkelingen)				
Blijvende problematiek; steeds opnieuw wachten				
Reguliere ggz pakt onvoldoende op				
2. Intake/aanmelding	Orange	Orange	Green	Yellow
Wachten met intake tot behandeling beschikbaar is				
(Deel van) problematiek is contra-indicatie				
Vertraging door overvraging				
Zij-instroom/discussie bij comorbiditeit				
Afwijzing bij voordeur vanwege gebrek aan expertise				
3. Diagnose	Red	Orange	Yellow	Red
Lange doorlooptijd				
Beperkte capaciteit diagnoseplekken				
IQ-test problematisch (financieel; inhoudelijk)				
Te weinig aandacht voor context en instandhoudende factoren				
Te weinig kennis voor complexere problematiek (w.o. comorbiditeit)				
(Deel van) problematiek is contra-indicatie				

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Kernfactoren per fase	Autisme	LVB met ggz	Persoonlijkheidsstoornis	Trauma
4. Behandeling				
Te weinig expertise en capaciteit zware problemen				
Arbeidsmarkt en braindrain				
Samenwerking en financiering over domeinen heen				
Ruimer indicatiegebied psychotherapie				
Moeilijke doelgroep/uitputtend werk				
Te weinig zicht op wie wat kan				
Inefficiënt en ineffectief gebruik ggz				
Expertise verloren gegaan				
Continuïteit moeilijk bij lange behandelduur				
5. Door-/uitstroom				
Wachttijden en indicatiecriteria vervolgaanbod				
Te lang in SGGZ (angst om af te schalen)				
Specifieke voorzieningen ontbreken				
Verbinding sociaal domein (samenwerking; randvoorwaarden; overdracht)				

Tabel 3: Kernfactoren die de wachttijd bepalen per cliëntgroep (grijs gearceerd betekent dat de factor van toepassing is).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Bijlage 6. Oplossingsrichtingen

Hieronder geven we een opsomming van de oplossingen die zijn genoemd in de interviews en de focusgroepen per cliëntgroep.

Oplossingen voor wachttijden voor mensen met autisme

1. Verwijzing
 - Door goede samenwerking met huisartsen/POH is goede triage mogelijk (deskundigheidsbevordering vanuit GGZ naar POH, samen leren van verwijzingen).
 - 'Diabetesmodel' voor mensen die eenmaal diagnose hebben: frequente laagdrempelige hulp, vooral bij nieuwe levensfase die kan leiden tot zorgvraag.
 - Zaans Autisme Ambassadeurs Initiatief met als doel een autisme vriendelijke samenleving.

2. Intake/aanmelding
 - Wijziging van de logistiek van het intakeproces (door behandelaars); enkele voorbeelden:
 - Werkwijze van een aanbieder met verschillende zorgpaden op basis van wat klant nodig heeft: (1) kort diagnostisch traject en kort behandelen; (2) kort-lang; en (3) lang-lang. Ongeveer 80% blijkt op die manier te kunnen worden ingedeeld en geholpen; de overige 20% is op maat.
 - Getrapte diagnostiek in 14 dagen: bij vermoeden autisme, dan eerst korte scan. Dan de ontwikkelingsanamnese, vervolgens diagnostiek. Als het vermoeden autisme niet wordt bevestigd, kun je halverwege stoppen.
 - 1-dags diagnostiek; dan ook vragen om iemand uit het eigen netwerk mee te nemen, zodat dit perspectief direct kan worden meegenomen in diagnostiek. Nadeel: lastig voor planning; grote impact no show.
 - na diagnostiek psycho-educatie in groepen in BGGZ (voor de lichtere groepen); daarna bepalen of er meer nodig is.

3. Diagnostiek
 - Een deel van de groep kan in de BGGZ, mits de bekostiging ruimer is en er gekwalificeerd personeel wordt ingezet (specifiek opgeleid voor autisme) dat gesuperviseerd wordt door SGGZ.
 - Diagnostiek in SGGZ door basispsycholoog met consultatiemogelijkheid bij specialist (zodat de specialist meer tijd heeft voor behandeling). NB. Hier zijn de meningen over verdeeld.
 - Inrichten van diagnostische centra en deze financieren op basis van beschikbaarheid.
 - Goed kijken naar de logistiek van het diagnostisch proces: met juiste medewerker op het juiste moment kan de doorlooptijd verkort worden. NB. Enige doorlooptijd werkt soms goed voor cliënten omdat zij tijd nodig hebben voor emotionele verwerking.



- 4. Behandeling
 - Goede informatie voor cliënten aan de voorkant, voor de juiste verwachtingen van behandeling.
 - Meer in groepen behandelen.
 - Cursussen voor zelfmanagement.
 - Zelfhulpgroepen, begeleid door ervaringsdeskundigen en vrijwilligers (als aanvulling op behandeling).
 - Werkbelasting bij behandelaren wordt lager als er meer variatie is in zware en lichte cliënten.
 - Integrale samenwerking organiseren voor de zware groepen; niet het specialisme versnipperen maar wel schotten weghalen.

- 5. Door- of uitstroom
 - Betere samenwerking met gemeenten, om uitstroom naar BW of ambulante Wmo te bevorderen. Bijvoorbeeld door uitstroompartners een consultatiemogelijkheid te bieden in de ggz.
 - Een regionaal assessment door gemeenten en een gezamenlijk cliëntendossier: NB dit vraagt heel veel vertrouwen in elkaar.
 - Met meer herstelgericht werken in plaats van medisch gericht kan moment van uitstroom naar voren.
 - Ondersteuning door FACT.

Oplossingen voor wachttijden voor mensen met LVB en ggz problematiek

1. Verwijzing
 - Gebruik van de kennis-app LVB voor betere bewustwording.
 - Beter/meer gebruik van SCIL als screener (niet als diagnose) voor eerdere herkenning LVB.
 - Vermelding (vermoeden van) LVB in brief huisarts en warme overdracht door POH naar instelling.

2. Intake/aanmelding
 - Iemand uit netwerk van cliënt betrekken bij intake (kan ook begeleider zijn).
 - Goede afspraken maken met begeleiding over signalering en crisis (ook bij behandeling).
 - Mensen telefonisch uitnodigen en daarna schriftelijk bevestigen in eenvoudige taal.
 - Goede implementatie van de adviezen uit de generieke module.
 - Laagdrempelige toegang tot IQ-testen inclusief ontwikkelingsanamnese.
 - Methode van Yucel voor mensen die minder talig zijn (niet alleen LVB, maar ook voor mensen die Nederlands niet als moedertaal hebben of zich überhaupt niet goed in taal kunnen uitdrukken).

3. Diagnostiek
 - Vermijden van digitale vragenlijsten, vooral bij IQ 50-70 (maatwerk per cliënt).
 - Overzicht maken van geschikte diagnostische mogelijkheden.



4. Behandeling

- Ruim 15% van de bevolking heeft te maken met ZB/LVB en deze groep is oververtegenwoordigd in de GGZ.
 - Behandelingen moeten hier meer op worden ingericht. Voorbeeld aanbieder verslavingszorg: zij starten hun behandelingen op een eenvoudig niveau en passen dit eventueel aan naar boven.
 - Er zijn al veel aangepaste protocollen beschikbaar (voor persoonlijkheid, psycho-educatie, CGT et cetera), deze moeten meer bekendheid krijgen.
 - Voor de inzet van behandelaren geldt: beter met hoge expertise starten en zo mogelijk afschalen dan te laag starten en moeten opschalen.
 - In multidisciplinaire teams moet iedereen kennis hebben van LVB. Het zou in de opleiding over stoornissen geïntegreerd moeten worden (in plaats van als apart blok).
- Samenwerking VG-GGZ moet beter; dit kan op verschillende manieren:
 - Behandeling combineren met intensieve VG-begeleiding: ketenzorg in dakpanconstructie, flexibel op- en afschalen met overlap.
 - Geïntegreerde teams bij zwaardere groep.
 - Regelmatige uitwisseling medewerkers; bij elkaar in de keuken kijken; expertise delen, bijvoorbeeld in centrum voor LVB en psychiatrie.
- Meer ruimte voor indirecte tijd in BGGZ.
- Meer aandacht voor / afstemming met andere instanties waar cliënt afspraken mee heeft (niet teveel tegelijkertijd).

5. Door- of uitstroom

- Langdurige begeleiding nodig om te borgen wat in therapie geleerd is; dit vraagt om langduriger of intensievere Wmo begeleiding.

Oplossingen voor wachttijden voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek

1. Verwijzing

- Dat problematiek complex is, betekent niet altijd dat de hulpvraag dat is. Soms *wil of kan* de cliënt enkel aan de slag met een concreet symptoom (en is hij niet toe aan / gemotiveerd voor de intensieve aanpak van de onderliggende problematiek). Dat kan vaker in de BGGZ.
- Ggz-expertise veel meer naar voren bewegen (in de wijken). Meer aan de slag met sociale context (schuldhulpverlening bijvoorbeeld) en zorgen dat 2^e lijn minder nodig is.



- 2. Intake/aanmelding
 - Wat meer zicht op het (ggz-) verleden in een verwijfsbrief van huisartsen zou betere toedeling naar BGGZ of SGGZ mogelijk maken.
 - Specialist inzetten aan de voorkant, zodat cliënten uitkomen in het juiste traject.
 - Inzet psycho-educatie na intake en voor start behandeling (biedt inzicht in potentiële afvallers).
 - Voorbeeld van een aanbieder: intake voor zorgprogramma's persoonlijkheidsstoornissen en trauma met twee personen (expertise persoonlijkheidsstoornissen en trauma bij elkaar), voor een goede beoordeling van de problematiek en de beste invulling van behandeling.
 - Voorbeeld van een aanbieder: 'Toets' op motivatie van cliënt met persoonlijkheidsstoornissen door bepaalde eisen te stellen voor intake, zoals een naaste meenemen naar intake of starten met vrijwilligerswerk bij mensen die maatschappelijk niet actief zijn vanwege vermijding (aanbieder heeft zelf een re-integratiebureau dat mensen helpt actief te worden).
 - Duidelijk verwachtingenmanagement aan het begin over de duur van de behandeling, dus dat voor cliënt de eindigheid duidelijk is.

- 3. Diagnostiek
 - Voorbeeld van een aanbieder: tijd investeren in beoordeling welke therapie het beste past.
 - Diagnostiek in BGGZ met mogelijkheid van consultatie SGGZ.
 - Inrichten van diagnostische centra en deze financieren op basis van beschikbaarheid.

- 4. Behandeling
 - Samenvoegen van groepen uit BGGZ en SGGZ om te voorkomen dat groepen niet vol zijn. Dit heeft ook als voordeel dat men elkaar beter leert kennen.
 - Motiveringstraject voor intensieve psychotherapie in de BGGZ om te voorkomen dat mensen zich aanmelden zonder dat ze zelf echt willen (maar onder druk van sociaal netwerk of werkgever bijvoorbeeld).
 - Bepaalde methodes die niet evidence, maar wel practise based zijn, ook toestaan in de BGGZ (VERS bij andere persoonlijkheidsstoornissen dan Borderline).
 - Snellere scholingsmogelijkheden voor behandelaren (bijvoorbeeld in MBT).
 - Inzet van ervaringsdeskundigen als onderdeel van behandeling (leidt tot vertrouwen en perspectief)
 - Voorbeeld van een aanbieder: verkort traject dialectische gedragstherapie.
 - Werken volgens protocollen/standaarden (anders is behandeling niet effectief).
 - Meer herstelgericht werken: cliënt zelf doelen laten formuleren over gewenst functioneren op diverse gebieden; behandelaren redeneren nu vaak uit zorgprogramma's, zouden meer modulair moeten werken en aansluiten bij vraag van cliënt.



5. Door- of uitstroom
- Tussentijdse doorstroom van SGGZ naar BGGZ
 - BGGZ betrekken bij behandel-evaluatie SGGZ (betere overdracht).
 - Mogelijkheid van inzet maatschappelijk werker of SPV als integraal onderdeel van de behandeling.
 - 'Resourcegroepen' (mensen uit privé-sfeer ondersteund door professionals).
 - Ondersteuning door FACT.
 - Boostersessies voor mensen die dreigen terug te vallen na intensieve behandeling (inzichten opfrissen).

Oplossingen voor wachttijden voor mensen met trauma

- Over fases heen
- Voorbeeld van een aanbieder: start met een intake in de SGGZ, zodat er een goed beeld is van de problematiek. Dan vanuit SGGZ naar behandelaren in BGGZ die goed zijn opgeleid voor trauma. Als het dan toch niet lukt, kan iemand naadloos terug naar SGGZ.
 - Onderzoek naar effectiviteit van behandelingen stimuleren. Meer behandelingen met practice based evidence toelaten.
 - Meer aandacht voor trauma bij adolescenten in jeugdin-stellingen tot 18. Hier speelt vaak trauma gerelateerde problematiek; als dat niet wordt behandeld krijg je mensen op latere leeftijd alsnog in behandeling.
 - Bij vroegkinderlijke chronische traumatisering is integrale behandeling nodig met inzet van sociaal domein, ervaringsdeskundigheid en gespecialiseerde ggz-behandelaar vanwege het vaak ontbrekende steunsysteem (inherent aan de problematiek; dit dus niet als contra-indicatie voor behandeling maken voor deze groep).
1. Verwijzing
- In huisartspraktijk gebruik maken van screeningsinstrument voor trauma (screener vraagt trapsgewijs door naar signalen van trauma).
 - Telefonische bereikbaarheid van (S)GGZ voor huisartsen verbeteren.
 - Co-behandeling bij POH-ggz (op verzoek van POH, betaald uit consultatiegelden).
 - Casuïstiekoverleg van POH met GZ-psycholoog.
2. Intake/aanmelding
- Gerichtte screening en diagnostiek op complexe PTSS, dissociatieve identiteitsstoornis en hechtingsstoornis na vroegkinderlijke chronische traumatisering. Als iemand niet is binnengekomen met (vermoeden van) trauma gerelateerde problematiek, dan alsnog screenen op trauma, vooral als er een voorgeschiedenis is van meerdere ggz-behandelingen. Ook om onderscheid te kunnen maken tussen mensen die gebaat zijn met een kortdurende intensieve behandeling en mensen die een langdurig traject nodig hebben.



- Voorbeeld van een aanbieder: intake voor zorgprogramma's persoonlijkheidsstoornissen en trauma met 2 personen (expertise persoonlijkheidsstoornissen en trauma bij elkaar), voor een goede beoordeling van de problematiek en de beste invulling van behandeling.

3. Diagnostiek

- Mensen in SGGZ opleiden voor diagnostiek trauma, zodat ze onderliggend trauma en dissociatieve stoornissen beter herkennen.
- Expertise ter beschikking stellen over grenzen van organisaties heen.

4. Behandeling

- Lichtere problematiek: mogelijkheid voor online behandeling en groepsbehandeling.
- Persoonlijkheidsstoornis komt vrijwel altijd (mede) voort uit trauma. In behandeling van persoonlijkheidsstoornissen altijd specifieke traumabehandeling overwegen.
- Daadwerkelijk behandelen kan vaak pas starten als er een goed steunsysteem is, dit ontbreekt bij veel mensen met trauma (vaak inherent aan hun problematiek). Investeren in goede samenwerking met sociaal domein en zo nodig als ggz zelf ondersteuning op andere leefgebieden bieden.
- Mensen opleiden voor traumabehandeling, bijvoorbeeld voor de integrale psychotherapeutische fasegerichte traumabehandeling bij vroegkinderlijke chronische traumatisering.
- Een team om de cliënt heen creëren, waar ook vaktherapeuten, lichaamsgericht werkende therapeuten (bijvoorbeeld haptotherapeut) en basispsychologen/SPV onderdeel van uit kunnen maken, mits deze zijn opgeleid in fasegerichte psychotherapeutische behandeling. Dat biedt flexibiliteit; de behandeling hangt niet aan één persoon en is de hechting van cliënt aan behandelaar minder belastend.
- Meer behandelplekken creëren voor mensen met een dissociatieve stoornis.
- Voorbeeld van een aanbieder: Behandeling van complexe PTSS uitvoeren in BGGZ.

5. Door- of uitstroom

- Snelle route organiseren bij terugval (strippenkaart).
- Inzet maatschappelijk werker of SPV om overgang naar sociaal domein te versoepelen.
- BGGZ moet meer de achterdeur bedienen.
- Ondersteuning door FACT.
- Voorwaarde voor ondersteuning in BGGZ en FACT: kennis over dissociatieve stoornissen vergroten.

